LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-DIX-SEPTIÈME ANNÉE

1924

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1924

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 7 fr.	— 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr.	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — La direction de l'hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye informe les intéressés que, par addition au règlement du concours qui doit avoir lieu le 17 janvier 1924, la limite d'âge, fixée à vingt-huit ans, est, pour les candidats ayant été mobilisés, augmentée d'une durée égale à leur mobilisation.

— Toulouse. — Le concours de l'internat s'ouvrira le 14 janvier 1924, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire de médecine légale et de déontologie : en première ligne, à l'unanimité, M. le professeur agrégé Sorel; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé Laporte.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Merlat est promu médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Delporte, placé dans la section de réserve.

M. le médecin principal de 1re classe Dopter, membre de l'Académie de médecine, est nommé médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Sudre, placé dans la section de réserve.

— (Armée active.) Sont promus :

Pour le grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Lévy, Brice et Vallet.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Boigey, Plisson, Mathieu, Romary, Duchène-Marullaz, Augarde, Auguin et Chrétien.

Au grade de médecin-major de 1re classe — MM. Balme, Pérignon de Troyes, Geay, Delater, Perot, Delestan, Camus, Royer, Noirclaude, Guillois, Cavarroc, Montet, Courboules et Baget.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Mathieu de Fossey, Loubens, Desplats, Bihouey, Goursolas, Humblot, Marican, Grimaud, Amsler, Poey, Defaye, Guillobey, Terracol, Durousseau, Carrade, Villot, Poursain, Desormeaux.

Troupes coloniales. (Armée active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. le médecin principal de 2e classe Pelletier.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Bernard et Léger.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Casablanca, Guérin, Gaubil, Pouliquen et Stévenel.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Bonnefous, Robert, Jouhaud, Bonnet, Durieux et Lefrou.

— (Armée active.) A la suite du concours ouvert en 1923 sont nommés :

Médecins aides-majors de 2e classe. — MM. les docteurs Sarroste, Monot, Biérer, Malaterre, Julienne.

Par le même décret ces médecins sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe. (*J. O.*, 23 déc. 1923.)

MARINE — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin général de 2e classe Chastang.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal Bouteiller. M. le médecin en chef de 1re classe Autric.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Goéré, Hardy, Durieux et Clavier.

AÉRONAUTIQUE. — Le *Journal officiel* du 21 décembre publie un décret relatif à la création de centres médicaux d'examen et d'études.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Desfarges (de Busset) vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN. — La Société a renouvelé son bureau, son Conseil et sa Commis-

sion de contrôle pour l'année 1923-1924 de la façon suivante :

Président : M. le professeur Paul Delmas.

Vice-présidents : MM. Héran et Augé.

Secrétaire général : M. G. Giraud.

Secrétaires : MM. Vinon, Blouquier de Claret, Puech (séances).

Conseillers : MM. Derrien, Ducamp, Grynfeltt, Euzière, anciens présidents; Astruc, Boudet, Bousquet, Dubois, Hortoles, Milhaud, Vallet, Villar.

Commissaires : MM. Comte, Drouet et Izard.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. HOMMAGE AU GENERAL GOURAUD. — Le général Gouraud, gouverneur militaire de Paris, a présidé le banquet que donnait l'Association des anciens médecins des corps combattants, le 22 décembre, au Cercle militaire.

Le gouverneur de Paris a été reçu par le docteur Marcel Pinard, médecin des hôpitaux, président, et le docteur Censier, président d honneur. Dans un magnifique discours, souvent coupé d'applaudissements, le général Gouraud a rappelé ses origines et ses parentés médicales et exalté l'œuvre des médecins de régiments pendant la guerre. Cette belle manifestation, qui avait réuni près de 100 convives, fait le plus grand honneur à l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants.

Rappelons que cette Association cherche à grouper, tant dans un but de camaraderie que de soutien professionnel, tous les médecins qui ont servi sous le feu pendant la guerre.

La condition essentielle pour en faire partie est d'avoir passé au moins six mois de guerre, dans un régiment du front, ou d'avoir été blessé, ou d'avoir obtenu une citation pour fait de guerre.

Les adhésions sont reçues par le docteur Jacques Forestier, secrétaire général, 12, rue d'Anjou, Paris (VIIIe), qui enverra tous les renseignements, sur simple demande.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous apprenons l'apparition d'un nouveau périodique médical italien, la *Rinascenza medica* qui sera publié à Naples, à partir du 1er janvier 1924, sous la direction de l'éminent professeur Carlo Martelli.

Nous sommes heureux d'adresser tous nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Crauk (de Paris), le doyen de nos abonnés. Le docteur Crauk, malgré son grand âge, avait installé chez lui, pendant la guerre, une ambulance à laquelle il s'était consacré avec le dévouement le plus grand et une générosité sans bornes. Nous prions Mme Crauk d'agréer l'expression de notre bien respectueuse sympathie.

CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX EMPLOIS D'INTERNE EN MEDECINE DE L ASILE NATIONAL DE CONVALESCENTS. — Par arrêté ministériel en date du 15 décembre 1923 sont autorisés à concourir les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus de huit inscriptions de doctorat qui auront été agréés par le ministre. Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours.

Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de l'asile national pour obtenir leur inscription en y déposant :

1° Leur acte de naissance ;

2° Un certificat de scolarité de date récente.

La liste des candidats sera close huit jours avant la date de l'ouverture du concours.

La durée de l'internat est fixée à trois ans. Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions, à condition de ne pas exercer; mais le candidat inscrit sur la liste des admis qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé, aura renoncé implicitement à sa nomination.

Les épreuves du concours seront les suivantes :

1° Une épreuve orale de quinze minutes après quinze minutes de préparation, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe. Il sera attribué 30 points à cette épreuve ;

2° Une deuxième épreuve écrite sur une question de thérapeutique d'urgence. Les candidats auront quinze minutes pour la rédaction de cette épreuve qui sera lue ensuite publiquement et à laquelle il sera attribué 20 points.

La première épreuve sera éliminatoire.

Les deux épreuves sont les mêmes pour tous les candidats. Il est procédé pour chaque épreuve au tirage au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance.

L'arrêté n'indique pas la date d'ouverture du concours.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL DE CLINIQUE ANNEXE. (Service du docteur F RATHERY, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.) — Lundi : Leçon de sémiologie au lit du malade.

Mardi : Examens radioscopiques.

Jeudi : Consultation externe pour les maladies du rein et de la nutrition.

Mercredi et vendredi : Examen des entrants.

Samedi : Leçon clinique, à 11 heures, à l'amphithéâtre des cours. — Les leçons cliniques commenceront le 5 janvier.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Laignel-Lavastine, médecin de la Pitié, continuera dans son nouveau service (service 4, hôpital de la Pitié) sa consultation neuro-psychiatrique de l'hôpital Laënnec, le mardi 8 janvier 1924, à 9 h. 30, et reprendra ses présentations de malades nerveux et mentaux le mercredi 9 janvier, à 10 h. 30.

HOPITAL LAENNEC. — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec, fera à partir du 13 janvier 1924, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre des cours), tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, la conférence de clinique médicale pratique qu'il faisait à l'hôpital de la Charité.

Sujet de la première leçon : Le diagnostic de la fièvre typhoïde.

NOTES DE PRATIQUE

LA KÉRATITE PARENCHYMATEUSE EST-ELLE CURABLE?

M. le docteur Kleefeld étudie cette question dans une communication à la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles parue dans le *Bruxelles médical* du 22 novembre 1923.

L'emploi du microscope cornéen a permis de constater que, même après une guérison clinique complète, il subsistait, comme séquelle de l'affection, de la vascularisation de la région atteinte avec vaisseaux néoformés dans lesquels la circulation existait. L'auteur, par des injections de « Quinby » pratiquées à la période d'œdème, est arrivé à produire une guérison complète vérifiée au microscope cornéen. Cette médication bismuthique lui a également donné de très bons résultats dans des cas plus avancés de kératite parenchymateuse. A cette occasion, il fait remarquer que les arsenobenzènes n'avaient que peu d'action sur l'évolution de cette affection que les chocs anaphylactiques enrayaient mieux.

Dans la discussion qui a suivi, M. Colard fait remarquer que l'on obtient de très bons résultats en injectant le « Quinby » à petites doses et à intervalles plus espacés (trois à quatre jours) que ceux prescrits habituellement.

MYIASES DU TUBE DIGESTIF

Par J. COLOMBE et D. FOULKES.

La présence de larves vivantes de mouches dans le tube digestif de l'homme est peut-être assez commune. Il est plus rare de constater des symptômes cliniques importants, quelquefois très graves (cas de Thébaut), déterminés par ce parasitisme. C'est à ce titre que les deux observations suivantes nous ont paru présenter un certain intérêt : la première relate des troubles gastriques pénibles, causés par les larves de la mouche Piophila casei; la seconde, des signes d'entéro-colite coïncidant avec l'existence, dans les selles, de larves d'Anthomya.

Observation I. — Mlle Marg. D..., âgée d'une quarantaine d'années, présente, en juillet 1921, des vomissements qui apparaissent quelques jours après une chute sur la tête et s'accompagnent de céphalée intense : liquide céphalo rachidien normal; urée sanguine : 0g75. En septembre, elle se plaint de troubles digestifs : douleurs abdominales très vives, localisées à l'épigastre et à l'hypocondre gauche ; vomissements alimentaires et même sanguinolents quotidiens, qui se répètent pendant huit jours. Un traitement bismuthé n'amène aucune amélioration. Douleurs et vomissements persistent les mois suivants; la malade signale une fois dans ses vomissements, la présence d'une « sangsue ». La pression de l'épigastre et de l'hypocondre gauche provoque une douleur nette et décèle une certaine résistance musculaire.

Un an plus tard, on constate le début d'un néoplasme du sein droit.

Puis surviennent (octobre 1922), de nouveaux vomissements, contenant des « petits vers » annelés, de 2 à 3 centimètres de longueur. On prescrit sans succès du semen contra.

En novembre, nous pouvons, enfin, constater l'existence dans les vomissements, de larves de mouches, très abondantes, de teinte rougeâtre, très mobiles, douées de mouvements brusques de saut, que nous reconnaissons pour des larves de la mouche Piophila casei. Des lavages d'estomac sont proposés et refusés par la malade que nous avons, depuis lors, perdue de vue.

Obs. II. — Mlle Alice Ed..., trente ans, émet, depuis plusieurs mois, dans ses selles, des larves de mouche : larves plates, garnies de poils, appartenant à une anthomya.

Les larves sont nombreuses dans les selles.

Les symptômes dont s'accompagne ce parasitisme intestinal consistent en : anorexie; douleurs abdominales bilatérales, survenant par crises quotidiennes; selles molles, souvent liquides, quelquefois sanglantes. La palpation de l'abdomen provoque une douleur assez vive au niveau des flancs et des deux fosses iliaques.

Un examen de sang indique le pourcentage leucocytaire suivant.

Polyn. neutrophiles	75,5
Eosinophiles	2,7
Grands mono	11,6
Lympho	10

Un traitement au thymol (novembre 1922) est totalement inefficace : les douleurs abdominales persistent, ainsi que la fréquence des selles liquides et sanguinolentes. La malade se plaint, en outre, de crampes, surtout au niveau des membres supérieurs. Une potion au semen-contra (janvier 1922) amène, par contre, la complète et définitive disparition des larves d'Anthomya.

Les troubles intestinaux ne s'atténuent que peu à peu et partiellement. En mars 1923, les douleurs abdominales existent encore, spontanées et provoquées par la pression sur le trajet du côlon; les selles contiennent des fausses membranes, mais ne sont plus sanguinolentes depuis l'expulsion des larves parasites. En mai, la malade accuse toujours une certaine anorexie et des selles parfois diarrhéiques.

Comme dans les observations antérieurement publiées, les symptômes, dans ces deux cas de myiases du tube digestif, ont consisté essentiellement en douleurs et hémorragies.

Les douleurs siègent à l'épigastre et à l'hypocondre gauche chez la malade atteinte de larves gastricoles; très vives le plus souvent, elles surviennent par crises, sans périodicité régulière et paraissent indépendantes des repas; elles sont réveillées par la pression de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. Chez la malade atteinte de larves intestinales, les douleurs sont particulièrement nettes sur le trajet du côlon ascendant et du côlon descendant où la palpation les provoque; elles surviennent également par crises irrégulières.

Les hémorragies sont, dans les deux cas, peu abondantes, mais répétées. Les larves de Piophila casei, faciles à reconnaître par leur morphologie et leur mobilité, peuvent, avec leurs crochets mandibulaires, déchirer la muqueuse, d'où les hémorragies observées, à maintes reprises, dans les vomissements de la première malade. Chez la seconde, les selles contiennent du sang avec glaires et fausses membranes; les hémorragies sont, ici, plus rares, moins abondantes et liées vraisemblablement à la colite provoquée par les larves parasites.

L'expulsion de celles-ci n'entraîne pas toujours la régression immédiate des symptômes observés qui peuvent, comme chez notre seconde malade, persister, atténués, pendant plusieurs mois.

L'examen de sang pratiqué chez cette malade n'a pas montré l'éosinophilie fréquente dans les affections parasitaires.

Des traitements divers ont été préconisés : vomitifs et lavages d'estomac dans la myiase stomacale; purgatifs, naphtaline, anthelmintiques dans la myiase intestinale. Notre première malade s'est refusée à l'emploi des lavages d'estomac, et nous n'avons pu, chez elle, appliquer aucune médication. Chez la seconde (anthomyiase intestinale), le thymol, conseillé par Guiart, n'a pas guéri le parasitisme, l'expulsion des larves dans les selles ayant persisté plusieurs semaines après le traitement; au contraire, le semen-contra, s'il n'a pas produit la guérison des signes d'entéro-colite, a eu pour résultat la disparition complète des larves d'Anthomya dans les selles.

LE CHOC
ET LE DÉCLENCHEMENT PROTÉASIQUE

Par M. E. STÉRIAN, de Bucarest (Roumanie).

Lorsqu'on injecte à un malade, atteint d'une infection générale, une dose de sérum spécifique, soit 20 centimètres cubes, et si conséquemment on obtient un résultat thérapeutique manifeste, le praticien est porté à croire que les substances immunisantes, contenues dans le sérum injecté, ont exercé directement soit un pouvoir bactéricide, soit une action contre les toxines de l'agent infectieux.

Analysons donc ce qu'il advient de la dose de sérum spécifique, après son introduction dans l'intimité de nos tissus. Les 20 centimètres cubes de sérum sont rapidement intimement mélangés dans 5 litres de sang, puis dans la masse totale de liquide de l'économie organique; ou, pour nous exprimer en chiffres, ce mélange s'opère dans 48 litres d'eau environ, pour un individu d'un poids moyen de 75 kilogrammes. Ce n'est qu'après ce mélange géné-

ralisé dans toute l'économie organique qu'un sérum commence à exercer son effet sur l'agent infectieux ou ses toxines.

Comment peuvent agir les substances immunisantes après une si forte dilution? C'est une question à laquelle il nous semble que l'on ne se soit pas longuement arrêté jusqu'à ce jour. D'aucuns veulent que les protéines agissent par une action locale. Mais les sérums spécifiques n'ont de prise sur l'agent infectieux qu'autant qu'il y a intervention de certains éléments tissulaires de l'organisme animal (phagocytose). On sait d'ailleurs qu'*in vitro* les microbes, en contact avec un sérum spécifique peuvent vivre et se multiplier (1). Les médicaments chimiques mêmes, introduits dans la voie de la circulation générale, à cause de la forte dilution que nous connaissons, n'agissent sûrement pas en vertu d'un pouvoir de chimio-tropisme sur les agents microbiens, mais en vertu d'un pouvoir encore inconnu. Nous n'ignorons pas que Levaditi et Nicolau s'efforcent d'expliquer l'action de certains produits minéraux sur les microbes par l'intervention du foie, mais ils sont encore loin d'en avoir trouvé l'interprétation juste, vraie (2).

Par conséquent l'explication de l'action de tout agent thérapeutique appliqué *in situ* pour guérir une maladie générale ou une de ses métastases est théoriquement paradoxale.

Il est beaucoup plus intéressant d'approfondir l'opinion de ceux qui lient l'effet thérapeutique à une action de choc. Ceux-là ont saisi une partie du problème; bien qu'il faille nous entendre sur la signification du mot et la définition des choses. Lorsqu'on dit choc l'on envisage une action de mobilisation. Mais peut-on mobiliser les protéines sans préjudice pour le protoplasma? Nous ne le pensons pas, car vu la rapidité de la force réactionnelle de nos tissus en fonction de sérothérapie, par exemple, la mobilisation d'une quantité donnée de matière albuminoïde équivaudrait à un trouble de désagrégation parenchymateuse.

L'erreur du choc protéinique est encore corroborée par la relation quasiment spécifique que l'on a voulu établir entre les injections des albumines et la réaction de l'organisme. Mais il n'y a pas que les proteines qui peuvent entraîner un phénomène de choc. La quinine, l'antipyrine, l'iode, le brome et d'autres substances synthétiques ou minérales peuvent donner chez nombre de sujets un tableau symptomatique parfaitement superposable à celui des protéines, se traduisant par le choc.

En effet MM. A. Zimmer et E. Schultz (3) ont guéri des affections rhumatismales, des myopathies, ont amélioré l'état général de différents individus atteints de maladies les plus diverses, par la soi disante médication irritative de Bier. Ils se sont adressés à des malades utilisant tantôt les injections intramusculaires de protéines, caséine surtout, de térébenthine, de glycérine, d'acide formique, de silicium, tantôt la simple ingestion de corps tels que le bleu de métylène, le soufre, le silicium qui traversent l'intestin sans se décomposer. Devant ces résultats le médecin, ne sachant plus à quelle cause attribuer les effets des remèdes qu'il administre à ses malades, se trouve dans les situations les plus embarrassantes où le hasard et les spéculations doctrinales les plus étranges prennent place à tour de rôle dans son esprit inquiet. Il est d'autant plus embrouillé qu'à toute thérapeutique nouvelle l'on s'applique à imposer une nouvelle interprétation : choc protéinique pour les uns, action irritative pour les autres, phagocytose pour les plus anciens, choc colloïdoclasique pour les plus récents, etc.

Toutefois, de cet imbroglio doctrinal, il est à retenir un fait qui est à la base de toutes les observations, à savoir : la réaction identique du complexe biologique aux agents d'incitations les plus divers. Et cette réaction identique se produit, selon nous, en vertu d'un principe, ou d'une faculté très générale de la matière vivante, qui nous paraît se traduire par le *choc* et le *déclanchement protéasique.*

*
* *

Pour documenter ces conceptions nouvelles, il est nécessaire de nous rappeler les données suivantes de biologie spéciale, données, qui bien que pour la plupart hypothétiques, n'en sont pas moins dignes d'intérêt en tant que déductions logiques des faits de médecine expérimentale :

1° Toute infection de l'organisme animal déverse dans les humeurs de nos tissus, une matière vaccinante qui, avec l'aide des leucocytes, peut créer des substances immunisantes que nous appellerons *anticorps autochtones.*

2° Les armées leucocytaires, d'après la théorie cellulaire de l'immunité, se chargent de ces anticorps autochtones et les conservent à l'intérieur de la cellule même, probablement dans le voisinage du noyau, si ce n'est pas dans le filament chromatique de ce dernier, tandis que les toxines restent à la périphérie, dans le protoplasma, comme nous venons de le montrer dans un précédent travail, présenté par M. Pinard à l'Académie de médecine dans la séance du 30 janvier 1923 (1).

3° Dans le plasma sanguin, il n'existe que d'une façon passagère des anticorps autochtones en libre circulation et détachés de cellules blanches) voir le même travail).

4° Pour charger le plasma du sang de l'individu avec des substances immunisantes passives, il faut obtenir, soit la mort d'une partie de son sang et l'introduction, dans ses tissus, du sérum obtenu (autosérothérapie), soit le déclanchement des anticorps autochtones par l'intervention d'un choc.

5° Les anticorps, en génral, sont des ferments de protéine pouvant être désignés sous la dénomination de *protéases spécifiques.*

Si nous revenons mantenant à notre point de départ, c'est-à-dire à l'injection d'une dose de 20 centimètres cubes de sérum spécifique, ce qui frappe de prime abord l'observateur c'est la grande rapidité des phénomènes que l'on déclanche, par rapport à la faible dose d'agents thérapeutiques que l'on emploie. Or, ces deux qualités n'appartiennent

(1) J. Bridré et C. Jouan (de l'Institut Pasteur), Action du sérum spécifique sur le bacille du rouget des porcs (*Bull. de la Soc. centr. de médecine vétérinaire;* séance du 15 oct. 1914. n° du 30 août au 30 déc. 1914).

(2) Mode d'action du bismuth dans les trypanosoniases et les spirilloses. Note de MM. Levaditi et Nicolau présenté par M. Roux. à l'*Académie des sciences*. séance du 16 avril 1923.

(3) *Münchener Medinische Wochenschrift.* Tome LXX, n° 7 du 16 février 1923 (*Presse méd.* n° 30 du 14 avril 1923).

(1) *Sérum Stérian : Considérations de doctrine et de technique*, Paris 1922, imprim. Chaix.

qu'aux ferments, et comme les protéines ne sont pas des ferments, le choc que nous déterminons n'est pas un choc protéinique, mais un *choc protéasique*. D'autre part, comme il nous paraît peu probable qu'une dose de 20 centimètres cubes d'un sérum spécifique puisse, seule, agir, alors qu'elle est diluée dans les 48 litres d'eau de l'organisme, nous pensons que toutes les fois que nous introduisons dans l'intimité des tissus, un sérum qui possède des substances immunisantes, équivalentes à celles que contiennent les leucocytes du malade, les anticorps autochtones quittent leurs nids et viennent s'ajouter à ceux apportés par le sérum injecté.

En un mot, le choc provoqué avec l'aide d'un sérum spécifique détermine, à son tour, le *déclanchement des protéases spécifiques déjà contenues dans les leucocytes de l'individu traité*. Un choc semblable peut évidemment s'obtenir, comme nous l'avons déjà dit, avec d'autres substances non protéiniques, mais la sortie des anticorps autochtones est d'autant plus abondante et plus efficace que le choc provocateur provient d'un sérum spécifique. Ce n'est que dans cette dernière éventualité que le thérapeute est muni de la clef parfaite qui ouvre la porte aux agglutinines, précipitines, bactériolysines, etc., ferments claustrés dans les leucocytes et prêts à s'élancer à la poursuite de l'ennemi pour lui livrer combat. C'est, d'ailleurs, grâce à ce mode de réaction générale de la matière vivante que nous comprenons, dans bon nombre de cas, les effets de quelques médicaments comme la quinine sur la malaria, le salicylate de soude sur le rhumatisme articulaire aigu, etc.

L'interprétation que l'on a trouvé tout dernièrement, pour expliquer l'action des abcès de fixation, nous fournit l'occasion d'argumenter le bien-fondé de nos conceptions à ce sujet.

Dans une de ses récentes communications, à propos d'un cas de *méningite suppurée à pneumocoques* (1), traité par la méthode de Fochier (de Lyon), M. Netter pense que dans l'abcès de fixation, les microbes sont apportés par les leucocytes, au point où a été injectée l'essence de térébenthine ; celle-ci les tue et les cultures de pus restent stériles ; mais la mise en évidence des antigènes prouve *la présence de leurs cadavres*.

L'explication de M. Netter est pour nous d'un grand appoint, pour démontrer l'existence du choc protéasique.

En effet, bien que dans de pareils abcès, les microbes ne doivent se trouver que rarement, et que l'antigène puisse tout aussi bien être charrié par les leucocytes, l'essentiel est que dans le pus de l'abcès de fixation existe cet antigène. Dès lors, il nous est loisible de croire que le processus physiopathologique d'une telle thérapeutique serait le suivant : le globule de pus de l'abcès qui n'est autre que le leucocyte tué par l'essence de térébenthine, a relâché du même coup la toxine, contenue dans le protoplasma et l'antitoxine existante dans son noyau. Ensuite, l'antitoxine qui se trouve en libre circulation dans un abcès de fixation, étant la seule substance agréable aux leucocytes sains, qui retournent dans la circulation générale, est seule résorbée. Cette résorption provoque à son tour le *déclenchement protéasique général de l'organisme*. En pareil cas, l'abcès de fixation joue le rôle d'une vraie injection de sérum spécifique.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 25 mai 1923 ; *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 44, p. 706.

Après ces explications élémentaires sur le choc et déclenchement protéasique nous pouvons concevoir avec beaucoup plus d'aisance l'idée de l'engendrement des effets thérapeutiques par les méthodes et les agents les plus divers et même les plus bizarres.

D'autre part, comme l'élément nerveux joue un rôle très considérable dans le moindre acte vital nous ne sommes nullement étonnés du succès du *mesmerisme* du temps passé ou des résultats de la psychothérapie contemporaine : le choc nerveux pouvant être, lui aussi, un agent libérateur des protéases.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DANS LES TROIS PREMIERS MOIS

Par M. le docteur Bourret,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois se présente en pratique dans des conditions tellement différentes les unes des autres qu'il ne saurait être basé sur une simple énumération de symptômes faciles à retrouver dans tous les cas ; mieux vaut semble-t-il étudier successivement les différents tableaux cliniques que l'on peut être appelé à observer. Ceux-ci se groupent tout naturellement en deux catégories : l'une, à symptomatologie bruyante parce que due essentiellement aux complications classiques du développement extra-utérin de l'œuf ; l'autre à symptomatologie discrète parce que ce développement n'a pas encore donné lieu aux incidents dramatiques auquel il aboutira un jour ou l'autre.

A. Cas a symptomatologie bruyante. — I. En premier lieu il faut évidemment placer ceux où le diagnostic se pose à l'occasion de l'*inondation péritonéale* par rupture cataclysmique de la trompe gravide en péritoine libre ; l'apparition brusque d'une douleur extrêmement violente dans l'abdomen, en coup de poignard, s'accompagnant de signes à la fois d'*hémorragie interne grave* (syncope, lypothimie, décoloration des muqueuses, faiblesse et rapidité du pouls) et de *réaction péritonéale* (douleur, défense de la paroi abdominale, nausées et vomissements) apparaissant chez une personne présentant de façon manifeste tous les signes d'un début de grossesse, ne prête évidemment guère à confusion, surtout si le toucher permet de reconnaître une hypertrophie utérine accompagnée d'un écoulement utérin rouge ou couleur chocolat et d'une sensibilité particulière à l'exploration vaginale du cul-de-sac de Douglas.

La *réaction péritonéale* peut pourtant faire penser à une appendicite aiguë, à une torsion d'un kyste de l'ovaire, à une perforation du duodénum ou de l'estomac suite d'ulcus, ou plus simplement à une colique hépatique ou néphrétique : mais dans tous ces cas qui évidemment peuvent se rencontrer au cours d'une grossesse purement utérine aussi bien qu'en dehors d'elle, les signes d'*hémorragie interne* grave font défaut.

Ceux-ci par contre existent dans toutes les causes

d'hémorragies internes d'ordre médical, la plus fréquemment en cause étant certainement celle qui résulte de l'évolution d'un ulcère d'estomac : les antécédents gastriques de la malade, l'absence de réaction péritonéale, la tolérance du Douglas à l'exploration vaginale, la constatation d'un utérus gravide normal permettront en général assez facilement d'éliminer le diagnostic d'inondation péritonéale, et suffiront pour justifier une abstention opératoire, jusqu'à ce que l'apparition d'une hématémèse ou de mœlena vienne indiquer de façon indiscutable l'origine de l'hémorragie.

II. Un autre cas de diagnostic relativement aisé est celui où la grossesse extra-utérine aboutit non plus à une rupture brusque en péritoine libre, mais à un enkystement d'hémorragies successives plus ou moins abondantes qui constituant l'*hématocèle* rétro ou anté-utérine. Le tableau clinique est en général très net : retard de règles, pertes rouges puis couleur chocolat, persistent malgré les injections et le repos, douleur continue dans le bas ventre, accompagnée de *crises* plus violentes irrégulièrement effacées, survenant assez brusquement, obligeant la malade à garder le lit et s'accompagnant toujours, si on sait les rechercher, de signes plus ou moins nets à la fois de réaction péritonéale et d'hémorragie interne. Au toucher on perçoit une masse de volume variable, souvent mal délimitée, douloureuse, et toujours très tendue, parfois au point de refouler l'utérus de le plaquer contre la symphyse pubienne, et de rendre sa délimitation très incertaine.

La compression peut même retentir sur la vessie et l'urètre, et déterminer des phénomènes de dysurie qui rappellent dans une certaine mesure ceux qui sont si caractéristiques de la rétroversion de l'*utérus gravide*. D'où la nécessité dans quelques cas de distinguer l'une de l'autre ces deux complications pourtant si différentes de la grossesse.

La vessie distendue à l'extrême dans la rétroversion peut être prise pour une hématocèle anté-utérine, alors que le corps utérin gravide incarcéré dans le petit bassin pourra dans d'autres cas être confondu avec un épanchement sanguin du Douglas : dans un cas comme dans l'autre du reste, les écoulements sanieux, fétides, de la vessie comprimée et en voie de sphacèle, ou du corps utérin rétrofléchi contribueront aussi au premier abord à donner le change. Le diagnostic se basera sur une analyse précise des symptômes : sur la différence des troubles de l'état général, phénomènes surtout toxiques et fébriles dans les cas d'incarcération utérine, troubles plutôt d'anémie dans l'hématocèle; sur le siège et les irradiations des douleurs accusées par la malade; sur la consistance de la masse occupant le Douglas, sur ses variations de volume et surtout de tension à des examens successifs; enfin sur les caractères de la tumeur abdominale qu'un cathéthérisme (qu'il ne faut jamais négliger) suffira à faire évanouir, s'il s'agit de la vessie distendue.

Le diagnostic entre l'hématocèle et le *pyosalpinx* d'origine annexielle pour être plus banal n'en n'est pas moins utile à étudier, car facile dans les cas très nets il devient parfois impossible à établir cliniquement : il s'appuiera sur l'histoire de la malade, sur son passé abdomino-génital, sur l'existence de crises douloureuses antérieures au retard actuel des règles, enfin sur la courbe de température qui présente volontiers de grandes oscillations lorsque l'épanchement péri utérin est constitué par du pus. Mais il ne faut pas oublier que les hématocèles suppurent facilement et que même non suppurées elles donnent souvent lieu à des poussées fébriles variables : aussi dans ces cas particulièrement difficiles, la ponction exploratrice à travers le cul-de-sac postérieur a été préconisée par certains auteurs et peut être d'un précieux secours.

B. CAS A SYMPTOMATOLOGIE DISCRÈTE. — Ce sont ceux où le diagnostic est généralement le plus difficile, et pour lesquels il est bon d'avoir toujours à la pensée les directives suivantes :

1. L'existence ou non de symptômes de début de grossesse : retard des règles même insignifiant, troubles sympathiques.
2. L'existence d'une grossesse *irrégulière*, surtout *douloureuse* : c'est là un signe capital : nous avons observé des cas de grossesse extra-utérine sans retard de règles, nous n'en avons pas encore rencontré d'indolores.
3. L'hypertrophie de l'utérus qui accompagne toujours la grossesse, quel que soit l'endroit où l'œuf s'est greffé.
4. L'apparition et la persistance de pertes sanguines d'abord rouges puis couleur brun chocolat.

Ceci dit voyons comment les choses se présentent dans la pratique.

I. On peut être amené, assez rarement il faut le reconnaître, à pratiquer un examen abdomino-vaginal chez une personne qui ne présente comme troubles que des signes de début de grossesse accompagnée de douleurs assez vagues. On constate alors l'existence d'un utérus plus volumineux et plus mou que normalement, et une tumeur juxta-utérine rénitente, un peu douloureuse à la pression. Si, comme nous le supposons, il n'existe pas encore de pertes anormales, le diagnostic avec une grossesse utérine accompagnée d'un petit kyste ovarien, d'un petit fibrome sous-péritonéal, exceptionnellement d'un utérus double est à peu près impossible à établir à ce moment avec certitude. Néanmoins l'existence de douleurs abdominales spontanées et provoquées par l'exploration devra faire soupçonner la grossesse extra-utérine : dès ce moment, de pareilles malades devront être mises en observation et l'évolution ultérieure, apparition des pertes, accroissement de volume de la masse juxta-utérine, ne tardera généralement pas à confirmer le diagnostic jusque-là hésitant.

II. Le plus habituellement les symptômes qui attirent surtout l'attention des malades et pour lesquels elles viennent consulter sont les *pertes sanguines*. L'histoire clinique dans la plupart de ces cas est la suivante : après un retard de règles de quelques jours faisant penser à une grossesse normale, sont survenues des pertes d'abord rouges, puis brun chocolat; l'interrogatoire mettant en outre en évidence l'existence de douleurs abdominales, pour peu que l'on néglige de faire préciser le siège et le caractère de celles-ci, le diagnostic s'aiguille tout naturellement du côté d'une fausse couche banale, ou plus exactement d'une rétention placentaire post abortum. Le récit de la malade affirmant avoir expulsé un morceau de chair ne peut que confirmer cette opinion si l'on oublie la fréquence de l'expulsion de la caduque utérine au moment de l'avortement tubaire.

L'erreur est pourtant facile à éviter si l'on a soin : *a.* toutes les fois que cela est possible d'examiner personnellement les caillots expulsés au cours de cette soi-disant fausse-couche et d'y constater l'absence de villosités et de cavité amniotique et au contraire un véritable moulage de la cavité utérine; *b.* dans tous les cas, de déterminer sur l'interrogatoire les caractères si particuliers d'une part de la douleur abdominale et d'autre part des écoulements sanguins; *c.* enfin de ne jamais se contenter d'un simple interrogatoire pour établir le diagnostic d'avortement utérin, mais de toujours procéder à un examen attentif de l'utérus, de l'état du col, et des tissus péri-utérins; l'exploration abdomino-vaginale dans les cas de grossesse extra-utérine mettra en évidence, l'existence à côté d'un utérus manifestement hypertrophié d'une masse juxta-utérine de volume et de consistance variables mais toujours douloureuse à la pression.

Avec un peu d'attention le diagnostic entre la grossesse extra-utérine et un avortement utérin banal est donc possible dans la majorité des cas : les erreurs s'expliquent par un examen insuffisant. Elles ne sont excusables que dans les cas complexes où un avortement utérin s'accompagne de l'existence d'une tumeur juxta-utérine, qu'il s'agisse d'un kyste, d'un fibrome pédiculé, d'une annexite ou d'un utérus double. Dans ces cas-là, c'est encore l'analyse soigneuse de l'évolution des troubles, leur apparition chez une malade n'ayant généralement jamais souffert du ventre, surtout l'intensité et la répétition des crises douloureuses, jointes aux caractères des pertes, qui feront pencher le diagnostic en faveur de la grossesse extra-utérine. Celle-ci sera également bien probable si, après ce que l'on a pris pour un avortement utérin, persistent les petits symptômes de la gravidité; ce signe, de grande importance lorsqu'il existe, est cependant fort inconstant car la mort de l'œuf justa-utérin est loin d'être rare.

En somme, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de la grossesse extra-utérine, dans les trois premiers mois, est parfaitement réalisable : il le sera d'autant plus facilement que l'on sera plus convaincu de la très grande fréquence de ces grossesses « mal placées » et du rôle de premier plan qu'elles jouent dans la pathologie abdominale féminine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE 1923)

M. le président HALLER prononce le discours d'usage dans lequel il fait l'éloge des membres disparus pendant la dernière année : Gaston Bonnier, membre de la section de botanique, Jules Violle, doyen de la section de physique, Charles de Freycinet, doyen de l'Académie, le comte de Gramont, Maurice Leblanc, van der Waals (d'Amsterdam), le colonel Ariès, Bakhuysen (de Leyde), le père Colin, sir James Dewar (de Cambridge).

Le secrétaire perpétuel proclame ensuite les noms des lauréats que nous avons fait connaître il y a quelques jours. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, no 91, p. 1453, et no 92, p. 1470.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1923)

M. LE PRÉSIDENT s'adressant à Mme Curie, tient à l'assurer que l'Académie de médecine représentée hier à la Sorbonne lors de la cérémonie du vingt-cinquième anniversaire de la découverte du radium, s'associe de tout cœur à l'hommage d'admiration et de reconnaissance qui lui a été offert, hier, par la France tout entière.

« Soyez assurée, Madame, ajoute M. Chauffard, que nous apprécions fort votre présence parmi nous. Vous êtes la première femme qui ait été appelée à siéger dans notre compagnie. Quelle autre que vous en eût été plus digne? »

Mme Curie répond d'une voix très faible et remercie M. le président des sentiments qu'il vient d'exprimer à son égard et dont elle se montre très touchée.

L'hygiène dans nos colonies et nos protectorats. — M. WALLISCH fait un rapport sur un travail de M. Dinguizli relatif à l organisation de l hygiène, en particulier de l'hygiène obstétricale dans nos colonies et nos protectorats. Dans ce travail, M. Dinguizli présente tout un programme d'organisation et fait un appel chaleureux aux veuves de guerre, aux jeunes filles désirant s'occuper et se dévouer à une œuvre sociale aussi utile.

Dans ses conclusions, M. le rapporteur propose d'appuyer les propositions de l'auteur.

Un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques. — M. LUTIGNEAUX montre d abord que les procédés actuellement utilisés pour la conservation des pièces anatomiques offrent de nombreux inconvénients en ce qui concerne l'altération fréquente de la forme ou des couleurs de ces préparations. Après de nombreux essais, entrepris en vue d'améliorer cette technique, l'auteur s'est arrêté à l'emploi de mélanges synthétiques définis donnant des corps analogues, dans leur aspect physique, à l'ambre naturel. De ces corps, qu'il nomme « ambroïdes », le plus facile et le moins coûteux à préparer correspond à la formule : colophane, 90 parties; huile de lin ou de ricin, 10 parties. M. Lutigneaux répète, devant l'Académie, les divers temps qui constituent la technique de l'enrobement des pièces dans ce mélange, et les résultats obtenus apparaissent comme des plus remarquables.

Le traitement des anémies. — M. LETULLE présente, au nom de M. Normet, un nouveau traitement des anémies par les injections intraveineuses de citrate de soude. Partant d'expériences antérieures sur les animaux, dans lesquelles il démontrait la transformation des globules blancs en normoblastes et en globules rouges, sous l'action de ce produit (*Bull. de l'Académie de méd.*, du 24 fév. 1920), M. Normet envisagea la possibilité de provoquer de telles transformations dans le sang des anémiques. En effet, après des injections répétées de solution de citrate de soude à 30 p. 1000, l'auteur constata chez des malades atteints d'anémies vraies (non d'origine cancéreuse ou tuberculeuse) une progression ascendante et régulière du nombre des globules rouges.

Ainsi furent guéries en quelques semaines des anémies aplastiques graves qui ont pu être suivies pendant plus d'un an.

Pour traiter les anémies avec chlorose, l'auteur a songé à utiliser l'action déjà connue des sels de fer, en ajoutant du tartrate ferrico-potassique, au citrate de soude et il a essayé les effets de ce mélange sur le chien et le lapin,

Les animaux normaux ont présenté une augmentation du nombre de leurs globules rouges, pouvant atteindre jusqu'à 80 p. 100.

Chez l'animal sain comme chez l'homme malade, le traitement fait apparaître dans le sang circulant des globules rouges nucléés à divers stades de leur développement, qui sont reproduits dans une planche en couleurs jointe à la communication.

La virulence microbienne. — M. Baptiste ROUSSY, directeur de recherches scientifiques, à l'Ecole pratique des hautes-études, au Collège de France, expose, à grands traits, sa « théorie mésendogène de la virulence microbienne, opposée, pour la compléter ou même la remplacer, à la vieille théorie

exogène spécifique de cette virulence », théorie mésendogène qu'il a formulée, devant l'Académie les 12 février et 12 mars 1889, en développant sa « théorie générale sur la nature et les rôles physiologique, pathogène et thérapeutique des diastases ou ferments dits solubles et chimiques ».

Cette théorie, alors absolument originale et nouvelle, a été ainsi que cet auteur l'a énergiquement annoncé, il y a maintenant plus de trente-quatre ans, le point de départ du grand et très fécond mouvement scientifique, qui tend à créer la science nouvelle des défenses de l'organisme, par la vaccinothérapie, la vaccinoprophylaxie, la bactériothérapie, la zymothérapie, science nouvelle qui tend, aussi, à dévoiler par l'endocrinologie, le mystérieux mécanisme de l'équilibre des fonctions, équilibre harmonieux qui, pour M. Roussy, constitue l'état normal, vulgairement appelé santé de l'organisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1923)

Rhumatisme articulaire aigu consécutif à des douleurs dentaires généralisées. — MM. J. TROISIER, RAOUL et LEBOUCHER présentent deux malades chez lesquels le rhumatisme articulaire aigu ne s'est déclaré qu'après une phase de douleurs dentaires très curieuse.

Chez l'un d'eux, une jeune fille de dix-sept ans, malade depuis l'âge de douze ans, chaque crise articulaire est précédée pendant une semaine de douleurs dentaires généralisées. Chez l'autre, jeune homme de dix-huit ans, deux crises rhumatismales à seize et dix-huit ans ont été précédées depuis l'âge de sept ans jusqu'à quatorze ans de douleurs dentaires généralisées donnant la sensation d'allongement et d'ébranlement dentaire, chaque crise survenant régulièrement tous les ans et durant tout le mois de mai, sans arthropathie concomitante.

Les auteurs discutent l'interprétation de ces faits qui viennent à l'appui des travaux américains sur l'origine dentaire de nombreux rhumatismes, mais ils estiment pouvoir comparer l'atteinte des articulations alvéolo-dentaires à la fluxion des articulations des membres n'arrivant ni l'une ni l'autre à la suppuration. Cette alvéolo-arthrite rhumatismale, sans parler de la thérapeutique dentaire conservatoire, est justiciable de la même cure salicylée ou antipyrinée que les autres localisations du rhumatisme.

M. LÉRI a déjà insisté sur le rôle des infections génitales dans la pathogénie du rhumatisme chronique.

Le syndrome du trophœdème : trophœdème nerveux, trophœdème ganglionnaire. — MM. André LÉRI et Noël PÉRON ont observé un certain nombre de malades chez qui un trophœdème chronique coexistait avec un spina bifida sacré; mais la relation de cause à effet entre l'œdème de l'inocclusion du rachis n'était pas établie. L'une de ces malades a été opérée par le professeur Delbet : on a constaté une atrophie considérable des nerfs de la queue du cheval du côté malade. Cette lésion était donc au-dessus des ressources de la chirurgie; l'opération ne pouvait donner de résultats pratiques comme ceux qui ont été obtenus dans d'autres cas de spina bifida par Pierre Delbet et André Léri à la suite d'une résection d'une bride fibreuse comprimant la queue de cheval (guérison d'incontinences d'urine dites « essentielles » notamment); mais elle a montré de façon manifeste que l'œdème trophique était bien en rapport avec des lésions radiculo et peut-être médullo-rachidiennes.

Il n'en est pas toujours ainsi. Les auteurs présentent une malade atteinte d'un trophœdème typique du membre inférieur gauche et d'un trophœdème plus récent du membre supérieur gauche. Or, les radiographies montrent qu'il existe une calcification de la plupart des ganglions de l'économie. Il s'agit très probablement d'une lésion d'origine tuberculeuse, d'une véritable lymphadénie tuberculeuse de l'enfance guérie par crétification. Dans ce cas il est de toute évidence que le trophœdème est la conséquence de l'obstruction lymphatique au niveau des ganglions.

Le trophœdème est donc un syndrome auquel on peut attribuer au moins deux origines : une origine nerveuse et une origine ganglionnaire.

Forme méningée de l'endocardite infectieuse. — MM. DE MASSARY et RACHET rapportent une observation d'endocardite maligne aiguë ayant évolué en cinq jours sous le masque d'une méningite aiguë compliquée d'hémiplégie droite; sans que jamais on ait pu déceler l'existence d'un souffle cardiaque. L'autopsie montra une grosse végétation mitrale et une plaque de méningite bien limitée, où fourmillait le streptocoque; les ponctions lombaires répétées n'avaient décelé qu'une forte réaction polynucléaire aseptique. Les auteurs insistent à nouveau sur la difficulté du diagnostic de ces formes anormales sans aucun signe cardiaque, où l'endocardite maligne simule la méningite aiguë ou l'abcès du cerveau.

M. LAUBRY a publié un cas analogue mais sans signes de localisation. Cette forme méningée s'observe surtout dans les endocardites suraiguës malignes et sans signes cardiaques. Il s'agit d'une septicémie à localisation cardiaque.

MM. DE MASSARY et RACHET signalent, en outre, une petite épidémie d'idées mystiques, de sacrifice et de rédemption chez des débiles, probablement sous l'influence de doctrines propagées par la presse ou le cinéma.

Un cas de méningite morbilleuse. — MM. Guy LAROCHE et QUIOC communiquent l'observation d'un enfant de onze ans atteint au cours de sa rougeole d'un syndrome méningé, aigu, intense, très fébrile, et dont la guérison fut rapide.

Le liquide céphalo-rachidien était trouble et aseptique, extrêmement riche en lymphocytes. La méningite morbilleuse est très rare, mais existe bien. Elle doit se différencier des autres syndromes méningés (méningite tuberculeuse, pneumo ou streptococcique) que l'on peut observer au cours de la rougeole. Elle s'oppose à eux par son évolution rapide et sa bénignité. Elle se rapproche des faits analogues observés dans la scarlatine et de ceux publiés récemment par M. Bénard chez des malades atteints de rubéole.

Septicémie à paratyphique A avec ictère et purpura. — MM. LOUIS et TRABAUD (Beyrouth) relatent une observation d'ictère cholurique pléiochronique particulièrement intense au cours duquel un paratyphique A a été isolé et identifié par hémoculture. Bien que la courbe ait été celle d'une dothiénentérie typique, l'ictère a réellement dominé l'évolution clinique, persistant longtemps après la guérison de la dothiénentérie. Les deux auteurs soulignent la rareté des ictères à paratyphique A et montrent que leur cas évoluait en même temps que d'autres cas de dothiénentéries, ce qui met en relief l'origine épidémique des ictères d'origine typho-paratyphique.

Les crèches (chambres d'allaitement) pour le personnel dans les hôpitaux de Paris. Leurs résultats pour la protection des nourrissons et le rôle de la surveillance médicale. — M. ARMAND-DELILLE. Discussion : MM. Debré, Léon Bernard, Pagniez, Ribadeau-Dumas, Hallé, Rathery, Ménétrier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1923)

Kyste hydatique du tibia. — MM. CONSTANTINI et DUBOUCHER (d'Alger) (rapport de M. Mouchet) ont opéré un homme de dix-huit ans d'un kyste du tibia : incision d'une collection suppurée sous-périostée, communiquant avec la diaphyse tibiale, l'os trépané, deux membranes hydatiques flétries sont extirpées, la cavité curettée et comblée par une greffe osseuse pédiculée. Le malade est vacciné et la plaie suturée sans drainage.

M. Mouchet fait une étude des kystes hydatiques du tibia et rappelle leur rareté et la difficulté du diagnostic de ces affections.

Suites éloignées d'une plaie des vaisseaux poplités. — M. LENORMANT fait un rapport sur une observation de MM. Lombard et Bure (d'Alger) : plaie par balle des vaisseaux poplités, ligature des vaisseaux, suites normales. A

longue échéance, le blessé présenta un déficit fonctionnel notable; puis ces troubles s'atténuèrent et le blessè put reprendre son travail un an après l'intervention.

Hypertension intracranienne post-traumatique. — MM. LOMBARD et BURE (d'Alger) [rapport de M. Okinczyc] ont traité un homme de vingt-sept ans, qui présenta, après un traumatisme, une hypertension intracranienne guérie seulement après une série de ponctions lombaires. La soustraction totale du liquide céphalo-rachidien qui a dû être faite est de 300 centimètres cubes.

A propos de la fièvre puerpuérale. — M. LAPOINTE fait un rapport sur 350 cas de fièvre puerpérale *post partum*, traités par M. Gauthier (de Luxeuil) par le curettage précoce, suivi d'irrigation continue de la cavité utérine (150 litres d'eau par vingt-quatre heures); l'auteur n'a perdu que trois malades sur 350 opérées.

Cinématisation des moignons. — M. TUFFIER apporte les résultats des opérations de M. Bosch-Arana (de Buenos-Aires) qui a apporté des perfectionnements aux méthodes italiennes de cinématisation des moignons.

Présentation d'instruments. — M. MATHIEU présente deux instruments perfectionnés par M. Gauthier (de Luxeuil) :

1° Un tube de Mayo auquel il a ajouté un tube aspirateur des mucosités.

2° Une pince-gouge avec butoirs sur le manche.

Les petites lésions des ménisques du genou. — M. TAVERNIER (de Lyon) apporte une étude très complète de ces petites lésions qui apparaissent sous trois formes différentes : douleurs incessantes sur l'interligne articulaire, des hydarthroses à répétition, des entorses récivantes. Il faut enlever le ménisque et immobiliser le malade dans le plâtre pendant douze jours.

A propos du traitement du cancer du rectum (*Discussion.*). — M. OKINCZYC reste partisan de l'abdomino-périnéale. Il fait le temps abdominal d'abord et n'hésite pas à sacrifier l'appareil sphinctérien, il craint plus l'infection du tissu cellulaire que celle du péritoine, il opère sous rachianesthésie.

M. HARTMANN a dans un certain nombre de cas fait une opération moins grave que l'abdomino-périnéale : il ne fait qu'un seul temps abdominal, libère le néoplasme par en haut, le mobilise et laisse la portion pelvienne du canal anal pardessus laquelle il péritonise. C'est une méthode applicable aux cancers haut situés qui lui a, jusqu'à présent, donné de bons résultats.

MM. FAURE et LAPOINTE reconnaissent les avantages de la technique de M. Hartmann que MM. CUNÉO et LABDENNOIS croient peu sûre à employer.

Sur la sympathicectomie. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une malade de M. Brocq, opérée pour une gangrène par artérite du gros orteil.

La sympathicectomie fémorale fut suivie d'un excellent résultat. Le malade guérit en trois mois.

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1923)

Des injections intracardiaques d'adrénaline dans les cas de syncopes au cours de l'anesthésie. — M. LÉNORMANT apporte un succès partiel de cette méthode. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un adéno-phlegmon parotidien : anesthésie générale, syncope, injection intracardiaque d'adrénaline, retour des battements cardiaques, nouvelle syncope, nouvelle injection, réapparition des battements, respiration artificielle, troisième syncope mortelle.

La première injection n'a été faite que douze minutes après le début de la syncope. Il y a intérêt à la faire aussitôt que possible.

Ostéosynthèse. — M. LENORMANT communique un cas de fracture de l'omoplate, par écrasement de l'épaule, avec chute du moignon; M. Lenormant réduisit en plaçant un fil d'acier. Guérison.

Radioscopie œsophagienne. — M. GRÉGOIRE a fait une série d'expériences sur le passage de la bouillie bismuthée à travers l'œsophage.

Il résulte de ces expériences que, même dans des œsophages normaux, la bouillie ne passe pas toujours d'emblée dans l'estomac.

Sympathicectomie. — M. DE MARTEL fait un rapport sur une observation de M. Jean relative au bon résultat d'une sympathicectomie dans un cas de troubles trophiques.

Ulcères perforés de l'estomac. — M. BASSET fait un rapport sur un certain nombre d'observations adressées par M. Guillemin. Premier cas : Ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac, enfouissement sous deux points de suture. Mort. Deuxième cas analogue, suture avec gastro-entérostomie complémentaire, guérison. Troisième cas, opéré à la dix-huitième heure, suture et gastro-entérostomie, mort. Après ces observations, M. Basset émet encore quelques considérations sur l'importance de la gastro-entérostomie complémentaire, après la suture de l'ulcus, enfin sur la nécessité du drainage dont il est partisan.

Accidents méningés à la suite d'une rachianesthésie. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une communication de M. Leclerc relative à un cas d'accidents méningés consécutifs à une rachianesthésie par la cocaïne, accidents qui, d'ailleurs, se sont terminés par la guérison.

Il est difficile de déceler quelle a été la cause de ces accidents.

Fibrome et radiothérapie. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation bien instructive de M. Montdor relative aux effets désastreux des rayons pénétrants dans certains cas de fibromes.

Il s'agissait d'une femme atteinte de fibrome avec métrorragies. Après trois séances de radiothérapie profonde, cette femme ressentit une douleur en coup de poignard et présenta tous les signes d'une péritonite diffuse. Intervention d'urgence, derrière l'utérus on trouve un empâtement douloureux d'origine salpingienne, du pus en grande quantité dans le ventre, un petit fibrome. Hystérectomie sus-vaginale, drainage, mort le lendemain.

Ce fait prouve de nouveau les dangers de la radiothérapie profonde dans les cas de fibromes, compliqués de salpingite.

Cancers du rectum. — M. Anselme SCHWARTZ critique la technique de M. Savariaud. Il apporte au débat des faits personnels. Il est partisan de la voie périnéo-abdominale; approuve la technique de M. Hartmann et est partisan de la conservation du sphincter. Il fait connaître les résultats éloignés de certaines de ses opérations. Il est un cas de dix ans sans récidives.

Rachianesthésie. — M. LABEY, depuis deux ans, a adopté cette méthode d'anesthésie, à laquelle il trouve des avantages pour la chirurgie abdominale ainsi que pour la chirurgie de l'estomac. Il a recours à la novocaïne, mais il regrette que celle des hôpitaux soit de mauvaise qualité. Il emploie la solution de 5 grammes pour 100 grammes de sérum physiologique.

Il fait une injection préalable de caféine. Il s'abstient quand la tension artérielle est au-dessous de 12-7. L'un des avantages de la méthode est sa parfaite innocuité au point de vue des reins et du foie.

M. SAUVÉ fait aussi une communication sur la rachianesthésie dont on n'entend pas un mot, cette communication ayant été faite au moment des élections.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les sécrétions internes, leur influence sur le sang, par Maurice PERRIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, et Alfred HANNS, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg. Préface du professeur A. GILBERT. Deuxième édition 1923. Un volume in-8 de VIII-284 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE

LE VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE DE LA DÉCOUVERTE DU RADIUM

Le 26 décembre 1898, Pierre Curie et Mme Curie présentaient à l'Académie des sciences une note annonçant la découverte du radium et de la radioactivité.

Pour commémorer le vingt-cinquième anniversaire de cette géniale découverte, une séance solennelle a eu lieu à la Sorbonne, le 26 décembre 1923, sous la présidence effective de M. Alexandre Millerand, président de la République.

Le grand amphithéâtre était comble lorsque le Président de la République fit son entrée accompagnant Mme Curie. C'est au milieu d'une ovation sans fin qu'ils prirent place sur l'estrade, entourés de MM. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique, Strauss, ministre de l'Hygiène, Le Trocquer, ministre des Travaux publics, de MM. Appell, recteur de l'Université, Emile Roux, de l'Institut Pasteur, Bergonié (de Bordeaux), Lorentz (de Harleem), Gendreau, directeur de la filiale canadienne de la fondation Curie, Henri de Rothschild, Béclère, Jean Perrin, Claudius Regaud et nombreux membres de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de l'Université de Paris, des universités de province et de l'étranger.

Après l'exécution de la *Marseillaise* par la musique de la Garde républicaine, M. le recteur de l'Université de Paris, président de la fondation Curie, prend la parole.

Il rappelle les travaux d'Henry Becquerel sur l'uranium et montre le développement harmonieux des recherches de Pierre Curie et de Mme Curie, travaux exécutés dans les conditions les plus difficiles, au milieu d'un laboratoire dénué de ressources, travaux de génie qui devaient aboutir à la plus grande découverte du siècle.

Rappelant l'origine polonaise de Mme Curie, M. Appell fait un heureux rapprochement entre la France et la Pologne « associées dans une œuvre scientifique comme elles ont été associées dans l'œuvre de la libération du monde ».

M. Lorentz, l'illustre physicien hollandais, prend ensuite la parole et, dans un français très pur, il montre l'importance prise par la radioactivité dans les théories modernes de la science, son œuvre d'unification de la physique et de la chimie, enfin comment elle nous a fait pénétrer dans l'intimité de la structure atomique.

M. Jean Perrin, professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie des sciences, fait alors une conférence sur la *Radioactivité et son importance dans l'univers*.

Malgré le temps très mesuré qui lui était accordé, M. Perrin expose avec une très grande clarté l'histoire de la conquête du radium.

Après avoir brièvement passé en revue l'histoire de la conquête, les premières notions enseignées par Henri Becquerel, la recherche des corps radioactifs autres que l'uranium, la découverte du polonium d'abord, puis du radium, et l'isolement de ce dernier corps dû à la ténacité particulière de Mme Curie, il montre l'origine de cette radioactivité, la libération des énergies contenues dans l'atome, la transmutation des corps les uns dans les autres par destruction partielle de leurs noyaux atomiques. Cette désintégration, cette transmutation, pourrons-nous les réaliser un jour à notre volonté, demande le conférencier, et, faisant allusion aux beaux travaux de Rutherford, il estime que lorsque nous disposerons d'une force de 7 à 10 millions de volts, ce que l'on peut prévoir, nous pourrons désintégrer les atomes et que le problème de la pierre philosophale sera résolu.

Au milieu du recueillement de l'assistance, M. Debierne donne lecture de fragments des communications par lesquelles ont été annoncées les découvertes initiales relatives aux corps radioactifs.

Un collaborateur de Mme Curie répète ensuite un certain nombre d'expériences fondamentales.

Au milieu d'une ovation de l'assistance, Mme Curie se lève et prend la parole. D'une voix très basse et brisée par l'émotion, elle remercie le président de la République, le gouvernement et l'assistance de cet hommage s'adressant à des travaux dont elle reporte tout le mérite sur Pierre Curie et ses collaborateurs.

La nouvelle ovation qui lui fut faite était à peine terminée qu'un groupe d'étudiants français vient offrir à Mme Curie un bronze représentant la Victoire, et que des étudiants belges déposent à ses pieds une magnifique gerbe de fleurs.

La parole est ensuite donnée à M. Béclère, membre de l'Académie de médecine, qui doit parler du *Radium et de la médecine*. M. Béclère est l'un de nos maîtres les plus respectés et les plus aimés, l'un de ceux dont les travaux sur la radioactivité ont été les plus féconds. Aussi sa conférence, un chef d'œuvre de clarté et de concision, admirablement lue a-t-elle été écoutée avec l'intérêt le plus vif.

Après avoir évoqué le souvenir des artisans de la première heure, Danlos, Dominici, M. Béclère expose la question du cancer et du radium d'une façon magistrale.

« Rayons X et rayons γ du radium représentent autant de bistouris ou plutôt de flèches invisibles, merveilleusement subtiles et acérées, capables de cribler toute la région malade, et, sans effusion de sang, sans mutilation, au travers de la peau intacte, de tuer, dans un organe profond, les cellules cancéreuses, tout en laissant intactes les cellules saines avoisinantes. »

Se souvenant qu'il parle à des gens de science, mais qui ne sont pas tous médecins, il ajoute :

« Le radium n'est pas une panacée applicable à tous les cancers et capable de guérir un cancer à toutes les périodes de son évolution. C'est seulement en certaines conditions une arme excellente et le domaine de ses applications s'étend à mesure que se perfectionne la technique très délicate de son emploi. » Et il montre que si le rôle du chirurgien est diminué par l'usage du radium, il reste entier dans un très grand nombre de cas.

Le grand maître de l'Université, M. Léon Bérard, dans un de ces discours de belle tenue, comme il sait en prononcer, apporte à Mme Curie, l'hommage du gouvernement et du Parlement qui, hier, décidait de lui accorder une dotation. Faible récompense qui ne vaut que par son caractère national et l'unanimité avec laquelle elle a été décernée.

Le président de la République, enfin, prononce une allocution écoutée debout par toute l'assistance :

« Peu de mois après la communication fameuse du 26 décembre 1898, à l'Académie des sciences, le ministre du commerce, dans les attributions duquel rentrait alors l'enseignement technique, se rendait à l'Ecole de physique et de chimie.

Jamais ne me sortira de la mémoire, le souvenir de ma visite aux locaux misérables qu'illuminait le génie de Pierre Curie. A ses côtés se tenait l'admirable compagne qui fut l'associée intime de sa pensée, de ses travaux et de ses découvertes.

Pierre Curie a disparu prématurément, enlevé à la science et à l'humanité par un accident imbécile.

Mme Curie lui a survécu pour continuer et développer son œuvre. La France lui apporte aujourd'hui par ma voix l'expression de son admiration et de sa reconnaissance.

Le nom de Curie est désormais inséparable des résultats bienfaisants obtenus par l'application du radium à la thérapeutique. Il sera à jamais associé aux révélations que l'étude de la substance nouvelle permet déjà d'entrevoir sur la constitution ultime de la matière et de l'atome.

Interprètes fidèles du sentiment français, le gouvernement de la République et le Parlement ont tenu à le concréter sous la forme de la récompense nationale qu'ils ont décidé d'offrir à Mme Curie.

Qu'elle la reçoive, avec l'hommage solennel que nous lui apportons aujourd'hui, comme le faible et sincère témoignage des sentiments universels d'enthousiasme, de respect et de gratitude qui lui font cortège. »

Cette belle manifestation de la Sorbonne avait eu le matin une belle préface dans l'inauguration, par M. Strauss, du dispensaire de la fondation Curie. Ce nouveau centre de lutte venant s'ajouter à ceux de Bordeaux, Lyon, Strasbourg, Toulouse est appelé à rendre les plus grands services.

Enfin, jeudi, l'Académie de médecine a fêté, à son tour, l'anniversaire de la découverte du radium.

M. le président Chauffard, dans une allocution d'une grande élévation de pensée et de la plus heureuse forme, a rendu à Mme Curie un hommage de respect et d'admiration auquel se sont associés par leurs applaudissements tous ses collègues.

L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE DU CÆCUM

DÉFINITION. — La tuberculose peut frapper l'intestin en un point quelconque : la localisation au cæcum est une des plus importantes, et des mieux individualisées par les conditions dans lesquelles elle survient (c'est presque toujours une tuberculose primitive), par les lésions anatomiques qu'elle réalise, par le tableau clinique qu'elle détermine.

ÉTIOLOGIE. — Fréquence : difficile à déterminer.

Causes prédisposant à cette localisation.

Stase cæcale : le léger degré de stase qui est physiologique peut s'accroître pathologiquement.

Lésions banales du cæcum et de l'appendice : appendicite chronique. Colites.

Causes déterminantes. — Le bacille de Koch peut atteindra l'intestin par deux voies : digestive et sanguine.

Il peut venir de l'extérieur : tuberculose intestinale primitive, ou d'un autre foyer de l'organisme : tuberculose secondaire, beaucoup plus rare. La voie digestive appartiendrait surtout à la tuberculose primitive (expériences de Béhring, de Calmette). La voie sanguine, à la tuberculose secondaire.

En réalité, les bacilles peuvent venir des ganglions trachéo-bronchiques et atteindre l'intestin par voie vasculaire; alors que le sujet est encore cliniquement indemne de toute infection tuberculeuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions peuvent se présenter sous des aspects très divers. On peut décrire : Tuberculose scléro-lipomateuse ou hypertrophique; tuberculose ulcéro-caséeuse; tuberculose ulcéreuse simple, sténosante ou perforante; tuberculose fibreuse, pure, sténosante; tuberculose appendiculaire.

Les deux premières sont les plus fréquentes et méritent d'être mises en relief.

I. **Tuberculose scléro-lipomateuse**. — Caractérisée par ce fait que c'est une tuberculose hypertrophique sans tendance à l'ulcération, et non accompagnée de réaction péritonéale.

ASPECT. — Tumeur plus ou moins irrégulière, assez souvent bosselée, allongée verticalement suivant le grand axe de l'intestin.

LIMITES. — Précises, faciles à évaluer. Entoure le cæcum. Peut s'étendre vers l'angle colique droit et le dépasser. Englobe, en général, l'appendice qui est hypertrophié. Respecte l'iléon.

DIMENSIONS. — Variables, un gros poing en général.

MOBILITÉ. — Très mobile, en général (on a même dit que, par traction sur ses ligaments, le cæcum tuberculeux devenait plus mobile que le cæcum normal).

CONSISTANCE. — Dure, ligneuse.

A LA COUPE. — Le calibre intestinal peut être rétréci, assez souvent il paraît ectasié.

CONSTITUTION. — Deux choses :

1° Une gaîne, entourant la paroi intestinale, bien limitée en dedans par la séreuse ; c'est une gangue constituée par du tissu adipeux contenant des travées fibreuses.

2° Lésions des parois cæcales ; elles sont dures, cartonnées, épaisses. Contrairement à la gaîne lipomateuse, elles atteignent l'iléon.

— Séreuse : intacte, en général, peut cependant présenter quelques granulations.

— Musculaire : infiltration embryonnaire.

— Sous-muqueuse : hypertrophiée, infiltrée de cellules embryonnaires.

— Muqueuse : très irrégulière, tomenteuse, présentant des saillies polypseuses, pédiculées, en massue.

Pas d'ulcérations. Fait caractéristique, mais quelquefois, cependant, il existe de petites granulations sur cette muqueuse.

La valvule iléo-cæcale peut être détruite ou, au contraire, durcie, sténosée.

RÉACTION GANGLIONNAIRE. — Ne manque jamais. Les ganglions de l'angle iléo-cæcal sont augmentés de volume, rarement caséeux.

II. **Tuberculose ulcéro-cancéreuse**. — S'oppose à la précédente parce que, tendance à l'ulcération avec grosse réaction péritonéale.

ASPECT. — Masse fibro-caséeuse, très irrégulière.

LIMITES. — Pas de limites précises, car elle adhère aux organes voisins.

DIMENSIONS. — Peut emplir une grosse partie de la fosse iliaque.

MOBILITÉ. — Nulle à cause des adhérences.

CONSISTANCE. — Molle, pâteuse.

A LA COUPE. — Calibre intestinal peu modifié.

CONSTITUTION. — Ce sont les parois du cæcum elles-mêmes qui la constituent, mais il y a une réaction assez grosse du péritoine.

Les parois cæcales :

Séreuse : fausses membranes réunissent iléon, cæcum, appendice aux anses grêles.

Muqueuse : présente une ou plusieurs ulcérations : celles-ci peuvent être confluentes et toute la muqueuse cæcale peut être détruite.

Evolue vers l'ouverture d'abcès qui se fera à l'extérieur ou dans l'intestin.

RÉACTION GANGLIONNAIRE. — Plus intense que dans la forme hypertrophique, ganglions ramillés, caséeux.

SYMPTOMES. — I. **Tuberculose hypertrophique**. — Survient, en général, à titre de lésion tuberculeuse primitive, chez des sujets sans antécédents bacillaires.

DÉBUT. — Insidieux. Troubles vagues attirent peu l'attention du côté du cæcum : constipation manque souvent. Alternance de constipation et de diarrhée peut s'observer. Le tableau clinique rappellera beaucoup celui d'une appendicite chronique, il existe quelques douleurs au niveau de la fosse iliaque.

ETAT. — Les *signes fonctionnels* sont toujours très éteints. Souvent le malade viendra consulter parce qu'il aura remarqué lui-même une masse dans la fosse iliaque.

Examen. — Inspection. — Rarement voussure visible.

Palpation. — Tumeur piriforme à grosse extrémité inférieure remplissant la fosse iliaque droite et montant en se rétrécissant vers la région sous-hépatique.

Limites nettes, au moins du côté externe, car au bord interne, il existe une masse ganglionnaire qui continue la paroi intestinale.

La mobilisation de cette masse est assez facile. Pas d'adhérence à la paroi antérieure. La mobilité sur le plan profond dépendra de la disposition anatomique : cæcum fixe ou cæcum mobile.

Consistance dure, égale.

Pas de douleur au niveau de la tumeur.

Percussion. — Mate.

Toucher rectal. — Sera toujours pratiqué, on trouvera la masse perceptible par le doigt qui touche, avec les mêmes caractères que par le palper.

Radioscopie. — Utile après ingestion de bismuth et avec lavement de baryte.

Donnera des renseignements variables :

— Ou bien calibre normal, mais rigidité particulière de la paroi cæcum ne présentant plus ses contractions normales.

— Ou bien dilatation à ce niveau et plus souvent rétrécissement.

Signes généraux. — Nuls ou très peu marqués.

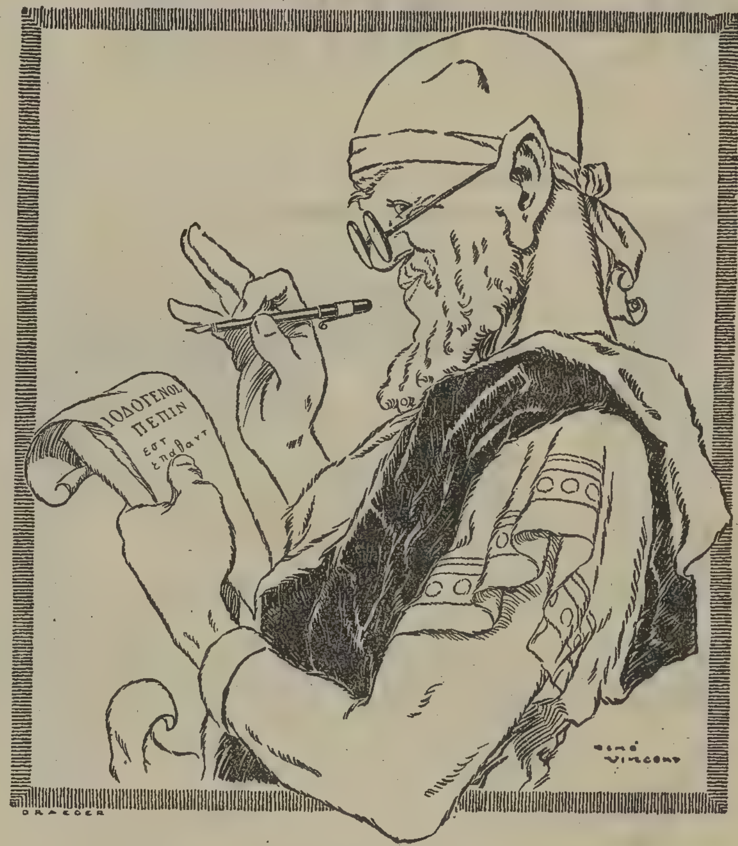
EVOLUTION. — Très lente. Souvent existe depuis longtemps sans modifications appréciables de l'état général quand on examine le malade.

Possibilité d'occlusion dans les formes avec rétrécissement du canal : mais plus souvent cette forme peut se transformer en forme ulcéro-caséeuse et se terminer comme elle.

D'ailleurs, on interviendra chirurgicalement presque toujours avant que ces complications ne surviennent. Le pronostic opératoire est assez favorable. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 2. — SAMEDI 5 JANVIER 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 5 JANVIER 1924. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours de chirurgien adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Yves Bourdes.

Le concours de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Marcel Gaston.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA-ALGER. — Le prix Poisson est décerné à M. Jahier.

— *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes de 1re classe : MM. Megnin et Sudaka, ex æquo; Salle et Camatte, ex æquo; Ammeloot et Kerseute, ex æquo.

Internes titulaires : Mlle Lemaire, MM. Piéra, Fayollat, Abbou, Tillier, Leconte des Floris, Malméjac; Colonieu, Marill et Pidoux, ex æquo; Badaroux.

Internes provisoires : MM. Nicolaï, Bourgeois, Cortès, Mlle Planty, MM. Lartigue et Arrii.

— *Concours de l'externat.* — Sont nommés :

Externes titulaires, premier concours : MM. Loustric, Schebat, Eyssette, Rouquet, Zermati et Leboucq; deuxième concours : MM. Bertrand, Benoit, Hanoune, Bercher, Djabour, Friess.

Externes provisoires, deuxième concours : MM. Nouchi, Lellouche, Gozlan et Hocène.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Justice. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Rollin, médecin du ministère de la Justice.

Ministère du Travail. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Lucien Graux (de Paris).

Guerre. — (Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin principal de 1re classe de Casaubon.

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors Delbecq, Degorce, Lardennois (Henri) et Ravaut (Paul).

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors ou aides-majors François, Pistre, Boucard, Oraison, Causeret, Guillemot, Cornillot, Tixier, Sterne, Hyvert, Gaumerais, Baron, Trey-Signales, Dieu, Vincent, Marchand, Dousset, Roy, Coudert, Pelletier, Calmels, Astie, Chazet, Gaucher, Robert, Lorgnier, Carrère, Gilli, Lafon, Ferran. de Boissière, Pignod, Baumann, Dupuy, de Nevreze, Paravicini, Bonhomme, Jolly, Debusschère, Toupet, Landowski, Ponroy, Labonnette, Gentil, Gaudelut, Gallavardin, Chopard, Lieutier, Baros, Bidache, Bérard, Bousquet, Durandard, Moulonguet, Janney, Bourdenne, Lévy, Coze, Pouliquen, Daviau, Lemarchal, Woimant, Rouch, Tisserand, Mathieu, Soulier, Bosredon, Cuttoli, Josserand, Carrère, Wickersheimer, Montes, Pacaut, Moure, Voirin, Berger, Faulong, Baras, Lettry, Dufourmentel, Albessard, Potherat, Petit, Julin, Bessière, Liégault, Dufourcq, Sentein, Azam, Istria, Bollot, Magnien, Ranvoize, Viard, Roques, Soulière, Gallot-Lavallée, Willigens, Moreau, Barbaste, Barbin, Jouffrault, Jannel, Coulon, Lacourbas, Delsouiller, Moreau, Caudrelier, Boussin, Thinesse, Bezos, Pouget, Benoit-Gonin, Berre, Royer, Benoist, Veaux, Quantin, Thiébaux, Coty, Hagueneau, Delattre, Vergnet, Arrivat, Baraige, Briand, Witwer de Froutiguen, Poupelain, Charbon, Plichet, Cardenoux, Sartre, Delon, Boé, Mazières, Palais, Porcher, Mathieu, Lannes, Bourdais, Cebron.

(Troupes coloniales.) *Au grade de chevalier.* — MM. Rongier, Bodros et Dissez.

GUERRE. — Ont été promus au grade de médecin aide-major de 1re classe, dans le Service de santé des troupes coloniales :

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Rossi, Fournials et Perseguers.

— M. Peycelon, médecin auxiliaire à la 13e section d'infirmiers militaires, a été nommé au grade de médecin aide-major de 2e classe.

MARINE. — M. le médecin principal Chauvin est nommé médecin en chef de 2e classe.

M. le médecin de 1re classe Marcandier est nommé médecin principal.

MM. les médecins de 2e classe Duliscouet et Génabat sont nommés médecins de 1re classe.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Liste des élèves du Service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon :

Promotion 1916 : MM. Pervès, Degoul, Kéraudren, Condé,

Avérous, Ragiot, Ramond, Austry, Pennober, Robin, médecins de 2e classe auxiliaires.

Promotion 1917 : MM. Damany, Buffet, Maubourguet, Bergot, Péricaud, Deney, Vaucel, médecins de 2e classe auxiliaires.

— Les élèves du Service de santé de la marine désignés ci-après, qui ont terminé leurs études à l'Ecole de Bordeaux, sont affectés provisoirement aux ports ci-après, pour y participer au service général. A Cherbourg : MM. Aubry, Michelot et Bonnet (M.-F.); à Brest : MM. Querangal des Essarts, Gilbert (André) et Marchessaux; à Lorient : MM. Briand et Menjaud; à Rochefort : MM. Belot et Kervarec; à Toulon : MM. Guermeur, Reginensi et Barbin; au centre militaire de la marine à Bordeaux : M. Galiacy.

— Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, versés au Corps de santé des troupes coloniales, à compter du 1er janvier 1924, et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille.

Promotion 1916 : MM. Guillaume, Farinaud, Roche, Marchat, Chaput, Rocher, Joucla, médecins de 2e classe auxiliaires.

Promotion 1917 : MM. Mollandin de Boissy, médecin de 2e classe auxiliaire; Carlier, médecin auxiliaire; Cudenet, médecin de 2e classe auxiliaire; Belgy, médecin de 3e classe auxiliaire; Delage, médecin auxiliaire; Delprat, médecin de 2e classe auxiliaire; Odend'hal, médecin de 3e classe auxiliaire; Lambert, Gilbert, médecins de 2e classe auxiliaires.

Promotion 1918 : MM. Assali, Goinet, Chevais, Phiquepal d'Arusmont, Michaud, Gaudard Tivollier, Blanchez, Lesconnec, médecins auxiliaires; Renucci, élève du Service de santé; Galland, médecin auxiliaire.

Promotion 1919 : MM. Le Gac, Chapuis, Cousin, élèves du Service de santé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Lamotte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Beauvais, mort victime du devoir professionnel; J.-C. Barbier (de Vienne, Isère), Jean Fabre (de la Seyne), Eugène Flamand, ancien maire de Montbéliard; P. Gérin (de Rives); Jules Oustaniol (de Maisons-Laffitte); Mme le docteur Krebs-Japy (de Paris); M. Jacques Villetard de Prunières, externe des hôpitaux de Paris.

— Parmi les officiers disparus dans l'effroyable catastrophe du *Dixmude* se trouve le médecin de 1re classe Pellissier, médecin chef du centre d'aviation de Cuers-Pierrefeu.

Médecin de la plus haute distinction possédant une grande culture scientifique et les plus beaux états de service, notre confrère était très aimé de ses camarades et il possédait la confiance et l'estime de ses chefs.

De tout cœur nous nous unissons à l'angoisse et à la douleur des siens.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE. — A l'occasion de la prochaine exposition qui doit avoir lieu à Toulouse dans le courant de la saison d'été de 1924, on annonce l'organisation de Journées médicales sous les auspices de la Faculté de médecine et du Corps médical toulousain. Leur date est fixée du 26 au 29 juin.

Le programme en sera publié ultérieurement.

L'ORCHESTRE MÉDICAL. — L'Orchestre médical, dont on n'a pas oublié les belles manifestations artistiques d'avant-guerre, est en voie de réorganisation.

Un appel est adressé à tous les médecins instrumentistes, ainsi qu'aux étudiants en médecine et aux membres de la famille médicale (femmes, fils et filles de médecins) pour constituer le nouveau groupement, lequel, en principe, tiendrait ses répétitions les premier et troisième jeudis de chaque mois, au siège de l'Association générale des étudiants, 13 et 15, rue de la Bûcherie. Sur la proposition de sa section médicale et de ses président et vice-président, MM. Crouzat et Lehman, ladite Association a, en effet, offert aux médecins musiciens la plus aimable hospitalité.

La cotisation prévue serait de 40 francs par an, de 20 francs pour les étudiants.

Tous les médecins et étudiants amateurs de musique sont invités à adresser dans le plus bref délai leur adhésion de principe au docteur Louis Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard, Paris (Ve).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Le professeur Barany (d'Upsala) fera une leçon dans le service du professeur P. Sebileau, à Lariboisière, le jeudi 10 janvier 1924, à 10 heures.

COLLÈGE LIBRE DES SCIENCES SOCIALES. (Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton, Paris VIe.) — HYGIÈNE, ORGANISATION ET TECHNIQUE MÉNAGÈRES. — Le cours du docteur Gommès aura lieu les mercredis 9 janvier et suivants, à 4 h. 1/2.

(Leçon d'ouverture présidée par M. l'inspecteur Nardon, délégué du sous-secrétariat d'Etat de l'enseignement technique.)

ERRATUM. — Dans la liste du « Concours de l'internat », internes provis., lire : n° 30. M. David (Marcel) et non *Band*.

CORRESPONDANCE

Paris, le 26 décembre 1923.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Vous avez bien voulu insérer dans votre estimé Journal un communiqué qui vous avait été adressé par *l'Association corporative des étudiants en médecine* au sujet des élections au Conseil de l'Université.

Permettez-nous de rétablir exactement les faits.

L'Association corporative des internes ayant dans sa réunion du 2 novembre chargé l'interne Célice de s'entremettre avec les différents groupements d'externes et d'étudiants en médecine, la Section de médecine de l'A. eût considéré comme un manque de tact de former elle-même dans l'ombre une liste unique.

Le communiqué inséré par vous prétend que l'Association corporative a agi d'accord avec les associations d'internes et d'externes. Ceci est complètement inexact puisque controuvé par la décision du Comité directeur de l'Association des internes d'une part, par celle du président de l'Association des externes de l'autre. Affiches, communiqués aux journaux médicaux furent faits par la seule Association corporative des étudiants en médecine qui mit ainsi l'Association des externes devant un fait accompli.

Excipant de notre bonne foi nous attendîmes la veille des élections pour présenter des candidats, et ceci sans préoccupation aucune d'ordre politique ou religieux.

Cette façon d'agir nous fut fatale, mais la Section de médecine de l'A. n'en sera que plus estimée pour avoir opposé aux manœuvres de certains une conduite faite toute de loyauté.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de nos sentiments bien dévoués.

JEAN CROUZAT,
Externe des hôpitaux,
Président de la Section de médecine de l'A.

NOTE DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPATHÈSES HÉPATO-INTESTINALES

Par MM. C. ODDO,
Professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille,
C. DE LUNA,
Médecin adjoint des hôpitaux, Ancien chef de clinique,
et JEAN ODDO,
Chef de clinique.

Dans une étude précédente, nous avons montré les relations étroites existant entre les syndromes hépatiques et gastriques, qui régies par la physiologie créent de véritables sympathèses (sympathies et synergies morbides de ces deux organes). Poursuivant cette étude, nous voudrions montrer que ces relations se retrouvent aussi étroites dans la deuxième partie du tube digestif.

Suivant le plan déjà adopté, après avoir montré les rapports anatomo-physiologiques du foie et de l'intestin, nous étudierons les répercussions intestinales des affections hépatiques et le retentissement sur le foie d'un grand nombre de maladies de l'intestin.

Anatomie. — *Embryologiquement*, le foie apparaît de très bonne heure sous la forme d'une bosselure longitudinale de la paroi ventrale du tube digestif dont elle constitue une évagination. On peut lui considérer deux parties : l'une antérieure hépatique proprement dite, l'autre postérieure : ébauche cystique. Cette ébauche qui communique largement au début avec l'intestin voit bientôt sa communication se rétrécir formant ainsi un pédicule très court qui sera le canal cholédoque. Nous retrouvons les mêmes rapports dans le développement de la circulation hépato-intestinale : le système porte se développe aux dépens des deux systèmes veineux primitifs : veines omphalo-mésentériques et veines ombilicales, la grande mésaraïque se développant aux dépens des veines omphalo-mésentériques, la petite mésaraïque et la splénique naissant de veines collatérales intestinales secondairement développées.

Le tronc porte se développe aux dépens de la veine omphalo-mésentérique qui par une double anastomose vient former les anneaux de Vieussens dont la fusion du duodénum amenant l'atrophie de la portion postérieure dans sa partie inférieure de la portion antérieure dans sa partie supérieure explique les rapports du tronc porte avec le duodénum.

Le système porte intrahépatique se développe aux dépens de bourgeons spéciaux qui appartiennent à la circulation ombilicale et omphalo-mésentérique.

Rapports. — Tandis que le dôme hépatique n'a que des rapports éloignés la face inférieure du foie a au contraire les rapports à la fois les plus étendus et les plus étroits avec diverses portions de l'intestin que nous allons rapidement résumer. Le lobe droit par sa facette antérieure repose sur l'angle colique droit et l'origine du côlon transverse. Le lobe carré repose sur le pylore et la première portion du duodénum.

Les rapports de la vésicule biliaire et du duodénum méritent d'être précisés en raison de leurs conséquences pathologiques. Il était classiquement admis jusqu'à présent que la première portion du duodénum par le genu duodénal supérieur contractait des rapports étroits avec le col de la vésicule biliaire, de même l'angle duodéno-jéjunal par l'intermédiaire du muscle de Treitz était considéré comme fixé à la région sus-hépatique. Les études importantes de Parturier et Aymard de Ramond et Parturier de Vasselle ont montré la situation variable du duodénum en rapports avec le type architectural du sujet (longiligne ou bréviligne). Ces rapports peuvent être aussi intimes que l'opinion classique ne l'admettait, au contraire le genu inférieur ptosé peut avoir perdu tout contact avec la vésicule.

La ptose peut aller même jusqu'à entraîner l'angle duodéno-jéjunal (Vasselle).

Ces rapports sont toujours variables du reste avec la position du sujet.

Rappelons enfin rapidement que le canal cholédoque après avoir passé directement derrière la première portion du duodénum vient s'aboucher dans la deuxième portion au niveau de l'ampoule de Vater.

Vascularisations. — Les vaisseaux du foie ainsi que ses canaux excréteurs formant le pédicule hépatique sont en rapport de continuité important avec le tube digestif. L'artère hépatique « vaisseau de constitution » (Grégoire) est propre au foie. Par contre la veine porte « vaisseau de fonction » (Grégoire) apporte au foie le sang du tube digestif par deux de ses branches qui seules nous intéressent ici : la grande et la petite mésentérique. Le territoire d'irrigation de la grande mésentérique comprend le côlon ascendant, le cæcum et l'appendice et les anses grêles : le territoire de la petite mésaraïque étant représenté par le côlon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum. Ces relations vasculaires sont de la plus haute importance et sont la cause du syndrome intestinal de l'hypertension portale.

Rappelons que les auteurs bordelais Sareje et Mauriac ont voulu continuer la différenciation des voies afférentes de la veine porte jusqu'aux divers lobes du foie; pour la partie qui nous intéresse, le lobe droit serait le lobe de la grande mésentérique et le lobe médian celui de la petite mésaraïque.

Innervation. — L'intestin et le foie reçoivent une double innervation synergique du grand sympathique et du pneumogastrique. Remarquons que Guillaume à la suite des auteurs anglais a montré que le nerf pelvien ou nerf émetteur était l'homologue du X au point de vue physiologique. Ce nerf (portion pelvienne du parasympathique de Guillaume) remplace le pneumogastrique au niveau du côlon.

Ces deux systèmes sympathiques et parasympathiques traversent pour se rendre au foie comme à l'intestin un certain nombre de plexus nerveux, le plexus solaire et les plexus secondaires hypogastriques, mésentériques, etc., mais tandis que le sympathique s'articule au niveau de ces divers plexus le système parasympathique n'offre avec eux que des rapports de contiguïté et l'articulation du synapse ne se ferait pour les auteurs précédemment cités qu'au niveau des ganglions de la paroi intestinale.

Au point de vue physiologique, l'action des deux systèmes serait antagoniste : le sympathique vrai aurait une action excitomotrice des sphincters intestinaux et une action inhibitrice sur le reste des tu-

niques; de plus, par son action vasomotrice il entre pour une part importante dans les phénomènes d'absorption et dans la transformation des produits de la digestion.

Le système du X et du nerf pelvien (par l'intermédiaire du plexus rectal) assure l'innervation excito motrice du tube digestif et excito-sécrétoire de ses glandes annexes.

Pour le foie, la distinction n'est pas aussi facile; rappelons rapidement ce que nous en disions récemment : les nerfs vasomoteurs et glycosécréteurs venant du sympathique (Morat et Doyon) et les réflexes des voies biliaires du pneumogastrique (Fr. Franck, Arloing et Morel).

Physiologie. — L'unité de formation embryonnaire et les rapports du foie avec l'intestin sont complétés par les relations physiologiques les plus étroites. Cette synergie physiologique du foie et de l'intestin est le fait :

a. De leurs connexions secrétoires;
b. De leurs connexions vasculaires;
c. De leurs connexions nerveuses.

Connexions secrétoires — La bile se mêle aux sucs intestinal et pancréatique pour poursuivre dans l'intestin (duodénum d'abord, puis jéjuno-iléon) le travail de transformation chimique des aliments à peine commencé dans la bouche et l'estomac et préparatoire à leur absorption.

Connexions vasculaires. — La veine porte plonge comme par des racines infinies dans les capillaires mêmes des villosités intestinales.

Connexions nerveuses. — Si l'intestin reçoit surtout son innervation des plexus solaire et hypogastrique dont les filets forment à son niveau les divers plexus pariétaux : sous-péritonéal, musculaire d'Auerbach et sous-muqueux de Meissner, et si le foie et la vésicule biliaire relèvent à la fois du système sympathique et de la Xe paire cranienne, celle-ci innervant les filets moteurs, le sympathique, les sphincters, nous savons trop l'étroite participation du pneumogastrique à la formation du plexus solaire pour ne pas considérer leur innervation comme étroitement connexe, à l'égal de celle de tous les viscères abdominaux.

Cette solidarité de fonctionnement, cette interrelation dont le mécanisme est à la fois humorochimique et nerveux se manifeste au plus haut point dans le jeu de la fonction biliaire et dans les sécrétions et dans l'excrétion de la bile. Sa sécrétion : c'est la digestion qui commande l'écoulement biliaire; il se produit tout le temps de la digestion gastrique (Arthus) la sécrétion biliaire est provoquée par la sécrétine engendrée par l'action de l'acide sur la muqueuse duodénale et amenée au foie par la veine porte.

Son excrétion est un réflexe duodéno vésiculaire, dont le point de départ est l'action du chyme sur la muqueuse duodénale : peptones, matières grasses et accessoirement substances extractives.

Grâce à ces liaisons anatomiques et à ces divers réflexes, le foie et l'intestin ont entre eux des échanges constants : la bile d'abord a un véritable mouvement de navette entre l'un et l'autre : c'est son cycle entéro-hépatique (Schiff), la veine porte amène au foie tous les produits dérivés des protéiques et des hydrates de carbone aux fins de nouvelles élaborations chimiques. Le foie, comme glande digestive annexée au conduit gastro-intestinal, joue donc un rôle considérable, il est le lien intermédiaire entre l'organe d'élaboration (tube digestif) et la masse générale du sang, à sa sortie des veines sus-hépatiques. Nous allons étudier les détails physiologiques et les caractères bio-chimiques de cette synergie hépato-intestinale :

a. Dans le rôle de l'intestin dans le mode de formation de la bile;
b. Dans l'action digestive de ce suc;
c. Dans l'analyse du foie digestif.

Rôle de l'intestin dans les transformations de la bile. — La bile excrétée par les canaux biliaires et déversée dans l'intestin, outre son action digestive est de plus l'objet de transformations multiples essentiellement différentes pour chacun de ses composants principaux : les pigments et les sels biliaires et la cholestérine. Ces transformations du suc biliaire dans l'intestin vont aboutir à un double résultat : d'une part l'élimination de la bile par les fèces et la formation de la stercobiline, d'autre part la réabsorption de certains de ces composants à travers la paroi intestinale et le retour au foie par la voie portale. Cette double synergie physiologique mérite d'être étudiée maintenant bien que nous soyons encore loin de connaître les conséquences pathologiques auxquelles doit certainement aboutir la perturbation de ces fonctions. Au reste, si certaines de ces transformations sont actuellement bien connues et admises par tous, d'autres restent encore incomplètement connues et sont rejetées par un certain nombre d'auteurs.

1° Formation de la bile fécale. — Normalement, les pigments biliaires déversés dans l'intestin ne demeurent pas sous cette forme et sauf chez le nouveau-né (Saïkowski, Fritz Müller, Gilbert et Herscher) ou en cas de diarrhée profuse (Roux et Riva, Marini) on ne retrouve plus de bilirubine dans les selles.

Normalement les pigments biliaires sont transformés au cours du transit intestinal en *stercobiline* isolée par Masius et Vanlair. Ce pigment n'est autre chose que l'urobiline fécale et nous verrons plus loin les transformations chimiques aboutissant à la réduction de la bilirubine en urobiline. Notons, cependant que, alors que l'urobiline est précédée par l'urobilinogène la connaissance du stercobilinogène bien que vraissemblable est encore très discutée ainsi que le fait remarquer Lamblig. Cette réduction de la bilirubine en stercobiline se produirait surtout dans le tiers inférieur du grêle (Mya). Deux hypothèses ont été émises pour expliquer la transformation des pigments en stercobiline. Pour certains auteurs (Muller, Saïkowski, Giadre, Mya), cette réduction serait produite par les microbes de l'intestin ainsi qu'en fait foi le suivant fait, le méconium de l'enfant ne contient que des pigments biliaires et pas de stercobiline car son tube digestif est stérile. Pour d'autres auteurs (Hoppéseyler, Bargellini, Gilbert et Herscher), cette transformation se ferait au contraire sous l'action de certains ferments sécrétés par la muqueuse de l'intestin. Gilbert et Herscher ont en effet montré que les bactéries de l'intestin sont impuissantes à produire à elles seules cette réduction qui se ferait au contraire au contact d'un fragment de muqueuse intestinale. En fait les deux conditions semblent nécessaires : arrivée de la bile dans l'intestin et présence des bac-

téries dans celui-ci (Lambling). L'absence de stercobiline dans les fèces devrait donc signifier une obstruction biliaire complète et la présence de stercobiline en petite quantité au cours d'un ictère signifierait que l'obstruction n'est que partielle, c'est encore actuellement l'opinion courante; cependant Brulé et Garban ont montré que malgré une obstruction complète des voies biliaires il pouvait y avoir encore de la stercobiline dans les matières, ils expliquent ce fait par une opinion déjà soutenue par Wilbur et Addis à savoir la possibilité d'un passage direct de l'urobiline du sang dans l'intestin.

2° **Formation de l'urobiline urinaire.** — L'urobiline urinaire et l'urobiline fécale ou stercobiline ne sont qu'un seul et même corps chimique empruntant des voies d'élimination différentes. La réduction de la biliburine en stercobiline et en urobiline se fait suivant le schéma suivant emprunté à Lambling.

Biliburine...........	Réduction.
Mésobilirubine.......	Oxydation.
Mésobilirubinogène...	Réduction.
Urobiline............	Procès inconnu.
Urobilinogène........	

Nous avons vu que la transformation de la bilirubine en stercobiline se produit entièrement au niveau de l'intestin, la question est encore fort discutée en ce qui concerne le lieu et le mode de formation ainsi que la signification physio-pathologique de l'urobiline. Nous ne parlerons pas ici de la plupart des théories aujourd'hui en présence, car elles sortent du cadre de notre sujet. Cependant deux parmi celles-ci font jouer à une synergie hépato-intestinale un rôle important que nous ne saurions passer sous silence : nous ne ferons que mentionner tout d'abord l'opinion d'après laquelle l'urobiline ne serait qu'une partie de la stercobiline formée dans l'intestin et réabsorbée à travers les parois digestives. Plus intéressante est la théorie du *cycle entéro-hépatique de l'urobiline* admise en Allemagne et soutenue surtout en France par M. Labbé et ses élèves. Cette théorie soutient que la stercobiline passe en partie à travers l'intestin, mais qu'une autre partie non moins importante traverse la barrière intestinale et par le système porte revient au foie lequel lorsqu'il est suffisant l'arrête et l'utilise pour former à nouveau de la bilirubine. Si le foie est lésé il laisse passer l'urobiline d'où urobilinémie et urobilinurie.

Cette théorie est loin d'être admise par tous, et, en particulier, Brulé lui oppose une théorie tissulaire de l'urobilinurie d'après laquelle les pigments biliaires se transformeraient par un *processus de défense tissulaire* en un pigment plus diffusible, moins toxique et à seuil d'élimination moins élevé qui serait l'urobiline.

Avec Roger, nous pouvons dire, ici tout au moins, qu'il est impossible de prendre parti en faveur de l'une ou de l'autre de ces théories, retenant cependant que même la théorie tissulaire de Brûlé admet un rôle important de l'intestin, ses parois pouvant dans les obstructions complètes du cholédoque, servir d'émonctoire vicariant que cet auteur compare aux éliminations intestinales des chlorures dans les néphrites.

3° **Transformation des sels biliaires en cholestérine.** — Les travaux importants de Chauffard et de ses élèves ont montré, d'une part, les relations existant entre l'hypercholestérinémie et l'alimentation et d'autre part, les liens de parenté entre les sels biliaires et la cholestémie. Grigaut et L'Huillier ont montré que chez les chiens un régime riche en cholestérine additionnée de graisses provoquerait une hypercholestérinémie. La présence de graisse est indispensable à l'absorption de la cholestérine, mais l'hypercholestérinémie alimentaire peut même s'observer à la suite d'un repas riche en graisse, sans que l'on puisse trouver l'explication de ce fait dans un simple apport de cholestérine préformée (Grigaut). De plus, la cholestérinémie dans la série animale est essentiellement influencée par la richesse du régime alimentaire en cholestérine.

Grigaut, aux travaux desquels nous empruntons la plupart de ces conclusions, Chauffard, Guy-Laroche et Grigaut ont de plus montré que la cholestérine est normalement éliminée par le foie, mais ce n'est pas sous la forme de cholestérine que se fait cette excrétion, c'est sous la forme d'acide cholalique noyau des sels biliaires. La cholestérine devient ainsi un des facteurs principaux de la genèse des sels biliaires. Il faut noter au reste que la cholestérine exogène d'origine alimentaire ne représente que la partie minime de la cholestérine organique et que la surrénale, le corps jaune sont des lieux de fabrication de cholestérine de première importance. Il n'en reste pas moins que la cholestérinémie alimentaire en présence des corps gras a une influence considérable sur la formation des sels biliaires lesquels ont eux-mêmes pour fonction principale, la saponification des graisses dans l'intestin et les poussées d'hypercholestérinémie chez les lithiasiques à la suite d'un repas riche en cholestérine ou en graisses est une illustration de plus de ce phénomène.

Il existe bien là entre la formation de la cholestérine sous l'influence d'un repas gras, la transformation en acide cholalique et en sels biliaires au niveau du foie et la saponification des graisses par ces sels dans l'intestin une véritable intrication physiologique intestino-hépato-intestinale de haut intérêt dont nous retrouverons toute l'importance dans les troubles intestinaux de la lithiase biliaire.

RÔLE DE LA BILE DANS LA DIGESTION. — Ce fait physiologique important n'était pas admis par Gallien qui considérait la bile comme un produit de déchet. On pouvait cependant le supposer à priori pour les raisons anatomiques et physiologiques suivantes : la réunion de la bile aux sucs pancréatique et duodénal en un même point du tube digestif, aussitôt après la chimification alimentaire et l'excrétion de ce même suc hors de la vésicule biliaire dès le premier contact d'aliments (graisses et albumoses en particulier, nous a appris Pawlow) avec le duodédum.

Le rôle digestif de la bile a été bien étudié et précisé par la physiologie expérimentale moderne.

La bile ne renferme pas de ferments, mais elle possède une action zymosthénique, c'est-à-dire qu'elle est capable d'augmenter l'action des autres ferments (Roger). C'est son principal rôle.

In vitro la bile de la vésicule a la propriété de saccharifier l'amidon ; c'est une action banale.

Elle renferme le pouvoir amylolytique du suc pancréatique (Bruno), action doublée.

Elle permet à la lactose intestinale d'agir sur le lactose (Frouin et Pacher).

Mais c'est dans la digestion et l'absorption des graisses que la bile a une action essentielle. Les

deux expériences, sur l'animal, de Cl. Bernard et de Dastre, complémentaires l'une de l'autre, montrent bien que l'injection des chylifères par les corps gras ne commence qu'à partir du point où le suc biliaire et le suc pancréatique ont l'un et l'autre agi. La bile active la lipase pancréatique et aussi la lipase intestinale. In vitro les recherches de Pawlow, Donath, Rachford ont fait voir que si le suc du pancréas dédouble une partie de graisse neutre, l'addition d'un peu de bile dédouble deux parties et même deux parties et demie.

Roger et Binet, utilisant la méthode de Carnot et Mauban mettent en évidence sur des plaques de gélose additionnée de graisse; l'augmentation très nette de savons de cuivre formés par l'action du suc pancréatique s'il est adjoint de la bile. Etant donné les étroites relations de la bile et du suc pancréatique dans les digestions de graisses, il y a un véritable ménage à trois.

Mauban, étudiant les caractères biologiques et chimiques du liquide duodénal dans les ictères, a montré, par ailleurs, qu'il était exceptionnel que la sécrétion biliaire fût complètement arrêtée et qu'en même temps les ferments pancréatiques étaient nettement plus actifs qu'à l'état normal, il explique ce fait par un phénomène réactionnel de suppléance destinée à rétablir l'équilibre des réactions digestives troublées par la diminution de la sécrétion biliaire.

Dans ce rôle d'absorption des graisses, la part prépondérante revient aux sels biliaires (Terroine). Notons que la bile, par ses acides biliaires, transforme une solution laiteuse de lécithine en une solution colloïdale (Terroine).

En clinique, chez les malades présentant de l'ictère par rétention ou porteurs d'une fistule biliaire à l'examen coprologique par le dosage de la stéarine et du pourcentage respectif des acides gras et des graisses non dédoublées, l'examen de la lymphe et du sang établissent la part prépondérante de la bile dans les saponifications et l'absorption des graisses. Après un repas riche en graisse, on retrouve très peu de matières grasses dans la lymphe, si la bile ne s'écoule pas dans l'intestin (Hédon) on ne retrouve pas dans le sang les gouttelettes graisseuses réfringentes visibles à l'ultra-microscope, appelées hémoconies, si la bile ou les sels biliaires font défaut dans l'intestin (Lemière et Brulé), alors que les hémoconies sont aussi nombreuses en cas d'insuffisance pancréatique pure.

De plus, la bile ferait, dans les parois intestinales, la synthèse des graisses neutres.

Au niveau de l'intestin, la bile a encore une action primordiale sur la mucinase ou ferment intestinal qui coagule le mucus : elle entrave son action (Roger), ce qui explique le rôle de l'insuffisance biliaire dans la colite muco-membraneuse.

La bile a encore une action excito-motrice sur l'intestin : au moins au niveau du duodénum et du rectum terminal (Hallion et Nepper), l'expérimentation de R. Glénard (thèse de doctorat ès sciences) a fait enregistrer par la méthode de circulation artificielle ses effets sur le péristaltisme intestinal. La radioscopie a montré ce péristaltisme accusé même immédiatement après un lavement de bile.

Enfin, la bile, arrête les putréfactions intestinales, les travaux respectifs et parfaitement concordants de Roger et de Vincent ont établi que c'était par les procédés suivants :

1° En arrêtant la pullulation des anaérobies, dont le colibacille est l'antagoniste.

2° En diminuant la sécrétion des ferments élaborés par les bactéries.

3° En diminuant l'action des toxines et bactéries intestinales.

Le rôle de la sécrétion biliaire dans la digestion intestinale est donc à la fois très varié et très important.

Le foie digestif. — On peut bien dire avec Jomier qu'au temps intestinal de la digestion fait suite une véritable phase hépatique. Les fonctions digestives du foie doivent être étudiées dans le métabolisme des divers aliments, tels qu'ils pénètrent par la veine porte.

1° Métabolisme des hydrates de carbone ou fonction glycogénique du foie qu'a établie la mémorable découverte de Cl. Bernard. Le foie est régulateur et fixateur du sucre : le glucose auquel les divers sucs digestifs ont réduit tous les hydrates de carbone est transformé en glycogène, et celui-ci de nouveau transformé en glucose par action diastasique et sensible de la cellule hépatique. Roger voit dans la transformation du glucose, substance cristallisable en glycogène, substance colloïdale et à grosse molécule une finalité physiologique, l'impossibilité pour le glycogène de diffuser de son lieu de réserve.

2° Action sur les matières grasses : Si le foie ne joue pas un rôle direct dans le métabolisme des graisses alimentaires qui vont directement des chylifères au canal thoracique et au sang veineux, il les fixe (fonction adipopexiqne bien établie par les recherches de Rosenfel-Tichmeneff, Noël), et au besoin les détruit : fonction adipolytique.

3° Métabolisme des matières protéiques ou fonction protéolytique. Les matières albuminoïdes décomposées par l'action successive des sucs digestifs : trypsine, érepsine intestinale en acides aminés sont absorbées par les villosités intestinales et amenés au foie par la veine porte. Là les acides aminés sont divisés en deux éléments : c'est la désamination : l'élément azoté est transformé en urée et ammoniaque, le carboxyle est brûlé. Mais si le foie détruit la plupart des acides aminés, travail chimique, lié à sa fonction uréopoïétique « il reconstitue, par synthèse, de nouvelles protéines, spécifiques à l'individu complétant ainsi les transformations spécifiques qui sont commencées même au niveau de l'épithélium intestinal (Roger) ».

Le foie arrête les albumines non transformées.

Cette action du foie sur les albuminoïdes ingérées est d'une très grande importance et plusieurs épreuves du plus haut intérêt clinique ont été basées sur elle pour l'appréciation de la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique; c'est ainsi que positive, l'hémoclasie digestive du professeur Widal témoigne de l'insuffisance du foie à transformer une albumine hétérogène introduite dans l'organisme par le tube digestif, de même les épreuves de l'amino-acidurée (Labbé et Bith) les variations du coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard, l'épreuve de l'azote résiduel due à Chauffard et Brodin, Jean Oddo révèlent le plus léger degré d'insuffisance protéolytique.

Action du foie sur les nucléo-protéides. — On sait que par l'intermédiaire de transformations successives, elles aboutissent à l'acide urique. Pour Minkuski, le foie jouait un rôle capital dans ce métabolisme. On sait aujourd'hui que la destruction de l'acide urique est due au ferment urécolytique

(Richet, Battelb et Hein) et l'on a nié qu'il se trouvait dans le foie (Battelb et Stein, Muller et W. Jones). Cependant, les expériences de Chauffard, Brodin et Grigaut, dosant l'acide urique du sang à son entrée et à sa sortie du foie ont bien montré qu'il exerçait une action d'arrêt, au moins sur l'acide urique exogène. Et la clinique montre ce fait constant que les urines des hépatiques sont chargées d'urates. Le foie a donc bien une fonction uréolytique et l'on doit se demander si les relations, si anciennement établies, de l'hypoazoturie d'origine hépatique et de l'hyperuricémie ne peuvent s'expliquer par l'insuffisance de la cellule hépatique d'une part à fabriquer de l'urée et d'autre part à détruire l'acide urique.

Enfin, une des fonctions essentielles du foie digestif est l'action de fixation qu'il exerce sur les poisons intestinaux : poisons putrides tels qu'indol, phénol, crésol que le foie conjugue à l'acide glycuronique ou qu'il transforme (phénol) en acide hippurique, putréfactions microbiennes : expériences de H. Roger, de Roger et Garnier, de Wolff.

Retentissements hépatiques des affections intestinales. — Nombreuses sont les affections intestinales ayant un retentissement plus ou moins marqué sur le foie. Nous étudierons successivement : les troubles hépatiques de l'amibiase, des cancers intestinaux, le rôle de l'intestin dans la lithiase biliaire, les troubles hépatiques des affections du côlon et du grêle, et enfin les rapports de l'appendicite et des lésions hépatiques.

I. **Troubles hépatiques de l'amibiase.** — Ces complications hépatiques de la dysenterie amibienne sont de connaissances trop courantes pour arrêter longuement notre attention. La littérature médicale, surtout depuis la récente guerre, est trop riche à ce sujet pour que nous puissions même tenter de la rappeler. Cependant, la fréquence des hépatites amibiennes, allant de l'hépatite abortive (Fr. Françon) jusqu'aux grands abcès amibiens, fait des retentissements hépatiques de l'amibiase intestinale non plus une complication mais un véritable complexus anatomo-clinique qui est bien, à proprement parler, une sympathèse d'importance primordiale. Rappelons le nombre considérable des observations d'abcès hépatiques qui permettent de diagnostiquer une dysenterie jusque-là inconnue et dont l'un de nous a publié un beau cas guéri par une médication émétinienne énergique.

Sans entrer dans les détails de la description des diverses formes cliniques des hépatites amibiennes rappelons la récente classification de Fr. Françon et J. Hutinel :

A. Hépatites amibiennes pures :

B. Hépat. mixtes :
- Amibiase et pyogènes divers d'infection secondaire.
- Amibiase et bacille de Koch.
- Amibiase et dysenterie.
- Amibiase et paludisme.

C. 1° Formes suraiguës suppurées.

2° Formes aiguës : Congestion du foie. Hépatite aiguë proprement dite. Abcès du foie.

3° Formes subaiguës : Abcès purulents. Abcès fibreux type Kelsch et Kienner.

4° Formes chroniques : Abcès chroniques. Abcès multiples avec sclérose et dégénérescence amyloïde.

Hépatite nodulaire gommeuse type Achard Foix.

Hépatite chronique non suppurée type Paisseau-Hutinel.

Cirrhose (Rogers).

II. **Troubles hépatiques dans les cancers intestinaux.** — Le cancer du foie est dans l'immense majorité des cas, secondaire à un cancer de l'estomac ou du pyloro-duodénum, mais les néoplasies hépatiques secondaires à un néo-intestinal et, en particulier, au plus fréquent d'entre eux, le cancer du rectum sont loin d'être exceptionnelles. Cette similitude d'affinités hépatiques du néo du rectum et de l'amibiase jointe à un ensemble symptomatique commun crée parfois une difficulté de diagnostic très grande entre ces deux affections, difficulté sur laquelle insiste souvent Chauffard, dans son enseignement clinique dont l'un d'entre nous put longuement profiter. Le diagnostic ne peut parfois être posé que par un examen rectoscopique qui nous permit récemment de poser le diagnostic de cancer du rectum chez un malade de la clinique de l'Hôtel-Dieu chez lequel de par les anamnestiques, et le tableau clinique, on était en droit de suspecter fortement une dysenterie amibienne. Fr. Chaput, dans sa thèse inspirée par Chauffard, conseille l'épreuve thérapeutique.

III. **Rôle de l'intestin dans la lithiase biliaire.** — Si nous éliminons de ce paragraphe les cholécystites calculeuses ou les conséquences directes d'une affection intestinale, le rôle de l'intestin dans la genèse de la lithiase biliaire se réduit à peu de chose. Les remarquables travaux de Chauffard sur le rôle de l'hypercholestérinémie d'origine souvent endocriné comme facteur pathogénique primordial de la calculose biliaire, le rôle de l'infection sur lequel revient Hartmann récemment, montrent que le plus souvent le facteur intestinal n'est que secondaire. Cependant, la fréquence de l'apparition d'une crise chez un lithiasique latent, des douleurs biliaires plus ou moins nettes à la suite d'un écart de régime, régime riche en graisse, suralimentation riche en cholostérine, telle que les œufs (Chauffard) montrent que le facteur exogène ne doit pas être négligé, mais nous verrons plus loin que certaines affections intestinales peuvent créer de toutes pièces des accidents cholélithiasiques dans certaines circonstances.

IV. **Troubles hépatiques dans les affections du côlon.** — Ces troubles sont extrêmement importants à rechercher en raison des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles leur méconnaissance expose le clinicien, erreurs de diagnostic d'autant plus capitales que la sanction thérapeutique devra être avant tout banale. Elles revêtent de plus un intérêt d'actualité, car elles ont été récemment étudiées par Carnot et ses élèves, par Pierre Duval et J.-C. Roux, par Matignon, par Brulé et Garban, par Loeper.

Ainsi que le font remarquer Brulé et Garban, c'est surtout chez les intestinaux chroniques que le retentissement hépatique doit être cherché.

a. C'est ainsi que l'on peut retrouver chez un grand nombre d'entéritiques chroniques, surtout de colitiques des *troubles de la petite insuffisance hépatique*, apparition d'urobiline et de sels biliaires dans les urines après un repas copieux, période de constipation ou forte purgation (Brulé et Garban). L'examen des urines, l'examen coprologique, les rapports urologiques et tous les signes révélateurs

de l'atteinte de la cellule hépatique dans une de ses fonctions doivent être systématiquement recherchés (Matignon).

b. Les *lésions congestives du foie* intermittentes sont un degré de plus de l'atteinte hépatique chez les colitiques. On peut observer tous les degrés d'hépatomégalie totale ou partielle, intéressant alors le lobe droit, depuis le simple débordement d'un ou deux travers de doigt jusqu'au gros foie lisse, non induré, atteignant l'ombilic (Brulé et Garban). Les algies hépatiques sont précoces et persistantes spontanément et à la pression locale et à distance avec les irradiations classiques surtout le point sous-scapulaire sur lequel insiste Matignon.

c. La *rétention biliaire par hépatite* surtout discutée par Brûlé et Garban accompagne souvent la congestion allant de l'ictère latent de Brûlé avec urobilinurie et réaction de Hay positive jusqu'au subictère parfois entrecoupé de véritables ictères à type catarrhal.

d. La *cholécystite* aiguë sous la forme de pseudo-coliques hépatiques ou chroniques avec état douloureux persistant de la région vésiculaire est plus rare que les formes précédentes. Il s'agirait dans ces cas le plus souvent d'après Brûlé et Garban de cholécystite non calculeuse telle que l'ont étudiée Chiray et Sémélaigne. Pour Aine de Châtel-Guyon, ces cholécystites chez les colitiques chroniques, surtout ceux atteints de ptose et d'inflammation chronique du côlon droit seraient au contraire souvent calculeuses.

e. Les *suppurations hépatiques* par abcès métastatiques apparaissant dans les formes chroniques de l'adulte : côlite muqueuse et côlite scléreuse accompagnées de septico pyohémie sont des faits assez rares.

f. Par contre les *périhépatites* sont plus fréquentes. Elles apparaissent chez les constipés du côlon droit dans les cas de côlite compliquée de péricôlite qui s'étend aux organes voisins, à la vésicule biliaire sous forme de ligaments cystite colique, cystite duodénal et souvent la stase que ces adhérences provoquent dans la vésicule provoque la formation de calculs aseptiques sans cholécystite pariétale (Duval et J.-C. Roux).

Ce syndrome entéro-hépatique pour employer le terme de Brûlé et Garban, se présente donc avec toute une gamme d'atteintes de la glande hépatique depuis les petites insuffisances hépatiques décelables seulement par l'exploration fonctionnelle du foie jusqu'aux syndromes de cholécystite et de péricholécystite adhésive. Ils se rencontrent, ainsi que nous le disions au début, surtout chez les intestinaux chroniques : gros mangeurs florides à intestin surmené faisant un peu de stase stercorale droite, au contraire jeunes femmes névropathiques amaigries, souffrant de troubles intestinaux plus ou moins patents. Un facteur étiologique rassemble tous ces tableaux cliniques : il s'agit presque toujours de constipés chroniques, surtout de constipés du côlon droit avec stase stercorale, côlite droite avec péricôlite, côlite pariétale s'accompagnant presque toujours de péricôlite inflammatoire. Cette stase colique et surtout cæcale amène la rétention des résidus de la digestion des divers aliments, la présence de bactéries de fermentation, de ferments digestifs. Ces divers produits résorbés à travers la muqueuse altérée et perméable amènent parfois une forme biliaire de la dilatation cæcale caractérisée par des crises de constipation cæcale accompagnées de « teint jaunâtre, conjonctives sub-ictériques, urines contenant de d'indican, de l'urobiline, abaissement du rapport azotémique à 75 p. 100 et réaction de Gmelin dans le sérum sanguin : c'est là une variété biliaire de la dilatation du cæcum tout rentrant dans l'ordre par une purgation saline ».

Ce syndrome que nous venons d'étudier se rencontre ainsi que le dit Brûlé surtout chez l'adulte et particulièrement dans le sexe féminin, cependant il n'est pas rare chez l'enfant et le vieillard. Bertrand, de Vichy, étudiant l'insuffisance hépatique chez les Européens coloniaux, a montré qu'à côté du rôle important de l'hématozoaire et de l'amibe comme facteurs étiologiques de ces atteintes, il fallait faire une place à part à l'auto-intoxication intestinale chronique qu'il recherche chez les coloniaux par le dosage des éthers sulfoconjugués (méthode de Cruchet) l'insuffisance hépatique étant recherchée par la méthode de Roch, de Genève. Cette auto-intoxication intestinale chronique, cause des troubles hépatiques pouvant aller jusqu'au torpid liver, serait surtout provoquée d'après l'auteur par la diminution du tonus nerveux sous l'influence du climat.

V. **Troubles hépatiques dans les affections du grêle.** — Ils sont, si nous exceptons les troubles provoqués par les ulcères duodéno-pyloriques déjà étudiés dans une précédente revue, beaucoup moins nombreux et il y a peu de choses à en dire. Retenons cependant la fréquence de la crise hémoclasique provoquée dans un certain nombre d'affections digestives étudiée récemment par Alban Giraud. Dans les duodénites on peut également observer toutes atteintes du foie : angiocholite, cholédocites, abcès du foie, cholécystite (Gaillard).

VI. **Rapports de l'appendicite et des lésions hépatiques.** — Ces rapports sont extrêmement intéressants et ont été étudiés par de nombreux auteurs. Il faut distinguer : les troubles hépatiques de l'appendicite chronique, les troubles hépatiques de l'appendicite aiguë, la coexistence de l'appendicite et de la cholélithiase.

a. Troubles hépatiques de l'appendicite chronique. — Ces troubles ont été récemment étudiés par Flandrin. Parfois une appendicite latente peut être le point de départ de lésions toxi-infectieuses hépatiques, ces derniers troubles n'arrivent pas à suppuration et dominent la scène. On peut avoir de l'hépatomégalie douloureuse avec ou sans ictère, des petites poussées fébriles cédant à l'appendicectomie comme dans les 18 observations de Poenaru Poplesco. Silhol a de même montré la disparition de certaines cholémies familiales par l'appendicectomie et Gosset cité par Flandrin insiste sur le gros foie appendiculaire de l'enfant.

Poenaru Poplesco montre que ces lésions d'appendicite latente sont le point de départ des lésions microbiennes ou toxiques du foie.

Enfin Achard, puis Tuffier et Moté ont incriminé le rôle de l'appendicite dans la genèse de certaines cirrhoses de nature indéterminée.

b. Troubles hépatiques de l'appendicite aiguë. — Ils sont moins importants que ceux déjà cités et surtout que ceux qui suivront. Sans insister sur l'abcès sous-phrénique par propagation de la péritonite d'origine appendiculaire, il faut dire un mot des abcès du foie qui sont le plus souvent la conséquence de pyéliphlébite suppurée. Pour Brissaud

l'insuffisance hépatique secondaire à l'appendicite serait la cause même de la forme toxique que revêt parfois cette affection. Elle va de l'insuffisance hépatique sans ictère jusqu'à l'ictère grave avec convulsions et hémorragies. Les hématémèses si fréquentes de l'appendicite grave, « le vomito negro appendiculaire » de Dieulafoy serait surtout dû à l'insuffisance hépatique.

Cependant la coexistence de la douleur vésiculaire avec la douleur au point de Mac Burney, l'apparition d'un ictère au cours de la crise appendiculaire, de même on note que la douleur au point de Mac Burney au cours d'une crise de colique hépatique (Ramond) sont de notion courante et doivent être avant tout rattachées à des rapports de proximité anormale entre l'appendice et la vésicule par situation basse de celle-ci ou plus fréquemment haute de celui-là. Ces situations variables, ces rapports amenant par l'inflammation péritonéale des douleurs de voisinage ont été récemment mises au point à l'aide de la radiographie par Fiessinger, Brodin et Romeaux. Elles sont souvent la cause d'erreur de diagnostic, mais on doit être très circonspect dans ces cas et toujours envisager l'éventualité de la coexistence des deux lésions appendiculaire et cholécystique.

c. Coexistence de l'appendicite et de la cholélithiase. — Ces troubles sont de beaucoup les plus fréquents et les plus importants. Déjà étudiés par Dieulafoy ils ont été récemment repris en détail par Gaston Durand et Binet et par Flandrin. Dieulafoy dans une importante et belle leçon disait que « l'appendicite et la cholélithiase s'appellent, se combinent, s'accouplent et de cet accouplement dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë tantôt lente et progressive naît un état complexe l'appendiculo-cholécystite ». Cette coexistence de l'appendicite et de la cholécystite est beaucoup moins exceptionnelle qu'on ne pouvait le croire. Chauffard la signale en évolution simultanée, Muller, Koester, Hehr, Czerny, les frères Mayo signalent cette association dans 35 p. 100 des cas.

Mac Carthy retrouve dans 69 p. 100 des autopsies d'intervention sur les voies biliaires des lésions macro ou microscopiques de l'appendice. Enfin dans leur important article auquel nous faisons de nombreux emprunts, Binet et Durand apportent 80 observations de malades opérés d'appendicite présentant des troubles de lithiase biliaire avérée. Murphy déclare que la cause la plus fréquente de la cholithiase après la fièvre typhoïde est l'appendicite. Tripier et Paviot signalent la présence de ce syndrome sur lequel insiste également Flandrin. Pollart, de Bruxelles, en rapporte 41 cas et Hart Brannon 68. C'est dire toute la haute fréquence d'une telle association qui représente une des sympathèses hépato-intestinales les plus importantes et les mieux connues.

L'association appendiculo cholécystique peut se présenter sous deux formes principales bien mises en évidence par Durand et Binet : ou bien les accidents lithiasiques et appendiculaires sont contemporains (un peu moins de la moitié des cas de leur statistique) ou bien ces troubles cholécystiques sont postérieurs à l'appendicite et séparés d'elle par des intervalles de temps variable (un peu plus de la moitié des cas de Durand et Binet). L'évolution simultanée des deux affections peut se présenter soit d'une façon chronique d'emblée avec endolorissement de toute la moitié droite de l'abdomen, mais prédominance algique aux points appendiculaires et vésiculaire, soit d'une façon aiguë, c'est alors l'appendiculo-cholécystite de Dieulafoy. Elle apparaît d'emblée aiguë ou sous la forme d'accidents aigus au cours d'une évolution jusqu'alors chronique. Dans ces cas c'est en général l'appendicite qui est initiale. Comme le dit Chauffard, les troubles hépatiques seraient secondaires à l'appendicite sans que l'on puisse du reste être affirmatif. Parfois la cholécystite n'apparaît que secondairement à l'appendicite. Suivant C. Durand et Binet, cette apparition peut se faire soit assez précocement, soit plus tardivement.

Dans un grand nombre de cas ces troubles vésiculaires apparaissent après l'appendicectomie et pourraient, si l'on ne connaissait la fréquence de cette sympathèse, faire craindre une erreur de diagnostic ayant amené une intervention malencontreuse. Il ne s'agit alors le plus souvent, ainsi que le fait remarquer Enriquez, que d'opérations incomplètes.

Le processus pathogénique de ces sympathèses peut s'expliquer de façons diverses qui vraisemblablement sont différentes et exactes pour chaque cas particulier :

1° L'appendicite ou la cholélithiase primitive peuvent amener par périappendicite ou péricholécystite une propagation infectieuse de voisinage avec adhérences à l'organe qui n'est pas primitivement atteint;

2° La résorption des produits infectieux au niveau de l'appendice, leur transit par la voie porte jusqu'au niveau du foie et leur élimination par la bile peut amener une atteinte cholécystique;

3° Enfin, d'après la conception de Rosenow basée sur l'expérimentation, un processus infectieux à point de départ buccal ou dentaire pourrait produire simultanément ou successivement l'atteinte de l'appendice et de la vésicule. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 28 décembre 1923)

Crèches. — La Société médicale des hôpitaux, considérant la nécessité qu'il y a de rendre possible aux infirmières des hôpitaux l'allaitement au sein de leurs enfants, demande à l'Administration d'accélérer l'organisation des crèches, chambres d'allaitement dans trois des hôpitaux en y assurant l'isolement individuel parfait avec auscultation hebdomadaire de nourrissons.

La céphalée bismuthique. — MM. Bensaude, Cain et Oury. (Voir séance du 14 déc., *Gaz. des hôpit.*, 1923, p. 1659.)

Radiodiagnostic d'une tumeur surrénale dans un cas d'hirsutisme. — MM. Sézary et Lomon présentent la radiographie d'une tumeur surrénale droite obtenue chez une jeune fille de vingt ans. L'affection s'était manifestée depuis deux ans par de l'hirsutisme, une aménorrhée complète, de l'adiposité faciale, des douleurs lombaires, de l'hypertension artérielle avec tachycardie. L'épreuve radiographique montre, dans la région lombaire droite, une ombre à contours polycycliques recouvrant la moitié supérieure du rein qui n'est ni abaissé, ni déformé. Les rayons X, en localisant ainsi une tumeur surrénale, permettent au chirurgien ou au radiothérapeute d'intervenir avec sécurité dans un tel cas qui ne semble pas au-dessus de nos ressources thérapeutiques.

Compte rendu annuel de la Société, par M. DE MASSARY, secrétaire général.

Eloge de MM. O. Josué, Chaslin, Boulloche, Bouttier et de Beurmann.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1923)

Conservation de la sensibilité profonde de la face après section rétro-gassérienne de la racine postérieure du trijumeau. — MM. A. SOUQUES et Ed. HARTMANN présentent un malade chez lequel fut sectionnée la racine postérieure du trijumeau, pour remédier à une névralgie faciale. Ce malade, suivi depuis trois ans et demi, a perdu la sensibilité superficielle (au contact, à la douleur et à la température) du côté opéré. Mais de ce côté, la sensibilité profonde est conservée : la pression, les vibrations du diapason et les mouvements des muscles de la face sont perçus normalement ou à peu près normalement. Les auteurs ont constaté la même dissociation de la sensibilité chez de nombreux malades ayant subi la même opération. Pour expliquer ces faits ils pensent que les fibres de la sensibilité profonde ne viennent pas du trijumeau, en tout cas qu'elles ne passent pas par la racine postérieure de ce nerf, et qu'elles viennent probablement du facial.

Dysphasie et syndrome strié. — MM. de MASSARY et J. RACHET présentent un malade atteint de bégaiement spasmodique apparu à l'âge de trois ans, accompagné de spasme de la face et de mouvements choréo-athétosiques des doigts. Imputable à une lésion des noyaux striés ce syndrome s'exagère dans les efforts et aboutit après une phase de contracture à une élocution normale. Ce trouble peut être rapproché des phénomènes de kinésie paradoxale décrits par Souques chez les Parkinsonniens.

Myopathie atrophique localisée aux trapèzes et consécutive à un traumatisme. — MM. LHERMITTE, CÉNAC et Noël PÉRON rapportent l'observation d'un malade de quarante-trois ans atteint de paralysie générale avancée et présentant une atrophie localisée aux trapèzes. Celle-ci est apparue à la suite d'un violent traumatisme survenu à l'âge de six ans. Les caractères de cette amyotrophie indemne de contractions fibrillaires, de réaction de dégénérescence, l'absence de tout phénomène indiquant une altération de la moelle donnent à penser qu'il s'agit d'une variété spéciale d'amyotrophie de type myopathique analogue aux faits rapportés pendant la guerre par Claude, Vigouroux et Lhermitte. Les lésions que permit de constater la biopsie d'un trapèze confirment pleinement cette interprétation.

Sur la présence, à la face supérieure du rocher, d'un projectile ayant traversé le crâne, sans déterminer, pendant un an, aucune réaction cérébrale manifeste. (Travail du service du docteur Babinsky). — M. E. KREBS présente un sujet venu à la consultation du docteur Babinski pour des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne. Cet homme atteint, durant la guerre, d'une blessure en apparence superficielle du sommet du front, n'avait ressenti aucune espèce de troubles pendant toute une année. La radiographie a permis, chez lui, de découvrir sur le plancher de l'étage moyen du crâne, un projectile dont la présence était restée ignorée pendant plus de cinq ans.

De l'évolution terminale des myoclonies de l'encéphalite épidémique. — M. KREBS a continué à suivre les malades chez lesquels il s'est attaché, il y a deux ans, à préciser les caractères intrinsèques des myoclonies de l'encéphalite (synchronisme des secousses, anomalies des synergies musculaires, réveil ou accentuation des phénomènes par toutes les conditions physiologiques réflexes ou volontaires, qui déterminent un état de tonus ou de contraction statique des muscles). Ces caractères se vérifient jusqu'à la fin de ces troubles moteurs : le synchronisme, en particulier, survit à la régularité du rythme; il persiste jusqu'à l'arrêt définitif des secousses dans les muscles. Krebs a toutefois chez un de ses malades, et d'une façon transitoire, observé un muscle faisant exception à cette loi du synchronisme. Il discute à ce propos les rapports des myoclonies de l'encéphalite et du paramyoclonus multiplex.

Compressions médulloradiculaires et cérébrales par métastases d'un néoplasme du sein. — M. JUMENTIÉ présente des pièces de métastases cancéreuses semblant avoir débuté au niveau de l'os iliaque gauche, qui a considérablement augmenté de volume : il existe des noyaux néoplasiques de la colonne vertébrale au niveau des apophyses épineuses des IVe lombaire, IIe lombaire, XIIe dorsale, elles avaient pénétrés dans les trous de conjugaison et formaient des masses intrarachidiennes accolées aux ganglions et à la face externe de la dure-mère sans toutefois les envahir. D'autres os étaient envahis, fémur, cotes, enfin dans la voute cranienne, de gros noyaux tombant dans l'intérieur du crâne et repoussant la dure-mère expliquent les épisodes convulsifs terminaux (convulsions jacksoniennes bilatérales).

Ces néoplasies sont du type épithélial et l'aspect pseudo glandulaire cadre bien avec l'existence d'os tumeurs, primitives à la grande mammaire.

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1923)

Actions musculaires réciproques chez les parkinsoniens. — M. CANTALOUBE rapporte deux phénomènes constatés chez des parkinsoniens. De ceux-ci le premier ne peut ouvrir les yeux qu'en jetant un appel « ma mère ». Chez l'autre il se produit une contraction extrêmement prolongée du droit antérieur lorsque le genou opposé préalablement fléchi, s'étend. Le premier de ces faits semble s'apparenter au torticolis mental. Le second rend vraisemblable dans le parkinson, l'existence d'un trouble chronologique des contractions musculaires portant moins sur leur durée que sur leur succession.

Signes prodromiques des syndromes parkinsoniens. — M. MONIER-VINARD présente un malade chez lequel on trouve tous les signes moteurs et électriques décrits par M. Néri comme prémonitoires d'un syndrome parkinsonien.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1923)

Traitement des manifestations épileptiques par le phényléthylmalonylurée associé au tartrate borico-potassique. — M. Michel REGNARD a songé à l'association des deux médications : phényléthylmalonylurée et tartrate borico-potassique et s'en déclare très satisfait. C'est ainsi que la constipation déterminée par le phényléthylmalonylurée est corrigé par les propriétés laxatives du tartrate borico-potassique.

Par cette méthode il n'a été observé aucun trouble psychique, aucun accident gastrique ou cutané. Au début de la médication, il arrive parfois une recrudescence d'accidents, mais l'amélioration rapide apparaît.

Ce traitement donne des résultats aussi satisfaisants dans les accidents comitiaux consécutifs aux traumatismes craniens que dans l'épilepsie dite essentielle.

Formule, posologie. — *a.* Donner une cuiller à potage (soit 1 gramme de tartrate borico-potassique : le matin et au repas de midi de la solution :

Tartrate borico-potassique.....	20 gr.
Glycérine....................	10 —
Eau distillée................	300 —

(Formule de Pierre Marie).

b. Le soir, au coucher; un comprimé de 0gr10 de phénylé thylmalonylurée.

Si les *crises persistent* donner une cuiller à potage en plus par jour de la solution (soit 3 grammes par jour de tartrate).

Si les *crises s'améliorent* diminuer le phényléthylmalonylurée qui peut être réduit à 0gr05 et même 0gr02 par jour.

La médication peut être continuée des mois et des années.

M. BABONNEIX estime que de toutes les médications classiques de l'épilepsie de phényléthylmalonylurée est la meilleure; son maniement par contre est délicat.

M. Auguste MARIE dit avoir obtenu les mêmes bons effets que M. Regnard dans l'association médicamenteuse proposée. Il rappelle que les désordres psychiques qui surviennent dans l'emploi du phényléthylmalonylurée tiennent à son arrêt

brusque : on doit faire décroître prudemment les doses de ce produit par oscillations à plateau.

Epithelioma ulcéreux ou ulcus rodans du sein et opothérapie thyro-mammaire. — M. Naamé (de Tunis) présente une malade âgée de soixante ans qu'il a examinée le 8 septembre dernier et qui présentait au sein droit une ulcération rodante à bords et à base durs; croûteuse, la croûte s'éliminant et se renouvelant, facilement saignante, suintant toujours, ayant détruit le mamelon et envahi la portion aréolaire environnante,

L'examen anatomo-pathologique n'a pas pu être fait.

Traitement. — 3 cachets par jour : 1 cachet une demi-heure avant les repas de :

Poudre de thyroïde........	deux *centigr.*
Poudre mammaire........	1 gramme.

Résultats. — En fin septembre dernier l'ulcus était en voie de cicatrisation.

Lorsqu'elle fut présentée à la séance, la guérison était complète.

La malade était de plus atteinte d'un pouls lent, arythmique avec syncopes; son pouls est actuellement normal.

M. Babonneix signale dans le cas présent le manque d'adhérences de la peau, le manque de ganglions et la non dépression du mamelon. Bref, il manque un document (en couleur) de l'état de l'ulcération avant.

M. Schmitt estime que M. Naamé appelle avec raison l'attention sur le traitement général du cancer et sur la part importante que doit y prendre l'opothérapie. Il rappelle que les rayons X permettent de faire une sorte de selfopothérapie.

M. Oppert pense comme M. Naamé que l'opothérapie peut jouer un rôle adjuvant important. Il rappelle que Rubens Duval emploie non des produits de substitution, mais des extraits cellulaires stimulant les fonctions endocrines : les résultats sont encourageants.

M. Naamé répond qu'il connaît les très intéressants travaux de M. Rubens Duval, qui lui a confié un cancer de la face actuellement traité par l'opothérapie thyro-ovarienne.

Quant aux signes dont vient de parler M. Babonneix, ils ne peuvent exister puisqu'il s'agit d'un ulcus rodans croûteux.

M. le Président. Nous regrettons que M. Naamé n'ait pu apporter des preuves cliniques, anatomo-pathologiques et iconographiques de la nature cancéreuse de la lésion que présentait la malade.

Il est donc impossible de tirer une conclusion à la suite de sa présentation.

Le bismuth associé à la tuberculine dans le traitement de la paralysie générale. — M. Auguste Marie et V. Kohen se basant sur la pénétration assez rapide du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien et les résultats déjà obtenus en syphilis nerveuse, firent l'application de sels insolubles de bismuth chez plusieurs paralytiques généraux. Les réactions humorales furent assez nettes (diminution de la lymphocytose et du taux d'albumine rachidienne; diminution d'intensité des réactions diverses).

Les auteurs cherchèrent à renforcer l'effet du bismuth en sensibilisant l'organisme des malades et s'adressèrent à la méthode de Wagner (c'est-à-dire à l'action de la tuberculine) utilisant également comme sensibilisant le lait stérilisé et la nucléinate de soude.

Les auteurs en utilisant la tuberculine ont cherché comme Wagner à provoquer une hyperleucocytose favorisant la lutte contre les tréponèmes. Mais alors que Wagner emploie le mercure, ils ont employé le bismuth espérant obtenir des résultats encore supérieurs. Leurs espérances semblent avoir été réalisées car sur vingt malades soumis au traitement, il y eut onze améliorations très sensibles équivalant à des guérisons (tel caissier d'un grand établissement financier qui put reprendre ses occupations).

Le traitement consiste à injecter :

Le premier jour, 1/2 milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur dilué dans du sérum physiologique.

Le deuxième jour, 0gr05-0gr10 de bi- (*métal*) intramusculaire.

Un jour ou deux après : *repos.*

S'il n'y a pas eu de réaction locale ou générale, injecter à la reprise, le double de tuberculine.

Si au contraire il y a réaction, injection de 1/2 milligramme seulement ou n'étant augmenter que de 1/4, 1/2 suivant l'intensité réactionnelle.

Le lendemain de chaque piqûre de tuberculine, injection intramusculaire de bismuth, dont *la dose ne varie pas* pendant toute la durée du traitement.

La série est de 40 piqûres (20 de tuberculine et 20 de bi.), représentant de 1 à 2 grammes de bismuth métal.

Gastrotonométrie clinique. Les insufflations gazeuses en thérapeutique gastrique. Le massage pneumatique des parois de l'estomac. — MM. René Gaultier préconise dans le traitement des dyspepsies douloureuses ou des atonies gastriques avec ou sans distention l'usage des insufflations gazeuses sous le contrôle de son appareil le *gastrotonomètre*, qui en facilite grandement l'emploi. Pour les premières, les gastralgies, les dyspepsies avec vomissement où l'hyperexcitabilité de la fibre musculaire entraîne cette hyperkynésie douloureuse ou expulsive du muscle gastrique, il utilise avec succès le *gaz acide carbonique*, qui produit une diminution très notable de la tonicité musculaire se traduisant par un abaissement de la pression intragastrique. Pour les deuxièmes, les cas d'atonie gastrique, il a recours à l'*oxygène* qui réveille les contractions du muscle gastrique, ce que l'on constate par une augmentation de la pression visible sur le gastrotonomètre. Enfin, dans un certain nombre de cas, en dehors de l'action spécifique de ces deux gaz, il utilise l'*action mécanique des insufflations rythmées* qui provoquent des mouvements actifs et passifs de la paroi gastrique soumise successivement au gonflement et à la détente par les gaz alternativement introduite, toujours avec l'aide et sous le contrôle du gastrotonomètre réalisant un véritable massage pneumatique de l'estomac.

Sur deux cas de fièvres typhoïdes traités par la sérothérapie anti-éberthienne. — M. Oppert expose les observations de deux cas de maladie sérique, l'une sérieuse, l'autre grave, survenues chez deux garçons : l'un âgé de treize ans et l'autre âgé de neuf ans, au cours d'un traitement sérothérapique de la fièvre typhoïde. A ce sujet, M. Oppert conclut qu'il semble que la superposition d'une maladie grave provoquée (maladie sérique) au cours d'une maladie sérieuse (fièvre éberthienne), soit défavorable aux réactions de défense de l'organisme. Donc pratiquement l'indication d'une telle sérothérapie à efficacité inconstante est discutable.

REVUE DES THÈSES

La sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire. Etude critique (1), par E. Meynadier.

Revue générale très complète de l'état actuel de la question. Travail fait sous l'inspiration de M. Mauclaire.

L'auteur distingue très justement la sacralisation anatomique très fréquente, et la sacralisation, maladie-affection rare.

La pathogénie des douleurs dans la sacralisation douloureuse est longuement discutée et, bien que l'auteur précise que la cause ne soit pas unique, il attribue le rôle prépondérant à la compression de la Ve paire lombaire dans son trou de conjugaison.

La symptomatologie, le diagnostic sont exposés en détail, de même que l'interprétation des radiograpies de la région, cause fréquente d'erreurs.

Enfin l'auteur a réuni toutes les observations d'opérations pratiquées pour sacralisations douloureuses. Il expose la technique opératoire à suivre, aujourd'hui bien fixée et montre les résultats obtenus, en particulier d'après 7 observations de M. Mauclaire. Ceux-ci sont nettement favorables, à condition que le diagnostic soit rigoureusement établi et qu'on n'opère que les sacralisations authentiquées, pures.

Le travail se termine par une longue bibliographie de la question.

M. LANCE.

(1) *Th. de Paris*, 1923. — Paris, Amédée Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 3. — MARDI 8 & JEUDI 10 JANVIER 1924. 97e ANNÉE. MARDI 8 & JEUDI 10 JANVIER 1924. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG. — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, une chaire de clinique infantile.

M. Rohmer, chargé de cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à partir du 1er janvier 1924, professeur de clinique infantile à ladite Faculté.

LE TRAITEMENT DES EXTERNES DES HOPITAUX. — Nous avons annoncé (n° 101, 1923, p. 1640) que s'appuyant sur l'article publié par le docteur Babonneix dans la *Gazette des hôpitaux*, M. Michel Misoffe avait déposé sur le bureau du Conseil municipal une proposition améliorant la situation matérielle des externes.

Le Conseil municipal ne pouvant, en raison du déficit du budget, voter le texte proposé, a décidé de mettre à la disposition de la 5e Commission un crédit provisionnel de 100.000 francs en vue d'attribuer aux externes des hôpitaux qui en feront la demande et dont la situation sera reconnue digne d'intérêt des secours d'études. L'*Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris* en nous communiquant cette nouvelle constate que le Conseil municipal pare ainsi au plus pressé et émet le vœu que dans les années suivantes des disponibilités budgétaires plus considérables permettent de faire entièrement droit à la juste et si raisonnable demande des externes des hôpitaux.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Sudre, MM. les médecins principaux de 1re classe Dodicau et Lejeune, M. le médecin principal de 1re classe des troupes coloniales Thoulon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du centenaire de Pasteur et sur la proposition du professeur Sanarelli, recteur de l'Université de Rome, S. M. le roi d'Italie a décerné les distinctions suivantes :

Grand'croix de l'ordre de la couronne d'Italie. — M. Paul Strauss, sénateur, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et M. Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Grands-officiers de l'ordre des SS. Maurice et Lazare. — MM. Vincent, médecin inspecteur général et Fernand Widal.

Grands-officiers de l'ordre de la couronne d'Italie. — MM. le professeur Chauffard, H. Pottevin et André Honnorat, sénateur; Albert Calmette, Louis Martin, sous-directeurs de l'Institut Pasteur; Borrel, directeur de l'Institut d'hygiène de Strasbourg.

Commandeurs de l'ordre des SS. Maurice et Lazare. — MM. le professeur Paul Carnot, Victor Bérard, sénateur; René Vallery-Radot, président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur.

Commandeurs de l'ordre de la couronne d'Italie. — MM. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Achard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Salimbeni, chef de service à l'Institut Pasteur; Francis Rathery, Gaston Poix.

Chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare. — M. Pasteur Vallery-Radot.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 5 janvier publie, p. 191 à 197, une longue liste de médecins aides-majors à titre temporaire nommés à titre définitif.

— Troupes coloniales. (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Roquemaure et Noblet.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Sibiril, Sarrailhé, Brachet, Rousseau, Boucher, Dufougère.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Heymann et Simon (Louis).

Au grade de médecin aide-major de 1re classe — MM. L'Hermier des Plantes, Eschenbrenner, Fourneyron, Piloz, Encontre et Rivoalen.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur en or des épidémies est décernée à M. Turano (Claude-Marcel),

ex-interne à l'hôpital civil de Mustapha, décédé des suites du typhus qu'il a contracté dans l'exercice de ses fonctions.

La médaille d'argent des épidémies est décernée à M. Akif Chakir Bey, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Constantinople.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Frédéric Desjars (de Nantes).

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, chargé de conférences à l'Ecole d'anthropologie, commencera son cours le vendredi 11 janvier, à 3 heures, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure, en janvier et février.

Le sujet du cours sera : « La taille humaine et les variations du rachis. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

OPÉRATION COMMENCÉE AVEC CONSENTEMENT COMPLICATIONS

Que doit faire le chirurgien lorsqu'une personne a donné son consentement à une opération et qu'au cours de celle-ci des complications se produisent imposant une intervention plus grave.

Doit-il interrompre l'opération pour solliciter à nouveau le consentement? Assurément non.

Le 12 mars 1914, une personne entre à l'hôpital Tenon dans le service du docteur L... Elle se plaignait de douleurs dans le petit bassin, survenant à la suite de fatigues ou de mouvements brusques. L'examen pratiqué révéla une cystocèle et une rétroversion de l'utérus sans qu'il fût possible de sentir les annexes; en conséquence une opération eut lieu le 28 mars 1914. Après avoir pratiqué la colporraphie, c'est-à-dire une suture du vagin, il fut reconnu que les deux ovaires étaient affectés d'une dégénérescence kystique, celui de droite présentant des kystes multiples, celui de gauche étant le siège d'un kyste du volume d'une poire; il fut dès lors décidé, au lieu de fixer l'utérus par une hystéropexie, d'en pratiquer l'ablation par une hystérectomie.

L'opérée se leva le seizième jour et sortit de l'hôpital le 18 avril 1914, étant considérée comme guérie.

Le 7 avril 1916, elle intenta une action en responsabilité à l'Assistance publique de Paris, à laquelle elle réclamait 35.000 francs de dommages-intérêts, et appela en cause aux mêmes fins le docteur L... Sa demande ayant été rejetée par le Tribunal civil de la Seine, elle forma appel contre le docteur L... seul.

La Cour d'appel de Paris a rejeté également la demande, dans un arrêt du 28 juin 1923, d'où nous extrayons les passages suivants :

« Considérant que la dame N... fonde sa prétention sur ce que ce praticien lui ayant déclaré qu'une légère intervention, sans importance, était nécessaire, elle lui aurait exprimé la volonté formelle de ne subir aucune opération grave, surtout si elle était de nature à l'empêcher de concevoir à l'avenir; qu'au mépris de cette volonté et sans prévenir, ni elle-même ni son mari, le docteur L... aurait pratiqué sur elle une opération d'ailleurs inutile et qui lui enlevait à tout jamais l'espoir d'avoir des enfants;

Considérant que la demanderesse n'apporte pas la preuve de ses allégations, qui apparaissent comme contraires à toute vraisemblance; qu'on ne saurait comprendre pour quelle raison l'intimé aurait méconnu un scrupule fort honorable et pratiqué une ovariotomie malgré la volonté de la patiente, volonté qu'elle aurait exprimée, non seulement à ce chirurgien, mais aussi à la surveillance du service; que, même s'il ne s'agissait pas comme dans l'espèce d'un éminent praticien, dont la science et l'honorabilité ont été affirmées des deux côtés de la barre, on ne saurait expliquer une violation aussi blâmable d'un droit incontestable, ni par un esprit de lucre, puisqu'il s'agit d'une opération faite à l'hôpital, ni par l'attrait d'une expérience scientifique, puisque cette opération est d'une pratique journalière; qu'on ne s'expliquerait pas davantage que l'appelante, si elle avait été victime d'une telle violence, ait attendu deux ans après l'opération pour s'adresser à la justice et cinq ans avant de mettre en cause le docteur L...

Considérant qu'en réalité la dame N... est entrée, comme il a été dit à l'hôpital le 12 mars, pour être débarrassée de douleurs qu'elle ressentait et qui étaient assez vives pour l'obliger à cesser son travail et à recourir à l'hospitalisation; qu'elle déclare elle-même avoir été visitée chaque jour par le chef de service pendant les douze jours où elle est restée à l'hôpital dans l'attente de l'opération; que le diagnostic a donc été établi après des observations répétées et de la façon la plus attentive; que si la présence de kystes n'a pas été constatée, c'est qu'il était impossible de sentir les annexes; que, par suite, le docteur L... n'a pas pu demander, avant l'opération, une autorisation dont rien ne faisait prévoir la nécessité;

Considérant que, le 28 mars, la dame N... s'est laissé chloroformer et s'est ainsi volontairement soumise à l'opération dans la région de l'utérus qui serait nécessaire pour la débarrasser des souffrances qu'elle accusait; que la laparatomie ayant été effectuée, la présence de kystes se révéla; que le chirurgien prit alors, dans sa conscience, la décision opératoire qu'il jugeait indispensable pour la santé de la malade; que dans ces circonstances le docteur L... n'a pu interrompre l'opération au risque des plus dangereuses complications pour ne la reprendre que lorsqu'il aurait été dûment autorisé; que le principe incontesté qui veut que le consentement du patient soit obtenu avant toute opération n'est donc pas en cause. »

La Cour ajoute, à la fin de son arrêt, qu'elle n'a pas à apprécier l'opportunité ou l'efficacité d'un traitement chirurgical; il lui suffit de constater que le docteur L... s'est conformé à la doctrine professée par les maîtres les plus autorisés; l'un d'eux le professeur J.-L. Faure enseigne, dans son traité de la chirurgie des annexes de l'utérus, que le kyste de l'ovaire constituant un danger mortel, il faut prendre comme règle absolue que tout kyste de l'ovaire doit être opéré aussitôt qu'il est reconnu et que l'opération a d'autant plus de chance d'être efficace et radicale qu'elle est plus précoce. La Cour a fait à l'espèce qui lui était soumise l'application d'un principe que nous avons déjà plusieurs fois indiqué dans des articles précédents, à savoir que les tribunaux n'ont pas à s'immiscer dans les questions scientifiques de technique opératoire et qu'ils ne peuvent à ce point de vue retenir que les maladresses ou les négligences commises par le chirurgien.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

GOUTTE CHRONIQUE

Indépendamment du régime et des soins d'hygiène, prendre matin et soir, un cachet de 0g25 de Théosalvose lithinée. Cesser 10 jours par mois, durant lesquels la Théosalvose sera remplacée par la résine de gaïac en cachets de 0g50 (3 fois par jour après les repas).

Quatre fois par an, cure laxative à domicile : une cuillerée à café de sulfate de soude à prendre à jeun, pendant trois semaines à un mois.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE. — CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

MEMBRE INFÉRIEUR

Ostéochondrite déformante infantile.

Sur la coxa plana et sa pathogénie (théorie présentée à l'Amer. orthop. Assoc., Washington le 2 mai 1922). (Murk JANSEN (de Leyde, Hollande). Discussion : D. B. Phemister (Chicago), A. H. Freiberg (Cincinnati), F. R. Ober (Boston), F. C. Kidner (Detroit), B. J. Whitbeck (New-York), B. B. Osgood (Boston). *Journ. of bone and joints surg.*, avril 1923, vol. V, n° 2, p. 275-277.)

Le cotyle aplati et ses séquelles (coxa plana, valga, vara et malum coxae senilis). (Murk JANSEN. *Journ. of bone and joints surg.*, juillet 1923, vol. V, n° 3, p. 528-568.)

Sur la coxa plana. (Professeur GALEAZZI. *Congrès intern. d'orhopédie*, Milan, 25 mars 1923, in *Arch. di ostopedia*, vol. XXXVIII, f. 3, p. 590-591.)

Coxa plana (ostéochondrite déformante infantile, ostéo-arthrite déformante juvénile). (O. UFFREDUZZI. *Chirurgia de gli org. di movimento*, avril 1923, vol. VII, f. 2, p. 149.)

Arthrites de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale. (A. BROCA et R. MASSART. *Revue de chir.*, 1923, p. 169 à 193.)

Constatations opératoires dans deux cas d'ostéochondrite de la hanche. (VIGNARD. Discussion, *Soc. de chir. de Lyon*, 15 juin 1923.)

Les hanches étiquetées « rhumatisme chronique, arthrite déformante localisée, coxa plana, morbus coxae senilis » sont des malformations congénitales méconnues. (F. CALOT. *XXXIe Congrès franç. de chir.*, seance du 13 oct. 1923.)

Observations cliniques d'ostéochondrite déformante juvénile de la hanche. (RIEDEL. *Münch. med. Woch.*, 1923, t. XCIX, n° 44, p. 1529.)

La question de l'ostéochondrite déformante continue à faire verser beaucoup d'encre, mais loin de s'éclairer la question s'embrouille de plus en plus.

On sait que depuis plusieurs années M. Calot soutient cette opinion que les ostéochondrites, arthrites déformantes, rhumatisme chronique, morbus coxae senilis de la hanche sont *toutes* des malformations congénitales méconnues. Ceci simplifierait bien la question. Mais sur ce sujet contentons-nous de citer l'opinion d'Ufreduzzi : « Une pareille hypothèse devrait être démontrée par des faits autrement probants qu'une simple impression ou des affirmations » (p. 189).

D'autre part, le terme coxa plana proposé par Waldenstrom pour désigner l'ostéochondrite déformante infantile prise maintenant par beaucoup non comme la désignation d'une affection bien déterminée mais comme un terme général applicable à tous les cas dans lesquels la radiographie démontre l'aplatissement plus ou moins marqué de la tête fémorale. C'est ce que font Murk Jansen et Ufreduzzi.

Ces travaux tendent donc à réaliser une synthèse des différentes déformations de la hanche. Dans ses deux volumineuses publications, M. Murk Jansen essaye de nous donner une pathogénie générale de leur production. Essayons de résumer clairement sa théorie.

La coxa plana présente dans son évolution trois degrés :

Premier degré : le cartilage de conjugaison, d'oblique devient horizontal, et la partie inférieure du col fémoral tend à former en bas et en dedans une saillie en forme de menton.

Deuxième degré : la tête et le col s'élargissent et s'aplatissent vers leur bord externe, débordant le cotyle.

Troisième degré : l'épiphyse se fragmente (coxa plana fragmentata).

La tête se reconstitue ensuite restant plus ou moins déformée.

L'évolution de chaque cas peut s'arrêter à un stade quelconque de la maladie.

L'auteur démontre que cette déformation est la conséquence d'anomalies de forme du cotyle. Elles sont de deux ordres :

1° *Le cotyle aplati.* — C'est un cotyle élargi qui présente un rayon plus grand que celui de la tête fémorale (forme d'une soucoupe au lieu d'une coupe). L'épaisseur du fond du cotyle est plus grande que normalement, le cotyle est moins creux.

2° *L'ischium varum.* — L'ischion est dévié en dedans (il paraît plus court à la radiographie, le trou obturateur plus étroit), il en résulte un cotyle trop large pour la tête fémorale à sa partie inférieure seule.

L'auteur démontre qu'il s'agit bien là d'une déformation vraie et non d'une apparence radiographique due à la position asymétrique du bassin (atrophie des fessiers, contracture en flexion).

Il résulte de ces déformations du cotyle qu'il n'y a plus congruence entre la surface de la tête fémorale et celle du cotyle. La tête fémorale n'appuie plus sur le cotyle que dans sa partie supéro-externe.

Le poids du corps est transmis à la tête fémorale en ce point, alors que la résistance du sol arrive à cette même tête selon l'axe du col, en son centre; d'où développement d'un couple de forces qui tend à tourner la tête et le col de bas en haut et de dehors, et de deux forces, l'une horizontale qui tend à faire glisser la tête en dedans, l'autre verticale passant au point limite de contact qui répond à la force de gravité très accrue.

Pour l'auteur, les résultats de ces forces sur l'extrémité supérieure du fémur seront très différentes selon l'état antérieur du tissu osseux du sujet. Si le tissu osseux est normal (unenfeebled individuals) il en résultera une coxa valga. Sur les sujets présentant un léger affaiblissement de la croissance osseuse on verra se développer une coxa plana. Si l'affaiblissement est très marqué, le col s'affaissera en coxa vara pouvant aller jusqu'à la fracture. Parmi les causes d'affaiblissement du développement osseux, Murk Jansen cite le rachitisme, les traumatismes, les infections. L'auteur appuie sa démonstration de l'examen de vingt-trois observations. Il a bien soin de distinguer sa théorie de celle de M. Calot (p. 542) : « Calot a dit que la direction très oblique du plafond du cotyle, l'agrandissement du cotyle en haut doit être considéré comme la cause du développement de la coxa plana. La figure 11 montre au contraire que cela tend à altérer la forme caractéristique de la coxa plana, augmentant la chance d'une exagération de la subluxation et un déplacement en haut de la tête fémorale sans l'aplatissement caractéristique. Ceci est illustré par les figures 12 et 13. » De plus, dans la forme avec aplatissement du cotyle par ischium varum le toit du cotyle est de direction normale.

La discussion qui suivit la communication de M. Jansen à la Société américaine d'orthopédie montre que les orthopédistes américains croient surtout à l'origine inflammatoire de l'ostéochondrite.

Ils se basent bien plus sur le résultat de l'examen histologique des pièces opératoires que sur celui de l'ensemencement de celles-ci. Cependant sur les 10 opérations pratiquées dans l'ostéochondrite, 1 cas de Legg, 3 de Phemister, 3 de Kidner, 1 d'Osgood, 2 de Vignard (de Lyon), 7 fois l'ensemencement est resté aseptique, 3 fois (Legg, Phemister, Kidner) il a poussé du staphylocoque.

Ufreduzzi dans son travail étudie tous les cas de « coxa plana », c'est-à-dire toutes les affections de la hanche dans laquelle il y a aplatissement de la tête fémorale quelle que soit l'origine de la déformation. Il range ses observations en quatre groupes :

Le premier groupe comprend les cas d'ostéochondrite déformante infantile en activité ou récentes. Il en donne quatre observations. Le deuxième groupe comprend sept observations de malades ayant présenté une arthrite légère de la hanche pendant l'enfance, ayant guéri complètement et s'étant mis à souffrir de nouveau à l'âge adulte. On trouve alors un aplatissement de la tête accompagnée dans 4 cas de coxa valga avec subluxation dans 2 cas. L'auteur admet que ces 7 cas sont des anciennes ostéochondrites de l'enfance guéries avec une déformation fémorale. Il admet que la coxa valga est une terminaison fréquente de l'ostéochondrite, et il explique comment la subluxation peut être la conséquence de ce redressement progressif du col fémoral. Il montre que ces coxa valga juvéniles sont d'origine inflammatoire (phénomènes d'arthrite dans l'enfance, allongement et épaississement du col dans certains cas). Le troisième groupe comprend 4 cas analogues d'ostéochondrite de l'enfance guéris avec une légère déformation de la tête et dans lesquels, après de longues années, apparaissent des phénomènes douloureux et où la radiographie révèle des lésions d'arthrite déformante plus ou moins marquée. Dans un de ces cas l'auteur a été amené à opérer ; il relate l'examen complet de la pièce.

Enfin, le quatrième groupe réunit tous les autres cas où il a pu observer un aplatissement de la tête fémorale : tuberculose, ostéomyélite, ostéoarthrite déformante sénile, subluxation congénitale, luxations congénitales réduites, etc.

L'auteur discute ensuite longuement la pathogénie de l'ostéochondrite et de l'ostéoarthrite déformante. Après avoir éliminé toutes les hypothèses proposées, il conclut : l'ostéochondrite résulte d'une infection sous-chondrale de l'épiphyse due au staphylocoque ou à d'autres germes pathogènes, et même à la syphilis; le traumatisme peut agir comme agent révélateur de l'infection latente. Quant à l'ostéoarthrite déformante, il croit à son origine toxi-infectieuse, l'examen histologique des lésions ne permet pas d'affirmer l'origine inflammatoire des lésions mais ne les élimine pas et sont semblables à celles qu'on rencontre dans d'autres affections osseuses certainement d'origine infectieuse.

MM. Broca et Massart n'envisagent que l'ostéochondrite déformante infantile, mais pour ne rien préjuger de sa nature encore très indéterminée, ils la désignent par son signe principal, l'aspect radiographique : arthrites de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale.

Ils en apportent 11 observations.

Ils concluent ainsi quant à la pathogénie de l'affection : la chirurgie nous enseigne qu'après un début presque toujours douloureux, assez souvent à la suite d'une maladie infectieuse de type connu (grippe, varicelle), la tête fémorale se laisse user en une forme assez spéciale, par une ulcération compressive, qu'en même temps les mouvements de la hanche sont limités comme dans toute arthrite ; nous devons conclure à l'existence d'une ostéite subaiguë ou chronique susceptible d'ailleurs de régénération. La plupart du temps elles guérissent à peu près d'elles-mêmes sans laisser de grandes traces.

Ceci n'est pas l'opinion de M. Galeazzi qui, étudiant spécialement les rapports de l'ostéochondrite déformante infantile et de l'ostéoarthrite déformante juvénile fait de la seconde la suite de la première. Si l'on suit en effet des ostéochondrites typiques pendant de longues années (dix, douze, quinze ans), elles finissent souvent, après plusieurs années de santé parfaite, par présenter les signes caractéristiques de l'arthrite déformante. Ceci confirme ce que nous-même avons avancé dans un travail fait avec Andrieu et Cappelle (*Journ. de chir.*, mars 1921), ce que Tavernier, Waldenstrom et d'autres auteurs ont noté.

C'est aussi l'opinion de Riedel qui a observé 11 de ces malades et redoute à tel point l'ankylose comme résultat final qu'il se propose dorénavant d'opérer, mais il ne dit pas quelle opération il compte pratiquer.

Cf. — Deux cas d'ostéochondrite dont une suivie pendant onze ans et une autre accompagnée de cyphose congénitale lombaire. (ROBIN (d'Angers). Rapport Mouchet, *Soc. de chir.* 31 janv. 1923, p. 167.)

Deux cas de coxa plana. (DOCHE, PELOGUIN et PÉRADON. *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 4 et 18 janv. 1923, 17e année, n° 1, p. 14.)

Deux cas de maladie de Legg. (HENDRIX. Discussion : Van Neck, Moreau. *Soc. belge d'orthop.*, séance du 17 fév. 1923; *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1923, 26e année, n° 3, p. 308.)

Contribution à l'étude clinique de la coxa plana. (Micotti RINALDO. *Arch. di ortopedia*, vol. XXXIV, f. 1, p. 44-68.)

Luxation congénitale de la hanche.

Résultats à distance du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. (Paolo BUONSATI. *Archivio di ortopedia*, vol. XXXIX, fasc. 1, p. 91, 132.) — L'auteur a pu retrouver de deux à quinze ans après leur réduction, dix-huit malades traités pour luxation congénitale de la hanche. Il constate que si la guérison clinique a été obtenue dans tous les cas, la guérison anatomique parfaite a été rarement constatée à la radiographie. La tête fémorale est excentrique, plus ou moins déformée, le col raccourci, en léger varus et antéversion. Le cotyle est peu profond et présente souvent des ostéophytes au niveau de son toit.

L'auteur attribue l'imperfection du résultat à la persistance de l'antétorsion du col. Il préconise pour lutter contre l'antétorsion du col le maintien du membre en abduction et rotation interne jusqu'à ce qu'on constate que la tête soit solidement fixée dans l'acetabulum.

Cf. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (E. H. BRADFORD. *Journ. of bone and jonit surg.*, vol. V, janv. 1923, n° 1, p 76.)

La tuberculisation de la luxation congénitale de la hanche. (FARGES. *Th. de Montpelier*, 1923, n° 8.)

Contribution à l'étude de la guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. (G. ANNOVAZI. *Archivio di orthopedia*, vol. XXXVIII, fasc. 2, p. 267.)

Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent par le vissage fémoro-coxal. (DESCARPENTRIES. *XXXIIe Congrès de la Société française de chirurgie*, 13 oct. 1923.)

Une nouvelle méthode de traitement de la luxation irréductible de la hanche, congénitale ou acquise. (A. LORENZ (Vienne). *New-York med. Journ. and med. Record*, 7 fév. 1923, p. 130-136.)

L'opération de la « bifurcation » de Lorenz. (Dex D. ASHLEY. *Id.*, p. 136-138.)

Notre expérience sur l'ostéotomie sous-trochantérienne dans la luxation congénitale irréductible de la hanche. (F. HAHN. *Münch. med. Woch.*, t. LXX, 19 janv. 1923, n° 3, p. 82, 83.)

Traitement des luxations congénitales de la hanche non réductible. (SCHANZ. *Münch. med. Woch.*, t. LXIX, 1922, n° 25, p. 950, 951.)

Ostéotomie sous-trochantérienne avec appui pelvien dans les luxations congénitales de la hanche. (FRŒLICH. *Soc. méd. de Nancy*, 14 mars 1923.)

Ostéotomie sous-trochantérienne à butée pelvienne dans la coxalgie. (NOVÉ-JOSSERAND et LAROYENNE. *Soc. de chir. de Lyon*, 25 janv. 1923.)

Luxation congénitale non fixée, constitution d'un toit osseux. (Ch. DUJARIER. Discussion : A. Mouchet, Mauclaire. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 23 oct. 1923, t. XLIX, n° 26, p. 1152.)

Traitement de la luxation congénitale irréductible et douloureuse par une greffe d'os mort. (P. HALLOPEAU. *Id.*, 30 oct., p. 1198.)

Parmi les méthodes palliatives employées dans la luxation congénitale irréductible, une de celle qui donne les meilleurs résultats est l'ostéotomie sous-trochantérienne des fémurs. Pratiquée pour la première fois, en 1892, par Kirmisson, elle est devenue une méthode classique chez les orthopédistes français. Dans les formes postérieures doubles en particulier avec bascule du bassin en avant et ensellure notable, avec aussi forte adduction des cuisses qui fait que le malade

marche en frottant les genoux, l'ostéotomie avec extension et abduction de fragment inférieur et production d'une crosse antérieure et interne donne d'excellents résultats : l'ensellure disparaît, l'écartement des cuisses est possible.

Schanz (de Dresde) lui découvre un autre avantage. Dans la luxation, la boiterie est produite par le fait que lorsque le membre luxé est portant, le bassin non maintenu solidaire du fémur par le moyen fessier dont les insertions de verticales sont devenues horizontales, tombe du côté opposé, et cette chute n'est arrêtée que lorsque la paroi du bassin vient au contact de la diaphyse fémorale. Si l'on pratique une ostéotomie sous-trochantérienne basse et qu'on fixe le fragment inférieur en abduction considérable, on crée en face de l'ischion un butoir osseux saillant qui réduira l'oscillation du bassin à presque rien.

Hahn rapporte 9 cas opérés ainsi, dont sept luxations bilatérales. Sur ces dernières, cinq fois le signe de Trendelenburg (inclinaison du tronc dans la station sur une seule jambe) n'existait pas, il n'y avait plus de boiterie.

MM. Nové-Josserand et Laroyenne ont appliqué la méthode dans un cas de coxalgie ancienne.

M. Frœlich fait justement remarquer que l'ostéotomie de Schanz ne diffère en rien de celle ds Kirmisson et que lui-même pratique, depuis 1903, dans les luxations congénitales irréductibles des ostéotomies sous-trochantérienne à butée pelvienne.

Lorenz (de Vienne) va plus loin : le membre luxé étant mis en flexion adduction, une ostéotomie sous-trochantérienne oblique est pratiquée à la hauteur du cotyle déshabité ; tandis qu'un aide maintient le fragment supérieur en adduction, le fragment inférieur est porté en forte abduction et poussé de bas en haut : il pénètre dans l'ancien cotyle. Un plâtre fixe le tout pendant quatre-vingt-dix jours. Lorsque la consolidation est obtenue, l'extrémité supérieure du fémur forme une sorte de fourche à deux dents, l'interne servant de point d'appui au bassin. De plus, pour marcher le malade diminue l'abduction, ce qui porte en dehors le grand trochanter (dent externe de la fourche) et remet en tension les pelvi-trochantériens.

Cette méthode de la « bifurcation » de Lorenz est applicable non seulement à la luxation congénitale, mais aux luxations acquises non réduites, aux pseudarthroses par fracture du col fémoral, par ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, enfin dans certains cas de coxalgie.

Le seul inconvénient de la méthode est de diminuer la hauteur du membre de 2 à 3 centimètres.

En février 1923, Lorenz avait pratiqué 60 fois cette opération. Ashley (de New-York) qui l'a pratiquée quatre fois s'en montre pleinement satisfait.

Récemment, MM. Dujarier et Hallopeau ont présenté à la Société de chirurgie, une malade atteinte de luxation congénitale de la hanche non réduite, ont effectué une opération ayant pour but de constituer dans la fosse iliaque externe, un point d'appui osseux. M. Dujarier a taillé dans cette fosse iliaque un volet osseux qu'il a rabattu horizontalement et par-dessus le volet appliqué deux greffes ostéopériostiques de Delagénière.

M. Hallopeau inséra dans un tunnel, créé dans l'os iliaque, une pièce d'os mort formant un arc à concavité inférieure. Chez les deux malades présentés, six mois après, on note une amélioration considérable des symptômes, et les butoirs osseux subsistent à la radiographie.

M. Mauclaire rappelle qu'il a présenté un cas analogue qu'il a traité par des greffes ostéo-périostiques et que Delagénière a publié un cas semblable.

Nous ferons remarquer que la technique suivie par M. Dujarier est celle indiquée dans le livre de chirurgie osseuse d'Albee, sauf l'emploi de greffes de Delagénière au lieu de greffons pris à la scie circulaire. La technique d'Albee a été suivie par Ellis Jones (Los Angeles) dans un cas de luxation paralytique irréductible de la hanche (*Journ. of orth. surg.*, avril 1920, p. 183). Dans ce cas, la radiographie pratiquée deux ans après l'opération, montre la persistance d'un toit osseux considérable.

Cf. — Résultats éloignés de la transposition dans les luxations congénitales irréductibles de la hanche. (HAINAUT. *Th. de Lyon*, 1923.)

De la résection de la tête fémorale dans la luxation congénitale de la hanche compliquée de douleurs ou d'attitudes vicieuses. (STÉFANOVITCH. *Th. de Lyon*, 1923.)

Contribution à l'étude de la luxation traumatique de la hanche chez l'enfant. (Prof. BARETTA. *Congres régional d'orthopédie*, Milan, 25 mars 1923, in *Archivio di orthopedia*, t. XXXVIII, fasc. 3, p. 591.) — Il s'agit d'une fillette de huit ans qui, en tombant avec la cuisse repliée sous elle en adduction, rotation interne, se luxe la hanche. Elle n'est amenée à l'hôpital que le quarantième jour. Après huit jours d'extension continue, réduction facile. Maintien en plâtre pendant cinquante jours, retour des fonctions articulaires.

La luxation traumatique de la hanche, très rare chez l'enfant, présente comme caractères particuliers, la facilité de la réduction même tardive, la reconstitution parfaite des fonctions, même après une longue immobilisation, caractères qui ne se retrouvent pas dans la luxation de l'adulte.

Poliomyélite.

La transplantation des muscles fléchisseurs du genou pour la paralysie du quadriceps. (P.-C. COLONNA. *Journ. of bone and joint surg.*, juil. 1923, vol. V, n° 3, p. 472, 480.) — Ce travail est basé sur les résultats de 101 cas opérés à l'Hospital for Ruptuered and Crippled de N.-Y., de 1915 à 1920, et l'auteur a pu examiner personnellement 23 de ces malades. La transplantation du biceps a été faite 78 fois, et celle des muscles de la patte d'oie 23 fois. Les résultats sont en général bons, les échecs rares. Sur les 23 cas examinés par l'auteur, 9 résultats excellents, 7 bons, 5 médiocres et 2 échecs. Dans ces 2 cas le demi-membraneux seul avait été transplanté, et il y avait une paralysie presque totale du membre. Naturellement toute déformation du membre doit être corrigée avant la transplantation, en particulier il est utile que le genou soit placé en légère hyperextension.

Rapport de la commission nommée pour l'association orthopédique américaine pour l'étude des opérations stabalisant le pied. (A. G. COOK, W.-G. STERN, Ed.-W. RYERSON. *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1923, p. 135.) — Cette commission nommée en 1920 a étudié dans les différentes cliniques américaines les résultats obtenus par les différents procédés opératoires, d'après 250 malades. Elle remit en 1921 un premier rapport que nous avons déjà analysé (voir *Gaz. des hôpit.*, 25-27 avril 1922, p. 509), qui s'occupait surtout de la conduite à tenir dans le pied ballant.

Priée de continuer ses recherches en envisageant surtout la conduite à tenir dans le pied tombant (pied ayant perdu le pouvoir de flexion dorsale), elle remet un second rapport.

Elle y résume tout d'abord ses conclusions pour le traitement du pied ballant.

Un pied rigide est supérieur à un pied ballant. Il ne doit pas être fixé en flexion dorsale (pied talus), mais en léger équin qui donne une boiterie moins grande et diminue le raccourcissement du membre.

Trois opérations sont à recommander : l'opération de R. Whitman (astragalectomie avec reposition du pied très en arrière), l'opération de Davis (section sous-cutanée de tous les liens entre l'astragale et le calcaneum, asthrodèse sous astragalienne plus reposition du pied très en arrière), l'opération de Hibbs qui n'est autre que la section transversale et horizontale de Davis ci-dessus, mais faite à ciel ouvert.

Les auteurs ne cachent pas leur préférence pour l'astragalectomie qui donne de très beaux résultats dans le pied calcaneus, calcaneovareus, le pied ballant avec ou sans adjonction de varus ou de valgus. La chute du pied peut nécessiter une résection dorsale cunéiforme complémentaire.

Pour les déviations latérales seules les auteurs condamnent les transplantations tendineuses conduisant à des récidives, et leur préfèrent les arthrodèses avec ou sans résection cunéiforme des os du tarse.

Puis arrivant à l'étude du pied tombant, objet de leur nouvelle enquête, ils étudient successivement sept modes de traitement :

1° L'arthrodèse tibiotarsienne échoue en général avant quatorze ans. Les arthrodésés se plaignent de fatigue au niveau de la médio-tarsienne, de difficulté de la marche en terrain accidenté, et pour se chausser;

2° Les ligaments de soie ne doivent pas être appliqués chez l'enfant à cause de la croissance; on peut les employer après quinze ans dans quelques cas choisis;

3° La fixation des tendons à l'os (ténodèse de Codivilla. Putti-Gallie) donne des résultats inconstants;

4° et 5° La commission rejette la suspension du pied par des lambeaux aponévrotiques, ou par l'excision large de la peau du dos du pied;

6° L'astragalectomie fixe le pied, mais c'est un bien gros sacrifice quand le pied n'est pas ballant;

7° La commission conclut qu'aucune intervention ne donne entièrement satisfaction dans ces cas, aussi lorsqu'un résultat satisfaisant sera atteint par l'emploi d'un appareil fixé à la chaussure (ressort, caoutchoucs), elle conseille de s'y tenir.

Le traitement du pied ballant par la triple arthrodèse péri-astragalienne. (Ar. STEINDLER. Discussion : M. HOKE, BRUCE GILL. *Journ. of bone and joint surg.*, avril 1923, vol. V, n° 2, p. 284-294.) — L'auteur expose cette méthode comme nouvelle... en Amérique. Son indication est le pied ballant, non déformé, avec des mouvements du genou, ou au moins de bons fléchisseurs du genou. L'ankylose doit être recherchée en léger équinisme ce qui favorise la stabilité du genou. Mais comme y insiste au cours de la discussion A. Bruce-Gill, c'est surtout le redressement forcé du genou et sa mise en hyperextension qui assurera de manière efficace cette stabilité.

Une opération pour la correction du pied équin paralytique. (WILLIS. C. CAMPBELL. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1923, vol. V, n° 4, p. 815.) — Après allongement par dédoublement du tendon d'Achille on arrive à redresser facilement l'équinisme, mais à cause de la déficience des muscles antérieurs la déformation a tendance à se reproduire. Pour maintenir le pied en bonne attitude on a préconisé en Amérique de nombreuses opérations portant sur la face antérieure du pied : suspension du pied à la jambe par ténodèse, ligaments de soie, ou de fascia latra. L'auteur avoue que ces moyens sont insuffisants et qu'il faut avoir recours à une opération osseuse. Celle qu'il propose est la suivante : constitution en arrière de l'astragale et du calcaneum avivés d'un butoir osseux. Il emploie pour le former les débris osseux provenant des interventions de redressement ou de fixation osseuse qu'on a le plus souvent à faire sur l'avant-pied : arthrodèses médio-tarsienne et sous-astragalienne. Ces débris osseux mis en pile dans la loge osseuse calcaneo-astragalienne se soudent par la suite entre eux et avec ces deux os, un ergot osseux monte du calcaneum derrière le tibia, et empêche la chute du pied. Le pied est maintenu en bonne position d'abord dans un plâtre, puis avec un appareillage fixé à la chaussure pendant plusieurs mois.

Campbell a employé cette méthode avec succès dans 24 cas. Une méthode analogue a été préconisée en France par Toupet (*Journ. de chir.*, t. XVI, n° 3, p. 268), qui pratiquait à la fois une arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne avec limitation des mouvements d'extension de la tibio-tarsienne, au moyen d'une cheville d'os mort enfoncée dans l'astragale, le calcaneum, le cuboïde. On laisse dépasser cette cheville au delà de l'astragale, de façon à former butée qui vient heurter le bord postérieur du tibia. Mais le greffon tendait à se résorber à la longue. Campbell affirme que tandis que les transplants d'os dense se résorbent chez l'enfant, il a vu par de multiples essais que l'os spongieux survit et prolifère.

Les arthrodèses du pied. (EDWIN W. RYERSON. *Journ. of bone and joint surg.*, juil. 1923, vol. V, n° 3, p. 453-471.) — Selon l'auteur si les déviations paralytiques du pied en calcaneus et en équin ont un traitement efficace, il n'en est pas de même des déviations latérales. Les transplantations tendineuses ont fait faillite dans ces cas. Si les résections cunéiformes larges ou la section horizontale du pied (opération de G. Davis) donnent de bons résultats c'est parce qu'elles entraînent l'ankylose des articulations médio-tarsiennes et sous-astragaliennes.

Pour remédier au varus, l'auteur propose une opération qu'il appelle l'arthrodèse latérale et qui consiste dans l'arthrodèse de la sous-astragalienne, de l'astragalo-cuboïdienne, et de l'articulation du cuboïde avec le Ve métatarsien. Il oppose cette opération à la double arthrodèse (médio-tarsienne et sous-astragalienne). Elle est suffisante à empêcher le varus de se reproduire tout en laissant un pied plus souple, elle est plus facile parce que les facettes articulaires du cuboïde sont planes et non excavées comme celles du scaphoïde, enfin la couche de cartilage, étant plus mince sur le cuboïde, elle peut être exécutée chez des enfants plus jeunes.

L'auteur discute aussi les indications de la triple arthrodèse et expose la technique de ces différentes opérations sur le pied.

La résection cunéiforme dorsale du pied pour l'équinisme des métatarsiens. (R. STEPHENS. *Journ. of bone and joint surg.*, juil. 1923, vol. V, n° 3, p. 485-489.) — Après l'opération de Whitman (astragalectomie et reposition postérieure du pied) pour pieds paralytiques divers, on voit assez souvent alors que l'arrière-pied est bien fixé, se produire une chute de l'avant-pied et surtout du Ier métatarsien. Sur 20 de ces malades l'auteur a pratiqué une résection cunéiforme dorsale du pied comprenant la base des métatarsiens et une portion du tarse antérieur. Résultat excellent dans 18 cas, incomplet dans 2,

La conservation des muscles dans les difformités paralytiques du pied. (PERCY W. ROBERTS. *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1923, p. 135.) — L'auteur insiste sur le fait que chez des sujets frappés de poliomyélite depuis de longues années le non fonctionnement d'un muscle ne signifie pas toujours qu'il est paralysé. Il montre par des exemples qu'avant de recourir à des opérations osseuses détruisant la fonction pour rétablir la stabilité il faut redresser le pied, mettre le muscle en état de fonctionner en raccourcissant son tendon, et en allongeant les tendons des muscles opposés et rétractés. On aura souvent la surprise de voir le muscle reprendre peu à peu son fonctionnement.

De son expérience P.-W. Roberts conclut qu'il est exceptionnel qu'un muscle soit complètement paralysé quand les muscles du même groupe innervés par les mêmes terminaisons nerveuses sont indemnes.

Le retard de croissance après la poliomyélite. (P.-W. NATHAN. *Journ. of bone and joint surg.*, avril 1923, vol. V, n° 2, p. 260-264.) — Dans la plupart des maladies infectieuses aiguës on observe un retard, habituellement temporaire de la croissance. Dans certains cas, de fièvre typhoïde par exemple, la croissance reste lente et l'individu reste peu développé. Il en est parfois de même dans la poliomyélite. Dans 2 cas de jumeaux qu'il a observés, où un seul avait été atteint, le retard de croissance fut considérable.

A côté de cette croissance générale de l'enfant, on sait que le membre paralysé présente souvent un arrêt de croissance. Cet arrêt n'est pas en rapport avec le nombre des muscles atteints. Il y a parfois un grand raccourcissement avec une paralysie peu étendue. Au contraire le raccourcissement est en relation directe avec l'importance des troubles vaso-moteurs.

Nathan montre qu'on observe des raccourcissements considérables en concordance avec la paralysie de certains groupes musculaires : le triceps sural avec ou sans le jambier postérieur.

Sur 120 cas observés en 1916 au Mount Sinaï Hosp., 15 avaient un raccourcissement de plus de $2^{cm}5$. Dans ces 15 cas le triceps sural était paralysé et 10 fois seul. Au contraire dans des cas où presque tout le membre était paralysé, mais le triceps intact, il n'y avait pas de raccourcissement.

La continuité des cloisons, aponévroses, ligaments et les opérations correctrices des difformités d'attitude des articulations du membre inférieur. (A. SERRA. *Archivio di ortopedia.* vol. XXXVIII, fasc. III, p. 527-553.) — L'auteur défend cette idée que les aponévroses d'un membre, les cloisons, gaines celluleuses, gaines vasculaires et nerveuses, ligaments articulaires, forment un seul tout. Que c'est bien plus la rétraction de cet ensemble, que celle des muscles et des tendons qui joue le rôle principal dans la fixité des positions vicieuses prolongées des membres. C'est parce qu'on ne s'adresse qu'aux sections des muscles et aux tendons pour

pratiquer les redressements de ces positions vicieuses que les récidives sont si fréquentes.

L'auteur fait suivre ces considérations générales d'une étude sur les fascias du membre inférieur et sur les rétractions qu'ils subissent dans la flexion-abduction de la hanche paralytique, la flexion-subluxation du genou paralytique, le pied équin direct paralytique, et le pied-équin-varus congénital. Il en déduit les opérations logiques à effectuer pour obtenir le redressement de ces déformations. Il décrit en détail ces interventions.

La marche sans appareil dans la paralysie complète du membre inférieur (méthode de Putti). [M. LANCE. *Le monde médical*, 15 nov. 1923, p. 724 à 732.] — Après avoir montré les inconvénients des divers moyens applicables dans ce cas : emploi des béquilles, amputation, arthrodèses du pied et du genou, appareillage après redressement, l'auteur expose en détail la méthode de Putti. Celle-ci comprend 3 temps : mise en hyperextension de la hanche, mise en hyperextension du genou, fixation du pied en équinisme. Il montre comment la stabilisation du membre inférieur est obtenue par l'obtention de cette attitude. Il montre la technique de ces différents temps opératoires. Il discute les indications de la méthode et les critiques qui lui ont été adressées et termine par l'exposé des résultats obtenus : dans la paralysie unilatérale complète du membre inférieur, on peut obtenir souvent la marche sans appareil toujours avec une canne, dans la paralysie totale des deux membres inférieurs la marche devient possible avec une ou deux cannes.

Cf. — Le signe de Babinski dans la poliomyélite. (A. LÉRI et G. BASCH. *La médecine*, févr. 1923).

Le traitement électrique de la paralysie infantile. (G. MURRAY LEVICK *Journ. of bone and joint surg.*, avril 1923, vol. V, n° 2, p. 295).

Traitement opératoire de la paralysie totale du membre inférieur. (M. OMBRÉDANNE. Société de pédiatrie, 16 oct. 1923 (voir *Gaz. des hôpit.*, 25 oct. 1923, n° 85, p. 1368).

A propos de 166 interventions pour déformations rachitiques. (E. SORREL et H. OBERTHUR. *Revue d'orthop.*, t. X, juillet 1923, n° 4, p. 303, 329.) — De cette importante étude, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Si dans la majorité des cas, l'ostéotomie transversale sus-condylienne (opération de Mac Ewen) suffit pour obtenir la correction des genu valgum rachitiques, il en est d'autres où elle ne suffit plus. Il faut alors recourir à l'ostéotomie sus-condylienne cunéiforme qui mérite d'occuper une place plus importante que celle qu'on lui accorde en général. Dans des cas très rares, mais très particuliers et très nets, l'ostéotomie verticale transcondylienne d'Ogston est indiquée.

2° Les déformations rachitiques du tibia (tiers moyen et tiers inférieur) sont le plus souvent complexes et une ostéotomie linéaire simple est incapable de les corriger suffisamment. Il faut recourir à une ostéotomie cunéiforme ou mieux à une ostéotomie modelante des extrémités.

3° Les résultats que l'on peut obtenir dans les déformations rachitiques multiples et très marquées des membres inférieurs par des interventions multiples, aussi sont suffisamment beaux, et le service ainsi rendu à ces véritables petits infirmes est suffisamment grand pour qu'on ait le droit et le devoir de les entreprendre malgré la longueur du traitement et la multiplicité des opérations.

4° Toutes ces opérations sont minutieuses et pour les mener à bien et obtenir le maximum de résultats, il semble avantageux d'être pourvu d'une instrumentation perfectionnée (outillage électrique et table radio-orthopédique).

Quelques précisions sur l'ostéotomie cunéiforme (dans les déviations des os longs). (F. M. CADENAT. *Revue d'orthop.*, janv. 1923, t. X, n° 1, p. 60, 77.)

Le redressement chirurgical des déviations des membres. (F. M. CADENAT. *Journ. de chir.*, mars 1923, t. XXI, n° 3, p. 273, 293.)

L'auteur démontre que pour pratiquer une ostéotomie cunéiforme correcte, il faut que le coin de correction soit égal à l'angle de déviation.

Si on attaque l'os dévié dans le plan même de sa déviation ou perpendiculairement à ce plan, il n'y a de correction à faire que dans un sens, la scie n'aura qu'une inclinaison.

Si l'os est attaqué dans tout autre plan, la correction devra être faite dans deux directionu, la scie prendra une double inclinaison.

On doit donc, sauf contre-indication formelle, chercher à opérer dans le plan de la déviation ou perpendiculairement à elle. Ce plan est indiqué à la radioscopie, parce que c'est celui dans lequel l'os semble en rectitude. Une radiographie faite à 90 degrés de cette position montre l'angle vrai de déviation maxima, permet de le calculer, ainsi que la largeur des faces osseuses au niveau de la future résection. On peut, avec ces données, construire un appareil dièdre-repère, représentant exactement le coin osseux à enlever. Après section approximative de l'os, on applique sur l'un des segments extériorisés, ce dièdre repère qui guide la scie pour une coupe absolument exacte du coin à enlever.

L'auteur a construit un compas double à quatre branches, orientées deux par deux dans des plans différents. Ce compas permet de régler facilement sur la radiographie l'orientation à donner aux sections osseuses.

Un davier porte-plaque à mors parallèles est placé après la première coupe sur le segment osseux extériorisé et c'est sur lui que, au moyen du compas de réglage, on place les plaques qui guident la scie dans la deuxième section du coin osseux.

Deux observations (genu valgum, ankylose du genou en flexion à angle droit), illustrent l'application de cette méthode précise et scientifique.

Sur certaines fractures de la rotule chez l'enfant. (P. HALLOPEAU. *La Méd. infant.*, 29e année, oct. 1923, n° 10, p. 268.) — La fracture de la rotule est extrêmement rare chez l'enfant. L'auteur en décrit deux cas qu'il a observés en 1920 et 1921, à l'hôpital Trousseau et en rapproche un troisième cas observé pai Madier et Banzet, en 1923, dans le service de M. Broca.

Deux de ces cas concernaient des fractures récentes, fractures indirectes par arrachement :

L'os s'est fracturé près de la pointe et le fragment inférieur a entraîné avec lui une coque fibro-cartilagineuse, tandis que le fragment supérieur dépouillé remontait. Le troisième cas, ancien, se présentait avec une double rotule; la rotule supérieure représentant le fragment supérieur, l'inférieure, l'ossification de cette coque, arrachée avec le fragment inférieur.

En raison de cette disposition spéciale de la fracture de la rotule de l'enfant, l'auteur conseille d'intervenir et de pratiquer le cerclage de la rotule.

Un symptôme de la luxation congénitale de la rotule. (A. LAVERMICCOCA. *Congrès interrégional d'orthopédie*, Milan, 25 mars 1923; in *Archivio di orthopedia*, vol. XXXVIII, fasc. 3, p. 596, 597.) — L'auteur montre que lorsque le sujet est à genoux, il se produit des mouvements involontaires alternatifs d'adduction et d'abduction du membre, résultant de l'équilibre instable dans lequel il est du fait de la position latérale du quadriceps. Après reposition de la rotule, le phénomène disparaît.

Absence congénitale du péroné, son traitement. (M. FRŒLICH. *Revue méd. de l'Est*, 15 janv. 1923, t. LI, n° 2, p. 60.) — A propos d'un cas de cette malformation, assez fréquente, l'auteur passe en revue le traitement de l'affection. Celui-ci peut être orthopédique : port de bottines spéciales ou d'appareils de prothèse ; il peut être chirurgical et varie alors selon que l'absence de péroné est partielle ou totale.

Dans l'absence totale, après ténotomies des péroniers et du tendon d'Achille, on peut pratiquer l'arthrodèse tibio-tarsienne. Mais le résultat est instable.

M. Frœlich a tenté de faire une malléole péronière avec un fragment du tibia opposé, mais il y a eu récidive après résorption du greffon; il préfère, dans ces cas, dédoubler la moitié inférieure du tibia en fourche, et insérer dedans l'astragale.

Dans l'absence partielle, l'auteur résèque toute l'extrémité inférieure du péroné et la transplante en bas et en avant sur le côté de l'astragale.

Les deux cas qu'il a ainsi opérés lui ont donné deux succès.

Remarques sur le traitement du pied bot varus équin congénital par les massages modelants. (MAJNONI D'INTIGNANO. *Revue d'orthop.*, sept. 1923, t. X, n° 5, p. 419, 440.) — On sait combien sont fréquentes les rechutes et récidives après redressement forcé du pied bot congénital. L'auteur les attribue à la persistance de la déviation de l'arrière-pied : tandis que l'avant-pied est porté en pronation, l'arrière-pied reste en supination. Ceci est dû principalement à une antéposition de l'astragale se traduisant à l'examen par une saillie anormale de la lèvre externe de la poulie astragalienne. L'auteur nous apprend par quelles manœuvres manuelles on peut arriver : 1° A mobiliser l'astragale dans la mortaise jambière ; 2° à le refouler en arrière.

C'est alors seulement qu'on voit la flexion dorsale du pied devenir possible, la mise en talus, sans qu'il soit nécessaire de sectionner le tendon d'Achille.

La radiographie de profil du pied, avant et après les manœuvres de redressement, montrent la subluxation antérieure de l'astragale par rapport aux os de la jambe et sa reposition.

Pied plat.

Formes anatomiques du pied plat. (M. NOVÉ-JOSSERAND. *Revue d'orthop.*, mars 1923, t. X, n° 2, p. 117, 136.)

Tarsalgie avec synostose calcanéo-scaphoïdienne. (DESGOUTTE et NOVÉ-JOSSERAND. *Soc. de chir. de Lyon*, 15 nov. 1923.)

D'après les constatations radiographiques, l'auteur distingue trois classes de pieds plats.

1° Le pied plat simple ou par affaissement d'origine statique, dans lequel la voûte plantaire est surbaissée et la radiographie de profil montre une bascule de la tête de l'astragale et du scaphoïde qui la coiffe vers la plante du pied, déplacement caractéristique.

2° Le pied plat congénital dans lequel l'effondrement de la voûte est tellement exagéré que la plante du pied est souvent convexe; la radiographie montre une bascule tellement grande de l'astragale qu'il est presque vertical.

3° La tarsalgie avec synostose calcanéo-scaphoïdienne. Cette malformation a été signalée depuis longtemps par les anatomistes. Elle est fréquente (1 p. 100 environ). Sloman a récemment montré (*Journ. of orthop. surg.*, nov. 1921) que dans quatre cas de pieds plats douloureux, il trouvait cette synostose. M. Nové-Josserand en apporte trois observations nouvelles. Dans ces cas, la voûte n'est pas surbaissée; on ne peut donc souscrire à l'opinion de Sloman qui attribue à la douleur, dans ces cas, une origine statique. M. Nové-Josserand croit qu'il s'agit de tarsalgie due aux mouvements supplémentaires des articulations du tarse rendus nécessaires par la soudure calcanéo-scaphoïdienne.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Traitement de la paralysie obstétricale du plexus brachial (50 observations). (S. W. BOORSTEIN. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1923, vol. V, n° 4, p. 778, 803.) — La paralysie obstétricale du plexus brachial a été l'objet en Amérique pendant ces dernières années de nombreux travaux. Elle semble, d'ailleurs, singulièrement plus fréquente que chez nous, puisque la dernière publication de J. Warren Sever faisait état de 800 observations personnelles, et A. S. Taylor n'en a guère moins traité. L'auteur s'excuse de n'apporter qu'une statistique personnelle de 50 cas.

Après avoir fait une revue rapide de l'étiologie, et des symptômes, il étudie longuement le traitement.

Les auteurs sont divisés à ce sujet : les uns partisans d'un traitement purement orthopédique se contentent de maintenir le membre supérieur dans un plâtre ou une valve de celluloïd en position d'hypercorrection (abduction extrême du bras, extension du coude, supination et rotation externe forcée de tout le membre), jusqu'à ce que la régénération nerveuse se soit faite spontanément ; d'autres (Taylor) opèrent de bonne heure, découvrant les racines arrachées et pratiquant leur suture.

L'auteur, après avoir pesé le pour et le contre de chaque méthode appuyé sur son expérience personnelle, arrive aux conclusions suivantes :

Le traitement orthopédique doit être entrepris dans tous les cas le plus tôt possible; s'il a été fait correctement et précocement, on peut espérer dans les cas légers, une guérison en trois ou quatre mois, six à sept mois dans les cas moyens.

On opérera si, au bout de quatre mois, aucune amélioration n'est observée; s'il y a amélioration, attendre encore quatre mois. Dans tous les cas, le membre sera maintenu en appareil huit à dix mois pour prévenir la rétraction des muscles non paralysés, la subluxation de l'épaule et les déformations osseuses.

Après l'opération de Taylor, le traitement orthopédique est indispensable pendant plusieurs mois.

Dans les cas âgés, non traités, on pratiquera à l'épaule, l'opération de Sever (ténotomie des pectoraux et sous-scapulaire); à l'avant-bras, la pronation, déformation très tenace, sera combattue par la ténotomie du rond pronateur ou sa transplantation pour le transformer en supinateur. Le traitement orthopédique est indiqué après ces opérations.

Traitement de la paralysie obstétricale radiculaire du plexus brachial. (M. MENCIÈRE [de Reims]. *XXXIIe Congrès de la Société française de chirurgie*, séance du 13 oct. 1923.) — Dans les cas anciens, l'auteur préconise une opération simple, d'exécution rapide : ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne qui permet de faire décrire un quart de cercle à l'avant-bras et de replacer la trochlée face en avant. L'auteur montre, par des photographies de malades, opérées depuis de longues années, l'une depuis vingt et un ans, que la fonction du membre est redevenue pratiquement normale.

Contribution à l'étude de la luxation de l'épaule chez les nouveau-nés. (G. ANNOVAZZI. *Archivio di orthopedia*, vol XXXVIII, fasc. 2, p. 363, 369.) — L'auteur a observé chez un enfant de vingt jours, venu par présentation du siège, une luxation antérieure de l'épaule avec fracture de la clavicule du même côté.

A propos de ce cas, il passe en revue tous les travaux parus antérieurement sur les différentes formes de luxations congénitales de l'épaule.

Résultat éloigné d'une transplantation nerveuse pour poliomyélite. (VAN NECK. *Soc. belge d'orthop.*, 20 janv. 1923; in *Arch. franco-belges de chir.*, 26e année, fév. 1923, n° 2, p. 184.) — Il s'agit d'un enfant atteint de poliomyélite à deux ans. A trois ans, elle présentait une paralysie complète du deltoïde gauche, parésie du biceps.

L'auteur implanta le bout périphérique d'un lambeau pris au médian, comportant à peu près un tiers du nerf, dans le nerf circonflexe. A quatre ans, la partie postérieure du deltoïde présentait des faisceaux volontairement contractiles; par contre, les muscles innervés par le médian donnaient des signes manifestes de parésie.

Actuellement l'enfant a douze ans : la partie postérieure du deltoïde se contracte énergiquement, permettant des mouvements étendus d'abduction, la partie antérieure du deltoïde est atrophiée et la tête humérale subluxée légèrement.

Atrophie de l'éminence thénar, perte de l'opposition du pouce, dégénérescence du grand palmaire et cubital antérieur. La paralysie partielle du médian est donc définitive. L'auteur se propose de faire une transplantation tendineuse pour remédier à la perte de l'opposition.

Cf. — Arthrodèse scapulo-humérale. (S. BUSINCO. *Archivio di orthopedia*, vol. XXXVIII, fasc. 2, p. 305.)

Considérations critiques sur la synostose radio-cubitale congénitale, et en particulier sur son traitement. (Al. GIBSON. *Journ. of bone and joint surg.*, avril 1923, vol. V, n° 2, p. 299, 304.) — Une revue complète des cas rapportés montre que lorsqu'on opère chez l'enfant, la récidive s'est toujours reproduite, qu'on ait enlevé seulement le pont osseux ou le pont plus la tête radiale. Chez l'adulte, l'opération n'a été pratiquée qu'une fois (Dawson), avec un résultat très incomplet.

L'auteur conseille une opération palliative : ostéotomie du radius pour transformer la supination dans laquelle sont fixés les deux os de l'avant-bras en demi-pronation, ce qui suffit à améliorer considérablement les fonctions du membre.

RACHIS

Mal de Pott.

Sur les altérations du squelette rachidien dans l'évolution physico-pasthologique de la spondylite tuberculeuse. (A. ALBANÈSE. *Arch. di ortop.*, vol. XXXVIII, fasc. III, p. 391 à 520, 31 fig. (travail du laboratoire du professeur della Vedova.) — Volumineux travail basé sur l'examen de 121 pièces anatomiques des universités de Milan, Florence, Prague, Berlin, Monaco, Breslavia, Gottingue, Halle, Iena, Francfort, Vienne.

L'auteur conclut : La guérison de la spondylite tuberculeuse peut se faire par soudure osseuse des débris somatiques avec les corps limitant le foyer, soudure partielle ou totale, étendue quelquefois aux pédoncules et apophyses transverses.

Dans d'autres cas il y a production de végétations ostéo-périostiques à la surface des corps malades, ou allant de ceux-ci aux corps voisins.

L'activité du processus de réparation somatique n'est pas en rapport avec la phase du processus de destruction : dans quelques cas on trouve un processus de soudure et persistance de foyers tuberculeux.

La création d'ostéophytes semble surtout avoir lieu dans les formes de carie superficielle des corps, par prolifération périostique autour des pertes de substance.

Cette soudure osseuse du rachis antérieur est accompagné dans la plupart des cas (61 sur 84) de modifications du rachis postérieur (ankylose des articulations intervertébrales des corps malades et parfois même des voisins, ankylose des lames entre elles, et souvent aussi des apophyses épineuses).

Cette guérison par soudure osseuse s'observe aussi chez les adultes.

Le rachis postérieur présente rarement de la périostite ossifiante, mais dans la majorité des cas une synostose de tout l'arc postérieur. Ce processus peut exister en dehors de toute soudure somatique, avant toute trace de réparation du foyer.

Dans la grande majorité des cas cette soudure des arcs postérieurs n'empêche pas la formation de la gibbosité, pas plus que la soudure intersomatique.

L'ankylose postérieure est déterminée par un facteur mécanique fonctionnel, l'adaptation du rachis aux nouvelles exigences statiques de sa position de cyphose, et aussi par l'irritation de voisinage du foyer tuberculeux. De toute manière, dans l'évolution de la spondylite tuberculeuse, l'ankylose postérieure doit être considérée comme un phénomène de réparation dont la valeur ne peut être négligée dans la direction du traitement.

Ce qui enlève la plus grande partie de sa valeur à ce travail, c'est qu'il est basé sur des pièces de musée dénuées de toute observation clinique, de radiographies en série.

Le seul renseignement clinique donné est que la plupart des cas dans lesquels on ne trouve aucune trace de réparation antérieure ou de soudure postérieure sont des cas de maux de Pott morts près du début de l'affection par méningite en généralisation.

Pour les autres nous n'avons aucune donnée sur la durée, l'époque d'apparition des soudures, la présence ou non de fistules, d'infection secondaire.

On sait en effet qu'à la suite de M. Ménard on admet aujourd'hui que la tuberculose ne produit pas de périostoses, en dehors des injections secondaires, les végétations ostéo-périostiques superficielles dont parle l'auteur sont dues à de l'ostéomyélite secondaire.

Nous ferons remarquer aussi que l'affirmation de la *guérison* par soudure osseuse du foyer somatique chez l'adulte est niée par certains auteurs (Calvé). Albanèse a constaté cette guérison sur plusieurs pièces. Mais comment parler de guérison sur une pièce d'autopsie?

Les conclusions de ce travail sont donc discutables faute du contrôle de l'histoire clinique des malades.

Sur la résistance mécanique du rachis. (A. ALBANÈSE. *Arch. di ortop.*, vol. XXXVIII, fasc. III, p. 391 à 421.) — C'est un travail expérimental fait à Rome dans le laboratoire du professeur della Vedova.

De ses recherches l'auteur conclut que chez l'homme si l'on enlève à un rachis normal un corps vertébral, il reste susceptible de résister à la flexion dans la limite de la résistance des apophyses épineuses. Cette résistance est évaluée à 50 kilogrammes en moyenne (40 kilogrammes pour le segment cervical, 55 pour le dorsal, 70 pour le lombaire). Quand la charge dépasse ces limites il se produit habituellement la fracture d'une apophyse épineuse du type fracture de flexion, dans le voisinage de la destruction somatique. Exceptionnellement on voit auparavant une luxation des articulations vertébrales postérieures ou un écrasement des processus articulaires.

Sur le chien si on enlève un corps vertébral et que l'on réunisse trois vertèbres par un lien inextensible, le rachis peut supporter environ 43 kilogrammes. Si on a réuni les apophyses épineuses par un greffon osseux mis six mois auparavant et intimement fusionné, après ablation d'un corps vertébral, le rachis ne peut supporter qu'un poids plus faible, 30 kilogrammes. Si on dépasse ce poids il se produit une fracture du greffon par flexion, à la hauteur de la partie moyenne de la perte de substance somatique.

L'auteur remarque que la réunion par un cordon de tissu conjonctif fibreux des apophyses épineuses donne au rachis postérieur une résistance supérieure à la greffe osseuse.

Ces résultats ne concordent pas avec ceux des expériences de Mme Galland (thèse de Paris 1920) que l'auteur semble ignorer. Mme Galland démontre que le greffon ne subit au niveau du foyer que des efforts d'élongation et non d'incurvation, celle-ci ne pouvant se produire qu'après élongation du greffon.

La greffe osseuse dans le mal de Pott. (M. IMBERT. *Marseille méd.*, 66e année, n° 6, 15 mars 1923, p. 295.) — M. Imbert est intervenu chez 11 pottiques adultes. Il a employé les greffes ostéo-périostiques de Delagenières placées dans les gouttières vertébrales dénudées. Tous les malades ont guéri. Sauf un cas qui présentait un vaste abcès, tous les opérés se sont levés au bout de trente-cinq à quarante jours, et la plupart sans corset. Il a pu revoir à longue échéance 5 de ces malades avec 1 résultat très bon (disparition d'un abcès froid), 2 bons, et 2 médiocres, mais il fait remarquer que tous, même les médiocres ont marché rapidement et ont pu reprendre au bout de quelques semaines une vie normale.

Il est donc partisan de l'intervention. Il en pose ainsi les indications : éliminer les malades trop faibles, les fistuleux abondants, surtout les fistules postérieures, les maux de Pott haut situés, les paraplégiques. Tous les autres cas sont justiciables de l'intervention.

Etude des ostéosynthèses du rachis d'après des spécimens d'autopsie et des cas soumis à une seconde opération. (A. DE FOREST-SMITH. *Journ. of bone and joint surg.*, juillet 1923, vol. V, n° 3, p. 507, 547.) — Ce travail repose sur l'examen de dix pièces d'autopsie sur 600 cas de mal de Pott, opérés par la méthode de Hibbs au New-York orthop. hosp., entre 1912 et 1922. L'opération avait été pratiquée de cinq semaines à trois ans auparavant sur des sujets âgés de dix-huit mois à trente-six ans.

L'auteur y ajoute les résultats de l'examen de dix malades soumis à une deuxième opération. Ces dix cas représentent les seuls cas réopérés sur 162 cas d'opérations pour mal de Pott et 59 pour scoliose.

Elles ont été pratiquées soit pour rechute, soit pour extension du foyer au delà des limites de la fusion osseuse.

Les conclusions du travail sont les suivantes : La fusion des arcs postérieurs est pratiquement obtenue dans tous les cas (1 échec sur 221 cas). Les échecs résultent d'erreur de technique ou de suppuration. La fusion s'obtient plus facilement et plus rapidement chez les enfants que chez les adultes. Les enfants sont les sujets les plus favorables pour l'opération.

Il est pratiquement impossible de voir par la radiographie si la fusion est obtenue ou non.

La région lombaire n'est pas plus difficile à ankyloser que les autres parties du rachis.

Ces conclusions, tant au sujet de l'ostéosynthèse du rachis chez les enfants que celle de la région lombaire, viennent à l'encontre de l'opinion, généralement admise jusqu'ici.

Etude anatomo-clinique d'une paraplégie en flexion au cours du mal de Pott. (A. DEVIC et J. DECHAUME. *Journ. de

méd. de Lyon, 5 sept. 1923, n° 88, p. 521.) — Les auteurs rapportent l'histoire clinique d'un mal de Pott cervico-dorsal qui présentait une paraplégie en flexion avec des mouvements spontanés dits d'automatisme médullaire.

L'autopsie montra deux foyers de pachyméningite externe tuberculeuse typique à la région cervicale moyenne et à la région dorsale inférieure. La moelle est le siège de lésions myéliniques diffuses, mais avec persistance de la plupart des cylindraxes. Il y a discordance entre les lésions de la myéline et celle des cylindraxes.

Les auteurs concluent qu'il s'agit bien du type de paraplégie cutanéo-réflexe de Babinski dans laquelle les lésions cordonnales sont le plus souvent minimes. Ils remarquent que si la valeur des réflexes de défense reste entière pour l'appréciation des limites inférieures d'une compression médullaire, leur étude ne permet pas de trancher le diagnostic entre une section complète et incomplète, entre une compression et une lésion intramédullaire.

Cf. — La gibbosité du mal de Pott. Son traitement préventif. (A. BROCA. *Journ. des praticiens*, 8 sept. 1923, n° 36, p. 577.)

Troubles nerveux du mal de Pott dorsal et dorso-lombaire. (A. BROCA. *Id.*, 22 sept., n° 38, p. 609.)

Modifications du liquide céphalo-rachidien dans le mal de Pott. (FORGUE et ROUX. *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et Languedoc méd.*, 5 janv. 1923.)

Réactions du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie d'origine pottique. (MONGUZZI et FORMARA. *Gazetta degli ospedali e della clinicha*, 7 janv, 1923, t. XLIV, n° 2.)

Sur la difficulté du diagnostic du mal de Pott du vieillard. (SALAGHI. *Chir. degli org. di movimento*, janv. 1923, vol. VII, fasc. 1, p. 57.)

Mal de Pott du vieillard. (VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON. *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, 17 nov. 1922.)

Mal de Pott du vieillard. Un nouveau cas. (VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON. *Id.*, 9 fév. 1923.)

Anomalies vertébrales prises pour un mal de Pott. (RŒDERER. *Soc. de chir. de Paris*, séance du 1er juin 1923; *Paris chir.*, t. XV, n° 10, p. 278.)

Deux cas de cyphose avec gibbosité par anomalies osseuses congénitales (M. LANCE. *Revue d'orthop.*, janv. 1923, t. X, n° 1, p. 55, 60.)

Cf. — Sur les opérations ankylosantes dans le mal de Pott.

Sur le traitement du mal de Pott. (DELLA VEDOVA: Rapport au XIIe Congrès de la Société italienne d'orthopédie, *Archivio di orthop.*, vol. XXXVIII, fasc. 2, p. 214 à 270.)

Considérations sur l'opération d'Albee pour la cure de la spondylite. (R. GALEAZZI. *Id.*, p. 270 à 278.)

Paraplégie immédiate et mort après opération d'Albee. (J. MO EAU. *Arch. franco-belges de chir.*, janv. 1923, p 85.)

Traitement chirurgical du mal de Pott. (BAUMANN. *Münch. med. Woch.*, 19 janv. 1923, t. LXX, n° 3, p. 81, 82.)

Les opérations de fixation du rachis dans le traitement du mal de Pott. (GIRDLESTONE. *Brit. Journ. of surg.*, janv. 1923, vol. X, n° 39, p. 372, 379.)

Sur la technique de la fixation opératoire de la colonne vertébrale dans la spondylite tuberculeuse. (E. KÖNIG. *Zentr. fur chir.*, 27 janv. 1923, t. L, n° 4, p. 119, 122.)

Greffe d'Albee dans le mal de Pott. (MOREAU. Discussion : Marique, Delchef, Lambotte, Martin. *Soc. belge d'orthop.*, 20 oct. 1923; in *Arch. franco-belges de chir.*, 26e année, oct. 1923, n° 10, p. 990.)

Actinomycose et blastomycose du rachis. (Charles A. PARKER. [de Chicago]. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1923, vol. V, n° 4, p. 759.) — Il s'agit de lésions très rares : L'auteur, dans toute la littérature, n'a trouvé que sept cas d'actinomycose du rachis, sept cas de blastomycose, et un cas d'oïdomycose. Il rapporte ces observations et y ajoute deux nouvelles observations d'actinomycose du rachis et une de blastomycose. Ces cas ne sont donc pas si rares qu'on pourrait penser d'abord, car la plupart des auteurs qui en ont rapporté en ont vu deux ou trois cas. Il faut y penser. La blastomycose du rachis paraît particulièrement fréquente par rapport au nombre des cas de blastomycose, puisque sur 29 cas de Stober, le rachis était atteint six fois. La localisation rachidienne paraît bien plus rare dans l'actinomycose (9 fois sur 421 cas de Inich, soit 2 p. 100).

Cliniquement, ces cas sont toujours pris pour des maux de Pott. Ils évoluent comme un mal de Pott sans signes rachidiens avec des signes nerveux (douleurs vives, quelquefois paralysies), des abcès qui se fistulisent rapidement. Il n'y a pas production de gibbosité, sauf deux cas de blastomycose où se produisit une cyphose limitée. Le diagnostic est une découverte d'autopsie dans presque tous les cas.

Cependant, ce diagnostic est possible cliniquement. En effet, les radiographies de pièces que donne l'auteur fournissent un aspect bien différent d'un mal de Pott : Conservation de la forme des corps vertébraux et des disques, taches claires dans plusieurs de ces corpe vertébraux, érosions même à la face antérieure du corps vertébral.

La maladie évolue plus rapidement qu'un mal de Pott, les abcès se fistulisent très vite.

Si le malade est porteur d'un autre foyer d'actinomycose ou de blastomycose (dans beaucoup de cas, il y avait un foyer pulmonaire adjacent de blastomycose), le diagnostic sera facilité. Sinon, les particularités de la radiographie doivent pousser à faire un examen histologique des tissus ramenés par un curettage des fistules; les réactions sérologiques peuvent aussi aider au diagnostic. Celui-ci est important, car tous les cas rapportés plus haut, sauf un, sont des examens d'autopsie. Si le diagnostic avait été fait et la médication iodurée instituée, il eût peut-être été possible de sauver la plupart de ces malades.

La cyphose tétanique. (Th WILHELM. *Journ. de chir.*, oct. 1923, t. XXII, n° 4, p. 293, 312) — Au cours de tétanos précoce chez les sujets jeunes, du tétanos tardif chez les sujets âgés, on peut voir se produire une cyphose angulaire qui porte toujours au même endroit, entre la IVe à VIIe dorsale. La radiographie montre un écrasement de deux ou trois corps vertébraux.

L'auteur qui a réuni neuf observations et apporte deux cas nouveaux, pense que cette fracture par tassement au cours de la crise tétanique ne peut se produire que s'il y a une diminution de résistance des corps vertébraux, due à des troubles circulatoires concomitants.

Une tentative de cure radicale de la spondylose rhizomélique. Etude de l'affection. (PEUGNIEZ *Arch. franco-belges de chir.*, août 1923, t. XXVI, n° 8, p. 720, 743.) — L'auteur donne une description complète de l'affection. Il expose les tentatives de mobilisation manuelle ou opératoire faites antérieurement. Il rapporte un cas personnel dans lequel une ostéotomie sous-trochantérienne avec interposition musculaire d'un côté, sans interposition de l'autre a permis de redonner une certaine étendue de mouvements aux membres inférieurs et rendre la marche et la station assise possibles.

SACRALISATION DE LA Ve VERTÈBRE LOMBAIRE

Sacralisation et pseudo-sacralisation de la Ve vertèbre lombaire. (G. BENASSI. *La chirurgia degli org. di movimento.* janv. 1923, vol. VII, fasc. 1, p. 1-64.) — Dans cette longue étude l'auteur commence par montrer que l'on est porté à exagérer considérablement la fréquence de la sacralisation si on étudie les radiographies de malades venus parce qu'ils souffraient de la région lombaire, c'est le cas de Léri qui trouve plus de 50 p. 100 de sacralisations, alors que si l'on prend des radiographies de sujets normaux on la trouve 29 feis sur 1.200 cas, à peine 2,5 p. 100 des cas (Rossi) ou moins de 4 p. 100 (Albanèse). L'auteur sur 72 radios faites pour des traumatismes de la région (accidents du travail) trouve 25 cas d'hypertrophie uni ou bilatérale des apophyses et seulement 2 sacralisations vraies.

L'auteur montre les erreurs d'interprétation radiographique dues aux superpositions d'ombre dans le cas de sacrum très incliné (sexe, race, individus), ce qu'on voit souvent à cause de la contraction en flexion due à la douleur. Il montre que, s'il y a réellement contact osseux entre l'apophyse transverse et l'ilium ou le sacrum, on voit nettement une facette aplatie sur l'apophyse au niveau du contact.

Il étudie ensuite les fausses sacralisations : ossifications ligamenteuses infectieuses, du rhumatisme chronique, les fractures méconnues des apophyses transverses. Il expose les caractéristiques du syndrome douloureux, syndrome non de compression, mais d'irritation légère, de névralgie sans névrite.

Du fait qu'il existe beaucoup de sacralisation sans symptômes, l'auteur conclut à la nécessité pour les déterminer d'un facteur surajouté. Il croit qu'il s'agit presque toujours de traumatismes, surtout des traumatismes légers, mais souvent répétés, des traumatismes professionnels. Il montre que ceci a une grosse importance dans le cas de douleurs survenant à la suite d'accident du travail.

Deux observations de sacralisation douloureuse chez l'enfant. (M. Lance. *Soc. de pédiat. de Paris*, séance du 20 fév., n° 1-2, fév. 1923.) — L'auteur a observé chez deux fillettes de onze et quatorze ans et demi amenées l'une pour scoliose, l'autre pour mal de Pott, des symptômes douloureux, violents. La radiographie montre dans les deux cas une sacralisation complète de la Ve lombaire. Dans le premier cas les douleurs disparurent spontanément au bout de deux ans; dans le deuxième elles cédèrent à une injection de lipiodol, faite dans le trou lombo-sacré au contact de la Ve paire lombaire.

L'auteur montre que la sacralisation varie, affection congénitale est forcément aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, mais passe inaperçue parce qu'elle n'est pas douloureuse. En effet, la fusion osseuse de la vertèbre sacralisée avec le sacrum ne commence qu'après huit ans et les signes douloureux ne débutent, vers l'adolescence, que lorsque la fusion est déjà avancée.

Anomalies de l'apophyse transverse de la Ve vertèbre lombaire associées avec les douleurs sciatiques. (B. H. Moore. *Journ. of bone and joint surg.*, avril 1923, vol. V, n° 2, p. 212 à 225.) — L'auteur rapporte 9 observations de sacralisations avec douleurs de type névralgie sciatique.

Dans 7 cas on a opéré : 6 fois il a pratiqué l'ablation de l'apophyse transverse, en enlevant pour l'aborder plus facilement l'extrémité postérieure de la crête iliaque, dans le 7e cas il s'est contenté de cette partie de l'opération, plus facile, dans l'espoir que cela suffirait à supprimer le contact transverso-iliaque.

Ces opérations lui ont permis de constater dans plusieurs cas le contact de l'apophyse transverse avec l'os iliaque, contact que la radiographie ne montrait pas.

Dans 5 cas la disparition de la sciatique s'est faite entre le quatrième et cinquième jour, dans les autres cas entre le dixième et quatorzième jour après l'opération. La scoliose quand elle existait, s'améliorait plus lentement pour disparaître au bout de deux à trois mois.

Le rapport des lésions des apophyses transverses aux douleurs du dos et des membres inférieurs. (G.-I. Bauman. *Journ. of bone and joint surg.*, juil. 1923, vol. V, n° 3, p. 579-589.) — A côté des douleurs attribuables à la sacralisation, certains auteurs américains signalent les douleurs névralgiques qui peuvent résulter de lésions diverses des apophyses transverses des vertèbres lombaires parmi lesquelles des fractures méconnues. G.-G. Davis en 1921 (*Journ. of surg. Gyn. and Obst.* t. XXXIII, p. 27) rapporte dix de ces fractures dans lesquelles il est intervenu : l'ablation de l'apophyse a été suivie de guérison.

Bauman, en huit mois, dans deux hôpitaux de Cleveland a vu 20 malades présentant des douleurs datant de trois semaines à six ans en rapport avec des lésions des apophyses transverses lombaires; 16 fois il y avait eu au début un traumatisme plus ou moins violent, le plus souvent indirect (effort violent, torsion du dos). En plus des douleurs de la région lombaire la plupart présentaient des douleurs dans l'aine, les fesses, cuisses ou jambes. Pour Bauman, le signe révélateur est la présence d'une douleur violente, avec souvent irradiation dans le membre inférieur, à la pression profonde sur un point limité correspondant au sommet de l'apophyse. Il fait remarquer que par suite de la longueur anormale de cette apophyse ce point peut être situé à 8 ou 10 centimètres de la ligne médiane.

Dans ces cas la radiographie a montré 6 fois des anomalies de forme ou longueur des apophyses transverses, 1 fois une nécrose partielle (ostéite tuberculeuse), 2 fois une fracture partielle.

Deux des malades n'étaient pas encore opérés quand l'auteur écrivit son article. Les 18 autres furent opérés selon une technique qu'il discute, on trouva 5 fois des fractures d'une ou plusieurs apophyses (3 fois la radiographie n'avait rien montré), 3 fois des sacralisations plus ou moins complètes, 1 fois une apophyse transverse trop longue, une ostéite tuberculeuse, 1 fois une bande fibreuse comprimant la Ve racine lombaire, 6 fois aucune lésion n'est indiquée.

Dans 11 cas la résection a porté sur une autre vertèbre que la Ve lombaire, 4 fois elle a porté à la fois sur la Ve et IVe lombaire.

Les résultats ont été très bons : 6 améliorations progressives nettes des douleurs, 12 fois leur disparition complète permettant la reprise du travail.

La sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire. Etude critique (Eric Meynadier. *Th. de Paris*, 1923, Amédée Legrand, éditeur.) — Cette thèse contient les observations des opérations pratiquées par M. Mauclaire.

Cf. — Lombarisation douloureuse de la Ire sacrée. (A. Léri et Luton. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 fév. 1923).

Diagnostic des lésions des apophyses transverses de la Ve vertèbre lombaire et de son ablation. (J. Torrance Rugh. *Journ. of bone and joint surg.*, avril 1923, t. V, n° 2, p. 235.)

Cf. — Scoliose.

Scoliose congénitale compliquée de paraplégie. (S. Kleinberg. *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1923, vol. V, n° 1, p. 104).

Le traitement gymnastique de la scoliose. (Ledent. *Le Scalpel*, 24 mars 1923, n° 12).

Résultats du traitement dans les scolioses graves. (M. Lance. *Soc. de pédiat.*, 15 mai 1923. Bull. et Mém. nos 5, 6 et 7, juil. 1923, p. 182-187. Analyse in *Gaz. des hôpit.*, 31 mai 1923, n° 43, p. 691).

Spina bifida occulta.

Intervention chirurgicale dans un cas de spina bifida occulta. (E. Hoelen. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*, 20 janv. 1923, t. LXVII, n° 3, p. 252-59.) — Cas de pied bot varus équin guéri par l'intervention.

Spina bifida occulta cervical. (A. Léri. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1923.) — Révélé exclusivement par la radiographie; troubles sensitifs et moteurs importants apparus seulement depuis l'âge de quarante ans.

VIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. Paris, 12 octobre 1923. (Voir Compte Rendu in *Gaz. des hôpit.*, n° 86, 27 oct. 1923, p. 1377-1380.) — I. Le pied creux.

II. Les kystes des os (kystes hydatiques exceptés).

III. L'élévation congénitale de l'omoplate.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1924)

M. Chauffard, président sortant, et M. Doléris, président pour l'année 1924, prononcent les discours d'usage.

L'inspection médicale des écoles. — MM. Loir et Legangneux font une communication relative aux écoles communales et maternelles. Ils ont remarqué qu'un grand nombre d'enfants avaient une mauvaise attitude et une conformation anatomique de la poitrine ou de la colonne vertébrale plus ou moins défectueuse. Ils ont reconnu aussi fréquemment chez ces enfants des signes de rachitisme thoracique. Ils font observer que, dans les classes primaires, le mobilier scolaire n'est pas toujours en rapport avec la taille de l'enfant, d'où il

s'ensuit une mauvaise attitude en écrivant. L'enfant, en outre, a une serviette souvent trop lourde pour lui, obligé qu'il est de porter à l'aller et au retour ses livres de classe et parfois même son repas. Les vêtements sont trop fréquemment ou trop justes, ou trop étroits; ils compriment alors la poitrine, diminuent les mouvements respiratoires et empêchent le redressement du corps. Pour ces auteurs, le port des bretelles est très mauvais, car il pèse sur les épaules et atrophie les muscles pectoraux. Ils préconisent la suppression des bretelles chez les enfants et du corset rigide chez les fillettes. Les auteurs insistent sur l'urgence qu'il y a à faire l'éducation des enfants en vue de porter remède à ces malformations et à ces causes de mauvais développement du corps qui préparent le terrain à la tuberculose. Mais ils ajoutent que la leçon n'est profitable que si on la fait aux parents eux-mêmes.

Cent trente opérations sur l'estomac pour lésions ulcéreuses. — MM. Pauchet et Hirschberg ont examiné au point de vue anatomo-pathologique toute la série des pièces ainsi enlevées. Sur le total de 130, il y avait 71 ulcères simples, 9 ulcéro-cancers et 50 cancers. Les auteurs attirent l'attention sur ce fait que presque tous les malades souffraient surtout de phénomènes dyspeptiques hyperchlorhydriques depuis cinq à vingt ans. Ils font ressortir le nombre de cas où il y avait déjà un début de transformation de l'ulcère en cancer et étudient en détail les caractéristiques des lésions nettement cancéreuses qu'ils ont relevées.

Question de physiologie. — M. Bourguignon fait une communication sur la synergie fonctionnelle et la chronaxie en physiologie et en pathologie humaines.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUBERCULOSE DU CÆCUM [1]

II. **Tuberculose caséeuse.** — Contrairement à la précédente, elle atteindra assez souvent des tuberculeux pulmonaires avancés.

Début. — Les signes digestifs existent ici beaucoup plus nets ; diarrhée fréquente. Le melæna est presque constant, mais souvent il s'agit d'hémorragies occultes qu'il faudra examiner au microscope ou par les colorations habituelles.

Etat. — *Signes fonctionnels* : augmentent, la diarrhée peut survenir sous forme de débâcle, puis faire place à la constipation.

Examen. — Inspection. — Tumeur peu visible.

Palpation. — Tumeur sans contour net. La masse coulée dans la fosse par places. Légère douleur à la pression profonde.

Percussion. — Zones sonores et mates alternées.

Toucher. — On perçoit la tumeur par cette voie, mais on trouvera souvent des lésions pelviennes de péritonite tuberculeuse.

Etat général. — Au contraire du précédent, il restera rarement florissant.

Pâleur, amaigrissement, température vespérale.

Evolution. — La marche vers l'ouverture est la règle. Celle-ci peut se faire de façons très diverses : le plus souvent, c'est à la peau que se fera jour le pus tuberculeux ; en un point, sensation de mollesse particulière, puis suppuration superficielle devient évidente. La peau s'amincit, rougit et enfin donne passage à des produits caséeux et à du pus d'odeur souvent infecte à cause de l'association avec les formes intestinales.

Souvent, d'ailleurs, les matières passeront aussi par cet orifice. Ainsi, se constitue une fistule, sans aucune tendance à la fermeture : fistule pyo-stercorale.

Mais l'ouverture peut se faire encore dans le bassin : dans un organe creux quelconque : vagin, vessie, rectum.

Signaler de plus la fistulisation d'anses intestinales à cæcum qui, lorsqu'elles réunissent une anse haut située du cæcum, donneront une diarrhée suivant immédiatement le repas : lientérie.

A cette période, l'état général est encore peu atteint. Dénutrition progressive. On peut observer la dégénérescence amyloïde des viscères.

La mort surviendra par généralisation tuberculeuse.

Le pronostic de cette forme est grave, même avec intervention précoce.

III. **Tuberculose ulcéreuse simple.** — Les *signes fonctionnels* et la marche de l'affection sont identiques à ceux de la précédente. Il existe cependant une douleur plus nette, en général.

A l'*examen physique*, on ne trouvera rien.

IV. **Tuberculose sténosante du cæcum.** — Syndrome d'obstruction identique à celui du grêle. Les signes physiques sont ceux de la forme hypertrophique.

Diagnostic. — Au début : impossible.

Dans les formes sans tumeur : ne sera jamais fait.

A. **S'il existe une tumeur dans la fosse iliaque,** il faut éliminer :

a. Les *tumeurs siégeant dans la paroi postérieure de la fosse iliaque* : ce sont essentiellement les abcès froids du mal de Pott qui peuvent exister comme seul signe attirant l'attention.

Mais un examen méthodique permettra de reconnaître la lésion vertébrale : la consistance est molle, la fluctuation profonde peut être perçue.

b. Les *tumeurs de la région lombaire*, en particulier les gros reins ptosés. Cependant cette tumeur donnera le contact lombaire et s'accompagnera toujours de quelques signes urinaires qui permettront de la reconnaître. L'insufflation du côlon, les rayons X, le cathétérisme uretéral feront le diagnostic.

c. Les *tumeurs ganglionnaires* : les ganglions iliaques peuvent être atteints seuls d'une hypertrophie assez considérable pour simuler un gros cæcum : le diagnostic sera alors à peu près impossible.

d. Les *péritonites tuberculeuses* localisées, sans lésion intestinale.

B. **Il s'agit d'une affection du cæcum ou de l'appendice, quelle est-elle ?**

1° L'*appendicite chronique* : l'histoire ne permet guère, en l'absence de crise aiguë, d'affirmer le diagnostic. Mais la masse réalisée par l'appendicite chronique n'est jamais aussi considérable : de plus elle a tendance à diminuer progressivement tandis que la tuberculose augmente ou reste stationnaire.

2° *Cæcum dilaté dans la stase intestinale chronique* : le cæcum est mou, sonore, mobile. La radioscopie permet de montrer sa distention et la stagnation du bismuth ingéré.

3° *Cancer du cæcum* : affection assez rare, frappant des sujets plus âgés que la tuberculose. Pas de troubles fonctionnels. Pas d'occlusion. La tumeur est souvent moins volumineuse que la masse tuberculeuse. En général, elle conserve une très grande mobilité, plus grande même que celle de la tuberculose hypertrophique.

4° *Actinomycose iléocæcale* : c'est l'affection qui simulera au maximum la tuberculose, mais elle est de beaucoup plus rare.

Diagnostic de la forme de tuberculose : facile en général.

Traitement. — Avant tout, chirurgical.

Sera employé chaque fois que possible (contre-indiqué par lésions disséminées du grêle, par état pulmonaire.....)

a. Traitement curatif : extirpation en un temps de la masse cæcale. Après la résection du cæcum et de la portion terminale du grêle, anastomose iléo-transverse.

b. Traitement palliatif : si l'extirpation est impossible (adhérences, fistules), on fera une anastomose :

— soit simple iléo-sigmoïdostomie (tuberculose non fistuleuse),

— soit anastomose avec exclusion (fistules).

Quelquefois ce traitement palliatif ne sera qu'un premier temps et on pourra dans un deuxième temps faire l'extirpation du cæcum, au bout d'un temps plus ou moins long.

Bibliographie. — *Pathologie chirurgicale*, t. III.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 1, p. 14.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOMMAGE AU PROFESSEUR MÉNÉTRIER. — Les élèves et les amis de M. le professeur Ménétrier se sont réunis dimanche à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le professeur Gilbert pour remettre au maître une médaille du graveur G. Prudhomme.

Des discours émus furent prononcés par MM. les professeurs Gilbert et Roger qui rappelèrent les souvenirs de leurs années d'études à côté du professeur Ménétrier.

M. Balzer, le doyen des maîtres de l'hôpital Saint-Louis qui eut M. Ménétrier pour interne il y a quarante ans, exprima son admiration pour l'œuvre scientifique considérable de son ancien élève.

Puis M. de Massary au nom de la Société médicale des hôpitaux, M. Hervé au nom de la Société d'histoire de la médecine, M. Barbillon au nom des camarades de jeunesse du maître, M. Monthus au nom de ses anciens internes, le Secrétaire général de l'Assistance publique vinrent dire leur respect et leur affection pour le maître dont le caractère et la vie toute de labeur resteront un grand exemple.

Cette cérémonie, dont le caractère d'intimité convenait à sa modestie, se termina par une allocution du professeur Ménétrier qui remercia en termes émus ses maîtres, ses élèves et ses amis.

Le **SOUVENIR OFFERT AU PROFESSEUR MERKLEN**, par ses élèves et amis, lui sera remis le dimanche 20 janvier, à 10 h. 1/2 très précises du matin, hôpital Tenon, rue de Chine, amphithéâtre des cours.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination de cinq internes titulaires et de plusieurs internes provisoires s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph, le 14 février 1924.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. l'administrateur délégué à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse (XIVe), avant le 1er février 1924.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Troupes coloniales.) *Au grade de chevalier.* — Médecin-major de 2e classe Bidon : « Médecin d'une conscience professionnelle éprouvée. A été très grièvement blessé le 11 octobre 1918 au Tafilalet, en se portant sur la ligne de feu pour soigner et évacuer les blessés. Croix de guerre. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le garde des sceaux a conféré la médaille de la Fidélité française à M. le docteur Eck, à Riedisheim, et à M. le docteur Huter, à Strasbourg.

GUERRE. — Sont nommés dans le corps de santé militaire de l'armée active :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire Defaye, Coffiney, Guérin, Culty, Wagner et Dreyfuss.

MARINE. — Les élèves du Service de santé de la marine dont les noms suivent sont nommés à l'emploi de médecin de 3e classe auxiliaire :

MM. Godal, Quérangal des Essarts, Briand, Menjaud, Lefort, Guermeur, Gilbert, Aubry, Barbin, Kervarec, Etienne, Reginensi, Bonnet, Marchessaux, Gallacy, Michelot, Rosenstiel.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Dans sa dernière séance, la Société a renouvelé son bureau qui est ainsi constitué : président, M. le professeur Ménétrier; vice-présidents, M. Laignel-Lavastine et le médecin inspecteur général Sieur; secrétaire général, M. Marcel Fosseyeux.

UNE CONSULTATION AU SUJET DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — La réforme des études médicales semble devoir s'imposer à bref délai. Dès maintenant c'est une question qui est l'objet des vives préoccupations des professeurs et des étudiants.

L'*Association corporative des étudiants en médecine* vient à ce propos d'adresser à tous les maîtres de la Faculté et des hôpitaux un questionnaire fort bien fait pour servir de guide à la commission qui sera chargée, un jour prochain, d'étudier la réforme.

Le questionnaire, que nous ne pouvons malheureusement reproduire in extenso, passe en revue les points suivants :

Le niveau des études avec le nouveau régime.

La question du stage, son extension, la répartition des stagiaires.

Le développement de l'étude des spécialités qui se fait, semble-t-il, aux dépens de l'étude de la médecine et de la chirurgie générales.

Le régime des examens très rapprochés et à date fixe qui fait regretter l'ancien régime où les candidats se présentaient en somme quand ils étaient prêts.

A la fin du questionnaire, la Corporative émet le vœu que la prochaine Commission de réforme des études médicales soit composée de professeurs, de représentants de l'Administration, de délégués des médecins des hôpitaux, de délégnés de l'Union des syndicats médicaux de France et de délégués des étudiants en médecine.

Notons que, lors de la dernière réforme, les praticiens qui faisaient partie de la Commision avaient été désignés non par leurs pairs mais par le ministre de l'Instruction publique. Ce fut évidemment une erreur.

STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Le *Journal officiel* du 5 janvier publie la liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1924.

SOCIÉTÉ D'ENCOURAGEMENT POUR L'INDUSTRIE NATIONALE (44, rue de Rennes, Paris VIe). — Le samedi 12 janvier 1924, à 17 heures, notre confrère le docteur Victor Gardette, directeur de la *Presse thermale et climatique*, parlera de « l'organisation du tourisme et du thermalisme en France ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Lazard (d'Asnières) et Maximo Castro, chirurgien à Buenos-Ayres, décédé à Paris.

CORRESPONDANCE

LES MÉDECINS ET LA CRISE DU LOGEMENT

Mon cher confrère,

La *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro du 21 décembre, p. 1663, sous la signature de Me Ribadeau Dumas, a donné un compte rendu de la Réunion médicale qui s'est tenue à la mairie du IXe arrondissement, le 7 décembre 1923, sous la présidence d'un député de Paris, M. Edouard Ignace, président de la Commission de législation civile de la Chambre des Députés.

A l'issue de la conférence, l'assemblée a voté à l'unanimité le vœu suivant : « Considérant que par suite de la crise du logement et de la volonté persistante des propriétaires de refuser de louer à des médecins, la population parisienne est exposée à ne plus avoir de médecins en quantité suffisante, etc.... »

Ce cri d'alarme est-il fondé? Les propriétaires parisiens refusent-ils réellement de louer à des médecins? Un nouveau docteur ne peut-il plus s'installer à Paris à cause de ce qu'on appelle la crise du logement et de la mauvaise volonté persistante des propriétaires? La population parisienne n'aura-t-elle plus de médecins en quantité suffisante et va-t-elle être exposée de ce fait aux pires fléaux?

Entrons dans la réalité et voyons les faits.

D'après le Journal de l'*Association Médicale Mutuelle*, n° 7, juillet 1923, cent quarante-quatre (144) médecins nouveaux se sont installés à Paris depuis le mois d'août 1922 et se trouvent répartis dans les différents arrondissements de la façon suivante : 3 dans le Ier, 1 dans le IIe, 4 dans le IIIe, 4 dans le IVe, 14 dans le Ve, 15 dans le VIe, 5 dans le VIIe, 16 dans le VIIIe, 11 dans le IXe, 6 dans le Xe, 7 dans le XIe, 2 dans le XIIe, 10 dans le XIVe, 9 dans le XVe, 13 dans le XVIe, 16 dans le XVIIe, 7 dans le XVIIIe, 1 dans le XIXe. En tout, 144!

Ce nombre est-il inférieur ou supérieur à celui des années qui ont précédé la guerre?

D'après le *Guide Rosenwald*, si bien tenu à jour par le docteur J. Rosenwald, voici le nombre des médecins établis à Paris depuis l'année de l'Exposition Universelle :

1900.	2.990 médecins.			
1901.	3.101	—	Augmentation annuelle	111
1902.	3.235	—	—	136
1903.	3.342	—	—	107
1904.	3.410	—	—	68
1905.	3.558	—	—	148
1906.	3.700	—	—	142
1907.	3.815	—	—	115
1908.	3.901	—	—	86
1909.	4.048	—	—	147
1910.	4.165	—	—	117
1911.	4.233	—	—	68
1912.	4.348	—	—	115
1913.	4.335	—	Diminution annuelle	13
1914.	4.443	—	Augmentation annuelle	108
1922.	3.930	—	Diminution depuis 1914	487
1923.	4.139	—	Augmentation annuelle	209

De 1900 à 1914, l'accroissement annuel du nombre des médecins parisiens a été assez variable; en 1904 et en 1911, il a été de 68; en 1909, de 147; en 1905, de 148; en 1913, l'accroissement a été négatif, il y avait 13 médecins de moins qu'en 1912 et cela sans crise de logement. Durant 14 années, 1.449 médecins se sont installés à Paris, soit une moyenne de 103 par année, tandis que, depuis août 1922 à juillet 1923, nous avons 144 *nouveaux* médecins, soit 41 de plus que la moyenne annuelle des 14 années qui ont précédé la guerre!

Tels sont les documents que le Législateur doit prendre en considération afin de ne pas se départir de l'esprit de justice qui doit le caractériser.

Recevez, etc., Dr JEAN-MARIE LE GOFF.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES MESURES D'HYGIÈNE A PRENDRE A LA SUITE DES INONDATIONS

M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, a adressé aux préfets une circulaire concernant les mesures à prendre à la suite des inondations.

L'eau des fontaines et des sources ne sera utilisée qu'après ébullition ou épuration. Les puits et citernes seront nettoyés et désinfectés (permanganate de chaux ou de potasse, à raison de 500 grammes par mètre cube d'eau à désinfecter). Les canalisations d'eau devront être examinées, et, en cas de souillure par infiltration, remises en état et soigneusement nettoyées et lavées. L'usage des légumes crus sera momentanément abandonné. Toute denrée alimentaire qui a pu être souillée devra être consommée cuite.

Les maisons et leurs dépendances devront être débarrassées des vases et immondices dont l'enlèvement pourra être facilité par l'adjonction de plâtre et de chaux qui les assèche. Ces vases, boues et immondices, seront déposés à une distance telle des puits, sources, citernes et canalisations d'eau qu'elles ne risquent pas de les contaminer.

La désinfection de ces boues sera effectuée en les mélangeant intimement avec de la chaux vive, environ 5 kilogrammes par mètre cube.

Le sol des habitations sera désinfecté, soit par un arrosage au lait de chaux, s'il est en terre battue, soit, lorsqu'il s'agit de parquets, par lavage à grande eau additionnée d'un antiseptique (eau de javel, crésylol sodique, lessive chaude).

Les mêmes précautions sont indispensables pour les caves et sous-sols. Les paillasses souillées seront brûlées et les autres objets de literie seront nettoyés et désinfectés.

Les écoles, ateliers, usines, magasins ne pourront être réoccupés qu'après l'exécution de ces mesures.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPATHÈSES HÉPATO-INTESTINALES [1]

Par MM. C. ODDO,
Professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille,
C. DE LUNA,
Médecin adjoint des hôpitaux, Ancien chef de clinique,
et JEAN ODDO,
Chef de clinique.

Troubles intestinaux d'origine hépatique. — La synergie fonctionnelle si étroite du foie et de l'intestin, que nous avons rappelée en physiologie, les rapports anatomiques des deux organes, leur interdépendance circulatoire par la veine porte nous font prévoir le nombre important et varié de troubles intestinaux d'origine hépatique. Du syndrome entéro-hépatique (Brûlé) nous étudierons maintenant le retentissement intestinal des affections du foie. La physiopathologie autorise à supposer que toute maladie du foie a un retentissement intestinal : depuis la plus légère atteinte de la cellule hépatique jusqu'aux affections caractérisées et autonomes du foie et des voies biliaires. Dans cette étude clinique, nous montrons d'abord les divers troubles intestinaux de ces états hépatiques discrets latents : petite insuffisance hépatique, ou au contraire bien caractérisée : troubles intestinaux du grand syndrome ictère, troubles intestinaux de diverses maladies du foie : syphilis, lithiase, foie cardiaque.

D'autre part, il existe un certain nombre d'états intestinaux en apparence primitifs ou se manifestant par des troubles fonctionnels ou des symptômes même de lésions, qui en réalité relèvent d'une perturbation ou d'une altération hépatique, nous l'étudierons ensuite.

TROUBLES INTESTINAUX DE LA PETITE INSUFFISANCE HÉPATIQUE. — La petite insuffisance hépatique, si fréquente en clinique, seule à traduire longtemps une maladie du foie qui commence et qui se cache sous des syndromes si variés, nerveux, circulatoires, se traduit tout spécialement par des troubles gastro-intestinaux, c'est la dyspepsie hépato-biliaire. Nous avons rappelé dans une étude récente les symptômes gastriques de l'insuffisance hépatique, mais ceux-ci sont accompagnés toujours de troubles intestinaux. Quelquefois ces derniers ont dans le cortège symptomatique la première place troubles fonctionnels « météorisme abdominal, crampes intestinales, envies brusques d'aller à la selle, alternatives de constipation et de diarrhée et plus rarement (Boas et Schmidt) constipation persistante » Loeper.

Signes physiques : ballonnement de l'intestin, atonie, gargouillement ou spasme cæcal constatées au palper.

Signes coprologiques : selles dures, de coloration très variable dans lesquelles l'examen chimique, l'épreuve de Schmidt, Triboulet par le réactif du sublimé acétique montre l'hypocholie ou même l'acholie pigmentaire complète. Le dosage de la stercobiline montre le degré de l'insuffisance biliaire. De plus, on trouve dans les selles la présence abondante d'acides gr»s.

Les divers procédés d'exploration de laboratoire : recherche des rapports urologiques, dosage de l'azote résiduel, épreuve de l'hémoclasie digestive de Widal ont permis bien souvent de rapporter à une altération de la cellule hépatique, au foie torpide « torpid lever » des Anglais, cet ensemble de troubles digestifs.

TROUBLES INTESTINAUX DES ICTÈRES. — Nous les étudierons successivement dans les ictères francs par rétention et au cours des divers ictères infectieux ou toxiques.

La bile jouant, dans la digestion intestinale, surtout par ses sels, le rôle si important que nous avons rappelé, nous trouverons donc le maximum de troubles intestinaux dans l'ictère par rétention avec arrêt partiel ou total du passage dans l'intestin des éléments biliaires.

Les troubles intestinaux dans l'ictère par rétention sont les suivants : ralentissement de la traversée intestinale par défaut de stimulation de la fibre lisse et par suite constipation. Putréfactions intestinales fréquentes (Roger). Moins bonne digestion intestinale des sucres et des hydrates de carbone. Stéarrhée abondante.

Caractères particuliers de la selle d'insuffisance biliaire :

Selle graisseuse, d'aspect moiré, pâle ou blanche, où le microscope décèle un excès d'acides gras non résorbés, et de réaction acide.

Stéarrhée et hypostéatolyse : 35 à 45 p. 100 des graisses absorbées sont évacuées avec un dédoublement réduit à 35, 40 p. 100 (Muller, René Gaultier).

Ce déficit biliaire entraîne l'absence à peu près complète des hémoconies dans le sang. (Lemierre, Brûlé, A. Weil, et Laudat).

Selle acholique : le réactif de Schmidt-Triboulet au sublimé acétique montre que la bilirubine et la stercobiline sont absentes.

Ces signes coprologiques si nets permettent de distinguer l'ictère par obstacle biliaire pur de l'ictère par insuffisance biliaire et pancréatique associées, soit par un obstacle au niveau de l'ampoule de Vater : cancer de la tête du pancréas le plus fréquemment : dans ces cas la stéarrhée et l'hypostéatolyse sont plus marquées encore : 90 p. 100 des graisses sont évacués, dont 11 p. 100 seulement sont dédoublés.

De plus, dans ces cas, le tubage duodénal montrera par l'analyse des ferments et la recherche et le dosage des éléments chimiques, la rétention simultanée de la bile et du suc pancréatique.

L'ensemble des ictères dus à une maladie du foie, ictères infectieux ou toxiques, ictères complets ou dissociés (dont la rétention porte sur les sels biliaires) s'accompagnent aussi de troubles intestinaux et aux troubles du déficit biliaire qui existent au prorata de la rétention biliaire s'ajoutent les conséquences de l'infection intestinale produite par voie descendante. Dans l'ictère infectieux bénin, dès la phase préictérique, au cours et au décours des divers ictères infectieux ou toxiques les troubles intestinaux, diarrhée ou constipation opiniâtre, selles putrides ou au moins fétides sont de pair avec les malaises gastriques.

Dans une variété rare, l'ictère pléiochronique, la selle est bilieuse par défaut de transformation de la bilirubine, par suite d'une traversée trop rapide. Enfin l'ictère hémolytique qui n'entraîne aucune rétention de sel biliaire, ne s'accompagne d'aucune modification de l'absorption intestinale des graisses à l'épreuve des hémoconies (Lemierre et Brulé).

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 2, p. 21.

TROUBLES ET MANIFESTATIONS INTESTINALES DE LA LITHIASE BILIAIRE. — Si les symptômes gastriques de la lithiase biliaire et des cholécystites sont les plus importants, bien souvent ils sont associés à des troubles intestinaux, réalisant la forme gastro-intestinale. Nous retiendrons ici ces derniers :

Nous mentionnerons d'abord les troubles mécaniques dus à l'élimination au niveau de l'intestin d'un ou plusieurs calculs déterminant l'ileus biliaire, accident rare ou une compression du cæco-ascendant avec œdeme ; fait signalé par Carnot et Libert où des calculs enchatonnés avaient comprimé une branche de la veine porte et secondairement le côlon droit. La lithiase biliaire retentit sur l'intestin beaucoup plus fréquemment de la façon suivante : constipation simple ou alternative de diarrhée et de constipation, colite glaireuse ou muco-membraneuse, phénomène de la diarrhée prandiale décrite par Linossier d'abord chez les lithiasiques hépatiques. Si ce phénomène pathologique ne relève pas de cette seule cause et témoigne fréquemment d'une susceptibilité particulière du côlon (Carnot), il est souvent lié à la lithiase, ainsi que l'a vu le premier, le médecin de Vichy : au cours du repas ou immédiatement après, la crise éclate : c'est une douleur épigastrique ou vésiculaire accompagnée d'angoisse, et bientôt suivie d'une tranchée intestinale avec besoin impérieux d'aller à la selle avec débâcle diarrhéique, quelquefois débâcle de bile pure.

De p us, la lithiase peut s'accompagner d'hémorragies intestinales dont la pathogénie est diverse et la constatation souvent tronblante en clinique Korte avait signalé l'hémorragie intestinale prémonitoire de l'occlusion intestinale et la précédant de loin. Morisset, dans des conditions analogues, un mélæna : ce sont les faits rares. Mais en dehors de cette complication, Gilbert, Lereboullet, Chauffard, d'autres auteurs avaient observé des hémorragies intestinales au cours de la lithiase. Ewald, Feldhern invoquaient un processus septique, on les mit sous le compte de l'altération du sang, la bile étant hémolytique, surtout par ses sels.

Nous savons maintenant que ces hémorragies relèvent soit d'une simple duodénite érosive ou congestive (Chauffard), l'inflammation partie de la vésicule a entraîné de la périduodénite, puis la duodénite, soit d'un ulcère véritable du duodénum, dû à l'hyperchlorhydrie si fréquente dans la lithiase. Kehr, Hartmann avaient signalé la coexistence de l'ulcère du duodénum et d'une cholécystite lithiasique. Hadgdes, Staw ont apporté depuis, le premier 18 observations, le second 4 où 1 ulcus duodénal était associé à une lithiase fruste ou confirmée : pour ces auteurs, l'ulcus latent du duodénum serait une détermination fréquente de la lithiase ; en dehors de toute lésion inflammatoire et voisinage, il semble que les toxines d'origine hépatique ont une action directe sur la muqueuse intestinale et ses vaisseaux.

LES CIRRHOSES. — Dans la cirrhose veineuse de Laënnec : 1° A la période préascitique, le malade ressent des troubles intestinaux, météorisme abdominal, alternatives de diarrhées et de constipation ; 2° quand l'ascite s'est produite, les symptômes intestinaux relèvent à la fois de l'hypertension portale : hémorroïdes, hémorragie intestinale, diarrhée mécanique de J. Monges, sans aucun signe de colite ni d'insuffisance digestive, et de l'altération hépatique progressive : coliques, selles alternativement diarrhéiques ou trop dures, peu colorées et putrides par hypocholie.

Dans la cirrhose hypertrophique biliaire ou maladie de Hanot, au contraire, les troubles gastro-intestinaux sont dus le plus souvent à une exagération de la fonction biliaire : boulimie, crises d'entérite muco-membraneuse avec flux biliaire, hypercoloration des matières : au cours des poussées fébriles de cette affection. Lereboullet et Chauffard ont cependant observé la décoloration des matières avec stéarrhée et hypostéatolyse au chimisme fécal.

Dans le foie cardiaque, les troubles intestinaux ont aussi leur part avec les signes gastriques, ils sont souvent les premiers à paraître : météorisme abdominal, diarrhée toxique avec diarrhée séreuse par transsudation du sérum à travers les capillaires de l'intestin.

SYPHILIS HÉPATIQUE. — Syphilis héréditaire précoce : la forme hépato-spléno-intestinale est la plus fréquente : les troubles digestifs sont très accusés, vomissement alimentaire ou bilieux, alternative de diarrhée et de constipation.

La syphilis hépatique acquise ou scléro-gommeuse donne lieu à son début et à sa période d'état à des accès de diarrhée ou même à une diarrhée chronique dont est cause la dégénérescence amyloïde de la muqueuse intestinale.

Il est un certain nombre d'états pathologiques intestinaux consécutifs à une perturbation ou à une altération hépatique. Nous les étudierons dans l'ordre suivant :

1° Certaines dyspepsies intestinales ou dyspepsies de l'intestin grêle.

2° Un certain nombre de troubles mécaniques intestinaux.

3° Un groupe de colites proprement dites ou affections du gros intestin.

1° LES DYSPEPSIES INTESTINALES D'ORIGINE HÉPATIQUES ; nous désignons bien sous le nom de dyspepsie une simple viciation du travail d'élaboration ou d'absorption qui se poursuit normalement au niveau du grêle, sans aucune lésion anatomique de cette portion du tube digestif.

Ainsi que l'ont écrit Loeper et Esmonet, la dyspepsie est globale et plus encore au niveau de ce segment digestif où la réunion des sucs si intimes et leur réaction réciproque rend si étroite la synergie de fonction et par suite la sympathèse.

Cependant, on peut isoler la dyspepsie biliaire et en reconnaître l'expression dans les variétés suivantes :

a. La *dyspepsie duodénale* : si la bile est sécrétée en quantité insuffisante, le défaut d'alcalinisation du chyme entraînera un déficit des sécrétions pancréatiques et intestinales et par suite une dyspepsie à prédominance biliaire ou à prédominance pancréatique (R. Gaultier). La dyspepsie duodénale à prédominance biliaire s'accompagne de douleur de siège périombilical avec irritation hépatique de deux à trois heures après le repas avec anorexie pour la viande et les graisses, de météorisme abdominal, de constipation avec selles décolorées par absence de bile, quelquefois de selles diarrhéiques graisseuses (par retentissement sur la fonction pancréatique).

Cette dyspepsie duodénale, à forme biliaire, se

rencontre quelquefois de façon transitoire, après l'opération de la gastro-entérostomie.

b. La *dyspepsie de l'intestin grêle* tout entier avec troubles de l'elaboration et de l'absorption.

L'insuffisance biliaire a produit une mauvaise digestion des graisses de l'amidon et même des fibres musculaires dont témoigne l'examen microscopique ou le dosage chimique des fèces. Les selles sont putrides, avec surproduction d'indol, scatol et autres corps aromatiques.

De plus, la fraction des aliments qui ont été amenés à leur terme de désintégration est troublée par une modification de la tension intestinale qui est trop élevée en cas d'insuffisance biliaire. Les sels biliaires ayant la propriété de l'abaisser (Billard et Portier).

A côté de ces dyspepsies par hypofonctionnement biliaire, il semble à Loeper qu'il faut admettre une dyspepsie par hyperfonctionnement au moins hypersécrétion biliaire. Cet auteur l'a observé dans la première phase de la tuberculose pulmonaire. Il s'agit alors de débâcles biliaires, selles très liquides, alcalines, de couleur vert foncé où l'on ne retrouve pas de débris alimentaires, mais une très grande quantité de pigments biliaires.

Dans ce chapitre encore confus des dyspepsies intestinales où l'estomac et l'intestin et leurs glandes annexes (foie et pancréas) ont chacun leur part, le foie occupe une place importante que nous avons tâché de délimiter.

Troubles mécaniques intestinaux d'origine hépatique. — Si le foie a une action si importante sur la tension vasculaire abdominale, nous devons constater les contre-coups de son altération au niveau de la circulation intestinale, et il semble bien que les maladies du foie jouent un rôle dans les atonies et les ptoses de l'intestin accompagnant le plus souvent l'hypotension abdominale.

Pour Fr. Glénard, le foie jouerait un rôle prédominant dans cette atonie et l'entéroptose : « La perturbation du foie est, dit-il le premier anneau de la chaîne pathogénique : l'entéroptose secondaire est la conséquence directe de la sténose colique produite par la perturbation fonctionnelle du foie. » R. Glénard reprenant cette pathogénie, invoque plusieurs facteurs : l'insuffisante stimulation de la musculature intestinale par l'hyposécrétion biliaire, l'action mécanique de l'hypertrophie du foie sur l'angle droit du côlon, et le retentissement de l'hypotension hépatique sur la circulation intestinale d'où flaccidité de la tunique intestinale et prédisposition à la ptose. Rouzaud et Glénard établissent par les procédés les plus précis du laboratoire, étude de la glycémie de l'urée sanguine, du coefficient uréosécrétoire de l'azote sanguin résiduel, de la cholestérinémie et de la bilirubinémie, l'existence de l'insuffisance hépatique chez vingt-quatre entéroptosiques.

Et l'examen clinique nous a permis d'incriminer, chez un nombre assez élevé de ptosés intestinaux, un déficit hépatique que les recherches biochimiques ont souvent confirmé.

Cependant, nous croyons que les relations des ptoses intestinales ou gastro-intestinales avec l'état du foie sont plus complexes ; d'une part, il est certain que toutes les ptoses ne sont pas liées à une altération primitive de cet organe et relèvent de causes très variées : asthénies congénitales, insuffisances endocriniennes, maternités successives, psychasthénie, d'autre part, il existe des entéroptoses, associées souvent à la ptose rénale droite, qui peuvent s'accompagner secondairement de ptose hépatique partielle ou totale (un ou deux lobes), chute en languette, leur cause est dans le défaut de soutien de la masse graisseuse et de la paroi abdominale.

Troubles mécaniques intestinaux par périhépatite, — Les lésions de périhépatite et de péricholecystite (Tripier et Paviot) peuvent entraîner une symptomatologie intestinale presque exclusive, par suite des adhérences entre la face inférieure du foie et le duodénum ou l'angle du côlon et la partie droite du transverse. Dans le premier cas, les lésions réalisent un syndrome duodénal : douleur très tardive après le repas : à la radioscopie, fixité anormale du genu duodénal supérieur, déformé et rétréci et retard dans l'évacuation du contenu gastrique. Dans le second cas : crises de constipation avec gêne et douleur dans la fosse iliaque droite, gargouillement et dilatation douloureuse du cæcum et du côlon ascendant. La radioscopie montre la surélévation et la fixité anormale de l'angle droit et de la première partie du transverse qui suit la face inférieure du foie et se déplace avec lui dans le mouvement respiratoire, la dilatation cæco-colique, le petit calibre du côlon transverse et le retard du passage du repas opaque dans le côlon gauche.

Dans ces cas, les signes hépatiques, subictère, urobilinurie ne font que se surajouter aux troubles intestinaux prédominants, l'obstacle au cours des matières.

Troubles coliques et colopathies d'origine hépatique. — Nous avons déjà mentionné parmi les symptômes intestinaux qui se produisent au cours soit de l'insuffisance hépatique soit des diverses affections du foie de grands symptômes, tels que la constipation ou la diarrhée qui traduisent une perturbation des fonctions coliques, mais il s'agissait de troubles épisodiques. Nous envisageons maintenant et pour clore cette partie de notre étude les colopathies en apparence autonomes qui relèvent, en réalité, d'une altération du foie. Le terme de colite est bien vague et la démarcation bien peu sensible entre le simple trouble fonctionnel, dyspepsie colique de Enriquez et l'inflammation de la muqueuse même du côlon, que traduirait le terme de colite. En réalité, c'est la présence du mucus, c'est la myxorrée de Roger qui est la signature de l'état pathologique du côlon et nous les grouperons sous le terme général de colopathie.

La maladie du foie peut conduire à la colopathie pour les raisons suivantes :

1° La diminution ou l'absence de la bile augmente l'action de la mucinase de Roger ou ferment coagulant de mucus, la bile ayant une fonction anticoagulante.

2° De même l'insuffisance biliaire diminue le péritaltisme intestinal et favorise la stase prolongée, cause elle-même d'infection ou de putréfaction excessives.

3° La diminution ou la suppression de la fonction antitoxique du foie est une des causes primordiales de la colite. C'est le foie qui transforme les produits anatomiques toxiques provenant de la putréfaction intestinale des protéiques : corps phénoliques, phényliques, et indoliques, il les sulfo-conjugue et transforme l'ammoniaque en urée. Son mauvais

fonctionnement rend incomplète la neutralisation de ces poisons.

4° On peut encore ajouter que la mauvaise élaboration du chyme dans l'intestin grêle, la dyspepsie intestinale, déjà mentionnée et elle-même d'origine hépatique pour une grande part, retentit sur le gros intestin par l'irritation d'un chyme insuffisamment préparé.

Nous retrouverons cette origine hépatique d'un certain nombre de colopathies chez le nourrisson, chez l'enfant, chez l'adulte.

Chez le nourrisson. — Certains cas d'intolérance lactée ont été rapportés à une insuffisance hépatique, mais surtout la diarrhée graisseuse des nourrissons doit être rattachée à l'hypohépatie et à l'insuffisance pancréatique (Marfan), selles blanches ou mastic.

Chez l'enfant. — La solidarité fonctionnelle est plus étroite encore chez lui que chez l'adulte et l'insuffisance hépatique peut donner lieu à des manifestations diverses du côté de l'intestin.

C'est la réaction de Schmidt, modifiée par Triboulet, au sublimé acétique qui a permis de bien étudier la transformation de la bilirubine en stercobiline et les résultats de la digestion intestinale, en même temps que l'examen microscopique renseignait sur la digestion des graisses.

L'enfant, dont le foie est insuffisant, qui, nourrisson, a quelquefois présenté la diarrhée graisseuse, présente les troubles suivants :

1° La constipation simple avec selles décolorées, abondantes ou graisseuses, fétides, hémorroïdes fréquemment.

2° La colite elle-même caractérisée par la présence de mucus coagulé avec selles anormales : tantôt matières dures sèches, d'odeur putride, tantôt selles diarrhéiques à caractère.

Les troubles gastriques sont constants, l'enfant accuse des douleurs périombilicales pendant sa digestion, son cæcum est dilaté et gargouillant. Le foie est augmenté de volume.

Ces colites sont aiguës : au cours des maladies fébriles par atteinte du foie au cours de l'infection (Nobécourt et Marfan), le plus souvent chroniques : l'enfant atrophique atteint, soumis à une mauvaise hygiène alimentaire qui a fini par léser une cellule hépatique fragile.

3° L'enfant peut présenter une diarrhée verte, biliaire et acide par hypercholie, passé biliaire chez les parents, cholémie familiale de Gilbert et Lereboullet.

4° Certaines manifestations pathologiques non intestinales, mais parallèles à elles et d'origine alimentaire, témoignent de la même insuffisance du foie : urticaire à répétition, accidents anaphylactiques. Chez ces enfants anaphylactiques, intolérants, l'insuffisance hépatique est la règle.

Chez l'adulte. — Les colites ont des causes beaucoup plus nombreuses dans leurs formes chroniques.

1° La constipation simple par insuffisance hépatique a son existence bien établie. Les expériences de Hallion et Nepper, leur application à la thérapeutique par Bensaude et Vicente ont confirmé le fait physiologique constaté par Claude Bernard, puis étudié par Carnot que la bile est l'excitant naturel des contractions péristaltiques de l'intestin. La constipation qui est de règle dans l'ictère par rétention, la congestion du foie, la lithiase hépatique est, dans un nombre important de cas, le seul symptôme à trahir l'existence d'un foie indolent et torpide (Bensaude).

2° L'entéro-colite muco-membraneuse. Si l'on ne peut invoquer une cause unique de cette affection si fréquente qui n'est, en réalité, qu'un syndrome, le foie joue certainement, dans sa production, un rôle important. Nous avons rappelé le mécanisme établi par Roger de la formation de la muco-membrane, quel que soit l'état de l'intestin lui-même. Sans admettre formellement la filiation des troubles, telle que la concevait R. Glénard, l'hépatisme conduisant à l'entéroptose et celle-ci se compliquant de colite, la part exclusive ou dominante du foie dans beaucoup de faits de colopathie chronique, forme de constipation tenace avec débâcles diarrhéiques ou forme diarrhéique vraie, pourra être établie sur les constatations suivantes : modification de volume du foie : hypertrophié ou diminué de volume, mais douloureux au palper.

Syndrome urinaire en rapport avec un mauvais fonctionnement de la cellule hépatique : diminution de l'urée, abaissemont du rapport urologique, urobilinurie, indicanurie, abaissement du rapport des sulfates.

Signes de laboratoire traduisant l'insuffisance des fonctions protéopexiques ou glycogéniques du foie, argument thérapeutique : la stimulation hépato-biliaire est bien souvent le meilleur traitement de la colite muco-membraneuse.

Conclusions. — Les relations embryologiques étroites, les rapports anatomiques plus étroits encore, l'interdépendance vasculaire et nerveuse, les synergies fonctionnelles intimes, influence de l'intestin dans la formation de la bile (transformation de la bile dans l'intestin), relations entre la formation de la cholestérine et des sucs biliaires, etc., font pressentir les relations pathologiques intimes qui existent entre le foie et l'intestin et dont nous ne connaissons sans doute qu'une partie.

Retentissements hépatiques des affections intestinales (*sympthèses entéro-hépatiques*) :

Ils se manifestent de la manière la plus éclatante dans les hépatites amibiennes avec ses variétés aujourd'hui connues. Mais ils apparaissent de plus en plus nombreux et variés dans les maladies chroniques du côlon, chez les constipés du côlon droit, chez les dilatés du cæcum, etc. Ils vont de la petite insuffisance hépatique de la congestion du foie, à l'hépatite, à la cholécystite aiguë, aux abcès du foie et à la périhépatite (syndrome entéro-hépatique de Brulé et Garban). Les relations de l'appendicite et des lésions hépatiques sont bien connues aujourd'hui : lésions toxi-infectieuses de l'appendicite aiguë et chronique, association appendiculo-cystique et enfin relations de l'appendicite et de la lithiase biliaire.

Nous retenons donc comme les plus fréquentes :

a. Les sympathèses entéro-hépatiques { amibiennes, coliques droites, appendiculaires, lithiasiques.

b. Les troubles intestinaux d'origine hépatique (*sympathèses hépato-intestinales*).

Ils se rencontrent en clinique dans deux ordres de faits, l'origine hépatique étant manifeste ou latente.

1° Nous trouvons ici les troubles intestinaux :

a. Dans l'ictère où l'on doit distinguer les troubles dus à la déficience biliaire et ceux qui relèvent de l'infection secondaire descendante de l'intestin.

b. Dans la symptomatologie intestinale commune aux diverses affections hépatiques : cirrhoses diverses, foie cardiaque, syphilis hépatique, etc.

c. Dans la lithiase biliaire où il convient de signaler la duodénite érosive et congestive de Chauffard et l'ulcus duodénal, à côté des troubles mécaniques et secrétoires.

2° Les troubles intestinaux relevant d'une origine hépatique latente se rencontrent :

a. Dans la petite insuffisance hépatique si fréquente sous ses formes obscures à symptomatologie intestinale.

b. Dans les dyspepsies intestinales d'origine hépatique par hypo ou par hyperhépatie (Loeper).

c. Dans les troubles mécaniques de l'intestin d'origine hépatique, ceux de la ptose et ceux de la périhépatite.

d. Dans les colopathies d'origine hépatique relevant de l'insuffisance biliaire, de la suppression de la fonction antitoxique du foie et de la mauvaise élaboration du chyme dans l'intestin grêle. Nous avons vu que ces colopathies hépatiques se présentent avec des caractères différents chez le nourrisson, chez l'enfant, chez l'adulte.

Nous retenons comme les plus fréquents :

Les sympathèses hépato-intestinales latentes ou non de l'ictère, — des affections hépatiques chroniques, — de la lithiase biliaire, — de la petite insuffisance hépatique, — des dyspepsies intestinales, — des troubles mécaniques de l'intestin, — des colopathies d'origine hépatique.

Nous terminerons cet exposé par une remarque qui fera ressortir toute l'importance et toute la portée pratique de la question à laquelle nous avons consacré cette revue générale.

Dans la discrimination que le clinicien doit établir en face d'une sympathèse entéro-hépatique, les difficultés surgissent du fait même de l'étroite union physio-pathologique qui unit les deux organes. Petite insuffisance hépatique d'origine intestinale et symptomatologie intestinale de la petite insuffisance hépatique : trouble hépatique des dyspepsies intestinales et dyspepsies intestinales d'origine hépatique ; troubles hépatiques d'origine colique et colopathies d'origine hépatique.

Toutes les ressources de la technique moderne devront être mises en œuvre ici pour remonter la chaîne pathogénique.

Mais il faut se souvenir aussi que l'étroite union physiopathologique dont nous venons de parler a, comme conséquence inévitable, la répercussion réciproque, que le choc en retour qui, dans les troubles intestinaux d'origine hépatique, par exemple, amènera des perturbations hépatiques, secondairement d'origine intestinale.

C'est donc par une enquête clinique et biologique complète que le médecin saura distinguer les cas où il convient de traiter le foie, pour soigner l'intestin, ceux où il faut, au contraire, arrêter les intoxications ou les infectons intestinales pour libérer le foie, et ceux enfin, les plus fréquents peut-être, où il faudra faire la part des deux viscères dont les altérations sont trop intriquées pour qu'une action unilatérale soit suffisante.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie et physiologie. — ARTHUS. *Précis de physiologie.*

BRODIN et ODDO (Jean). Les troubles des échanges azotés dans les ictères, *Soc. de biol.*, 1er mai 1920.

BRODIN. Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin, *Th. de Paris*, 1913.

BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères*, 3e édition.

BRULÉ et GARBAN. La recherche de la stercobiline et son intérêt pratique, *Presse méd.*, 16 juin 1920, p. 390.

CARRIE. L'urobiline, *Th. de Paris*, 1919.

CHAUFFARD, GUY-LAROCHE et GRIGAUT. Recherches sur l'origine de la cholestérine biliaire, *Soc. de biol.*, 10 mai 1913, p. 1005 ; — Le cycle de la cholestérine dans l'organisme, *Ann. de méd.*, sept. 1920, n° 3.

GLÉNARD (R.). Mouvements de l'intestin en circulation artificielle, *Th. de doctorat ès sciences*, Paris 1912.

GRÉGOIRE. *Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen.*

GRIGAUT et LHUILLIER. Hypercholestérinémie d'origine alimentaire chez le chien, *Soc. de biol.*, 17 juillet 1912, p. 304 ; — Le taux de la cholestérinémie chez les herbivores et les rongeurs, *Soc. de biol.*, 29 juillet 1911, p. 274 ; — Le cycle de la cholestérinémie, *Th. de Paris*, 1913 ; — *Exposé des titres et travaux scientifiques*, Paris 1923.

GUILLAUME. *Le Sympathique et les systèmes associés*, Paris 1921.

JOMIER. Contribution à l'étude du foie digestif, *Th. de Paris*, 1905.

LABBÉ (M.) et CARRIÉ. La théorie entéro-hépatique de l'urobilinurie, *Presse méd.*, 2 juin 1920, p. 353.

LAMBLING. *Précis de biochimie.*

MAUBAN. Caractères biologiques et chimiques du liquide duodénal dans les ictères, *Soc. de biol.*, 1er mai 1920.

MORAT et DOYON. *Traité de physiologie.*

NOËL. Rôle du foie dans la fixation des matières albuminoïdes, *Presse méd.*, 1922.

ODDO (Jean). Troubles du métabolisme azoté dans l'ictère catarrhal, *Th. de Paris*, 1920.

ROGER. *Physiologie normale et pathologique du foie*, 1922.

TERROINE Action des sels biliaires sur la lipase pancréatique, *Soc. de biol.*, 16 avril 1910.

TESTUT. *Anatomie descriptive.*

VINCENT (H.). Action antitoxique de la bile sur les toxines microbiennes de l'intestin, *Soe. de biol.*, 11 déc. 1909.

Troubles intestinaux d'origine hépatique. — BRULÉ et GARBAN. Art. ÉTUDE DES ICTÈRES, in *Traité de pathologie médicale* (foie et pancréas) de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

CARNOT. La défécation prandiale. Sa signification, *Paris méd.*, 2 août 1922.

CARNOT et GAEHLINGER. Le tubage duodénal dans le diagnostic des ictères chroniques, *Paris méd.*, 19 mai 1923.

CHAUFFARD. Lithiase biliaire associée à érosions gastro-duodénales, *Leçons sur la lithiase biliaire*, Paris 1914.

FELAHEM. Lithiase et processus septique, *Med. Klin.*, 12 mars 1911.

GAULTIER (R.). Les dyspepsies duodénales et l'examen coprologique, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1918.

GLÉNARD (Fr.). De l'hépatisme, *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 24 mars 1900.

GLÉNARD (Roger). *L'Hépatisme*, 1922.

GLÉNARD (Roger) et ROUZAUD. Insuffisance hépatique chez 24 entéro-ptosiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 avril 1921.

HADGES et THOMAS (G.). Association d'ulcères latents gastroduodénaux avec la lithiase biliaire, *XVIe Congrès de médecine de Paris*, 1922.

HARTMANN. Forme gastro-intestinale des cholécystites, *Chirurgie des voies biliaires*, 1923.

LINOSSIER. La diarrhée prandiale des biliaires, *Ann. des mal. de l'app. dig.*, 1908, n° 3.

LOEPER. Art. LE FOIE TORPIDE, *Leçons de pathologie digestive*, 1re série, p. 215.

MAZERAN (A.). Physiopathologie de l'intestin grêle. Syndrome d'insuffisance de l'absorption intestinale, *La Médecine pratique*, 15 juin 1923.

MARFAN. *Troubles digestifs de la première enfance*, 1923.

MONGE (J.). La diarrhée par hypertension portale, *Marseille méd.*, 1922.

NEPPER Constipation. Sécrétion biliaire, *Gaz. des hôpit.*, nov. 1908.
TYMBAL (L.). *Les Diarrhées d'origine hépatique*, in LES DIARRHÉES CHRONIQUES, Paris 1922.
TRÉMOLIÈRES. Traitement et pathogénie de l'entérocolite muco-membraneuse, *Journ. méd. franç.*, t. XI, n° 6.
VICENTE. Traitement de la constipation par les lavements de bile, *Th. de Paris*, 1920.
Troubles hépatiques d'origine intestinale. — AINE. Syndromes biocolitiques et cures thermales, *Soc. d'hydrologie*, 19 fév. 1923.
BERTRAND. Contribution à l'étude du rôle de l'auto-intoxication gastro-intestinale dans l'étiologie de l'insuffisance hépatique chez les Européens coloniaux, *Bruxelles méd.*, 15 juin 1922.
BRISSAUT. Art. APPENDICITE, in *Traité* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. XXI.
BRULÉ et GARBAN. Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale, *Presse méd.*, mars 1923, p. 205.
CARNOT, HALLION-FRIEDEL et LARDENNOIS. *Les Colites*, Baillière, 1923.
CHAPUT (Frank). Le traitement d'épreuve dans les formes frustes de l'amibiase hépatique chronique, *Th. de Paris*, 192..
FRANÇON et HUTINEL (J.). *Les Hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement*, Gauthier-Villar, 1923.
GAILLARD. *Traité des maladies de l'intestin*, Gilbert et Thoinot, 1912, t. XVII.
GIRAUD (Alban). Recherche de l'hémoclasie digestive au cours de certaines affections du tube digestif et dans la cholélithiase, *Arch. des mal. de la nutrition*, t. XIII, n° 4.
LABBÉ (M.) et BITH. Les insuffisances fonctionnelles du foie, *Ann. de méd.*, 1920 t. VII, n° 2.
CHAUFFARD. *Leçons sur la lithiase biliaire*, 1922.
CHIRAY et SEMELAIGNE. *Presse méd.*, 12 août 1922, n° 64.
CHIRAY et LEBÈGUE. La congestion hépatique active, *Presse méd.*, 3 oct. 1923.
DIEULAFOY. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1905-1906, t. V.
DUVAL (P.) et ROUX (J.-C.). Stase stercorale cæco-ascendante, *Arch. des mal. de la nutrition*, t. X, n° 11.
DURAND (G.) et BINET. Appendicite et cholélithiase, *Monde méd.*, 1922, p. 353.
ENRIQUEZ Les séquelles de l'appendicectomie, *Acad. de méd.*, 16 mars 1921.
FLANDRIN. *Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie*, Doin, 1923.
FRANÇON. L'hépatite amibienne aiguë abortive, *Th. de Paris*, 1918.
LOEPER. Forme biliaire de la dilatation cæcale, *Leçons de pathologie digestive*, 1re série.
MATIGNON. Contribution à l'étude du petit entérocolisme, *Arch. des mal. de la nutrition* t. X, n° 9.
ODDO (Jean) et PÉRIOT. Limite de curabilité des abcès amibiens par l'émétine, *Marseille méd.*, 15 mai 1921.
POENARN POPLESCO. Les hépatites appendiculaires, *Soc. méd. des hôpit. de Bucarest*, 18 fév. 1920, analysé in *Concours méd.*, 1921, p. 137.
POLLAERT. Appendicite et cholécystite, *Bruxelles méd.*, 5 juillet 1921.
RAMOND. La douleur appendiculaire au cours de la lithiase biliaire, *La Médecine franç.*, 1er juin 1921.
RAMOND et PARTURIER. Points douloureux du carrefour sous-hépatique et ptose duodénale, *Presse méd.*, 18 avril 1923, n° 31.
ROSENOW. *Journ. de chir., de gyn. et d'obst.*, juillet 1921.
SILHOL. Appendicite chronique, rapport au *XXIVe Congrès de chirurgie*.
TRIPIER et PAVIOT. *Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire*, « Encyclopédie Léauté », 1903; — Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques, *Sud méd.*, 1903, p. 23.
VASSELLE. *Paris méd.*, avril 1922; — *Th. de Paris*, 1923.

P. S. — Ce travail était à l'impression quand a paru l'article de CHIRAY et LEBÈGUE, La congestion hépatique active, *Presse méd.*, 1923, p. 833.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1924)

Nouvelles données expérimentales sur la prévention, le traitement et l'étiologie de la conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks. — MM Ch. NICOLLE, Paul DURAND et CONSEIL La prophylaxie de la conjonctivite aiguë est réalisable par l'emploi du vaccin et du sérum spécifiques.

Son traitement est justiciable de l'action de ce sérum. Les auteurs préparent un sérum de cheval afin d'éviter la toxicité du sérum de mouton.

Il y a lieu de tenir compte dans l'étude et la prophylaxie, de la longue persistance du bacille de Weeks virulent sur la conjonctive après guérison.

La dépense de fond dans le diabète pancréatique expérimental d'après les échanges gazeux. Action de l'insuline sur cette dépense. — M L. HEDON. Les expériences de l'auteur sur le chien montrent que l'accroissement de la dépense de fond après la pancréatectomie totale doit dépendre d'une augmentation de la consommation des protéiques et des graisses du corps, indépendante, jusqu'à un certain point, du trouble du métabolisme des hydrates de carbone.

Diphtérie aviaire et épithélioma contagieux. Etude expérimentale. — MM. L. PANISSET et J. VERGE.

Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur l'encephalite enzootique du cheval (maladie de Borna). — MM. Léon MARCHAND et Raymond MOUSSU.

Bacille tuberculeux et excipient irrésorbable. — M. H. VALLÉE, poursuivant les recherches qu'il pratique depuis 1906, sur les bovidés, apporte une note qui a pour objet essentiel l'étude comparée de l'élimination d'un même bacille tuberculeux utilisable comme vaccin selon ses diverses conditions d'inoculation.

Les expériences qu'il apporte confirment pleinement les hypothèses déjà soutenues par l'auteur au sujet de l'inaptitude des bovidés à la réinoculation et elles autorisent l'expérimentation de la méthode au dehors du laboratoire. Elles révèlent aussi l'intérêt qui s'attache à l'étude des inoculations en excipients irrésorbables, étude que M. Vallée poursuit avec MM. L. Bazy et Rinjard, tant en ce qui regarde l'évolution des infections ralenties et leur valeur immunisante que l'analyse de l'adaptation ou de la réadaptation du parasitisme d'espèces non pathogènes.

Le microbe de l'avortement épizootique (B. abortus) vaccine l'homme et le singe contre le microbe de la fièvre méditerranéenne (M. melitensis). — M Et BURNET. Les expériences de l'auteur confirment que le *B. abortus* n'est pas pathogène pour l'homme et pour le singe et elles établissent que les cultures vivantes de ce microbe vaccinent l'homme et le singe contre la fièvre méditerranéenne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1924)

Effet d'une ventilation énergique des poumons dans l'intoxication oxycarbonée. — MM. Jean CAMUS, PIKETTY et GOURNAY ont étudié les effets d'une ventilation très active des poumons, soit à l'aide de l'air atmosphérique, soit à l'aide d'oxygène pur au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone. Ils ont réalisé la ventilation pulmonaire à l'aide de l'appareil Jean Camus-Piketty présenté antérieurement à l'Académie. L'intoxication ayant été aussi complète que possible, ils ont au début et pendant le traitement par la ventilation pulmonaire, fait une série de prises de sang pour étudier les variations du coefficient d'empoisonnement. Sous l'influence d'une ventilation énergique, le gaz toxique est éliminé rapidement, et, fait imprévu, la ventilation avec l'air

amène une désintoxication presque aussi rapide que celle obtenue avec l'oxygène pur.

Dans des expériences en cours ils ont vu que la ventilation énergique des poumons hâte également l'élimination de l'éther après emploi de cet anesthésique.

Discussion du rapport de M. Wallich sur la protection des enfants du premier âge. — M. Marfan, après un examen critique de la loi Roussel qui exige quelques modifications, dans une analyse très serrée et très documentée, discute certains points de ce rapport. Après avoir fourni quelques statistiques très probantes sur la mortalité des enfants du premier âge séparés de leurs mères, M. Marfan exprime le regret que ces statistiques ne soient pas plus exactes, plus nombreuses et ne puissent aussi être soumises à un contrôle plus rigoureux. Tout en reconnaissant les avantages de certaines pouponnières, il émet à leur sujet certaines critiques qui prouvent que tout n'y est pas parfait. Il y a deux variétés de pouponnières, les unes avec nourrices, les autres sans nourrices et où les enfants sont soumis à l'allaitement artificiel. Or, dans ces dernières, on constate une mortalité pouvant s'élever jusqu'à 40 p. 100.

Cette mortalité peut s'expliquer par plusieurs causes, d'abord par l allaitement artificiel, puis par la contagion, enfin par l'insuffisance des soins d'hygiène résultant de l'insuffisance des infirmières chargées des soins de ces enfants. Il faut aussi tenir compte du défaut des soins maternels. On peut aussi invoquer l'argument relatif aux filles-mères dont beaucoup abandonnent volontairement leur enfant. C'est là une question d'ordre moral dont l'Académie n'a pas à s'occuper.

M. Marfan présente les mêmes objections au placement des enfants à la campagne. Si celui-ci s'impose dans le but de séparer l'enfant d'une mère tuberculeuse, pour tous autres cas ce placement, malgré les avantages de l'air de la campagne, ne saurait justifier la séparation de la mère.

La vigoureuse argumentation de M. Marfan, présentée avec un talent et une autorité incontestables, ainsi d'ailleurs que l'a reconnu M. Léon Bernard qui lui a succédé à la tribune, a été écoutée dans un grand silence et semble avoir beaucoup frappé l'Académie.

M. Léon Bernard s'associe complètement aux regrets exprimés par le rapporteur relativement aux lacunes des statistiques. Les statistiques sanitaires sont toutes imparfaites, faute de méthode et d'une organisation spéciale. Il serait utile de demander la création de celle-ci et l'incorporation au projet de revision de la loi de 1902 d'un article attribuant les statistiques sanitaires aux services départementaux d'hygiène résultant du nouveau texte légal.

Les remèdes proposés par M. Wallich pour combattre les effets de la séparation progressive de la mère et de l'enfant ainsi que de la raréfaction des nourrices au sein paraissent, au moins pour quelques-uns, illusoires. M. Léon Bernard n'a pas confiance dans l'enseignement de la puériculture et la distribution d'un matériel de stérilisation du lait aux nourrices. Il convient de tracer un programme d'ensemble de protection des enfants séparés.

Ceux-ci relèvent de deux types de placement, la pouponnière et le placement familial surveillé ou centre d'élevage. Pour le premier, M. Wallich a remarquablement tracé et réalisé les perfectionnements qui en réduisent les inconvénients.

Quant aux centres d'élevage, l'orateur estime qu'ils doivent comporter un dispensaire pourvu d'une distribution de biberons préparés et d'une infirmerie.

C'est sur l'emploi de ces deux types de placement que M. Bernard se sépare de M. Wallich ; il estime que le placement familial surveillé doit être destiné aux enfants sains, et qu'au contraire ceux-ci ne doivent qu'exceptionnellement aller dans les pouponnières, lesquelles doivent être réservées aux nourrissons débiles, hypotrophiques, ou présentant des désordres d'alimentation, de constitution ou de développement.

D'ailleurs il ne faut pas accepter la séparation comme une conséquence inéluctable de l'organisation sociale actuelle du travail. Un ensemble de mesures visant la protection maternelle à côté de la protection infantile parviendrait sans doute à réduire le nombre des séparations.

Classification des maladies mentales. — M. Maurice de Fleury adopte la classification d'Achille Delmas qui oppose aux psychoses accidentelles, toxi-infectieuses, irrégulières et chaotiques en leurs manifestations, les psychoses constitutionnelles, héréditaires, sans lésions, admirablement systématisées, véritables maladies du caractère psychoses pures.

Le danger des tétines. — M. Balthazard, en son nom et au nom de M. Duvin, communique un fait de suffocation accidentelle chez un enfant de quatre mois qui en prenant son biberon en a avalé la tétine. En cherchant à la retirer de sa bouche, les parents n'ont fait que l'enfoncer davantage. L'enfant fut aussitôt pris de râle et succomba en quelques minutes. La tétine, en comprimant le corps cricoïde, a étouffé l'enfant. Un médecin appelé a cru à un crime. Pour un peu on exerçait une poursuite criminelle et on allait peut-être commettre une erreur judiciaire.

Il y a donc lieu de voter la loi sur la défense de la vente des tétines. Les fabricants de ces tétines invoqueront qu'ils y ont ajouté un disque destiné à s'opposer à leur déglutition. Mais c'est là une garantie illusoire.

M. Balthazard ajoute qu'il y a longtemps qu'ont été démontrés les dangers de ces tétines au point de vue de l'hygiène. Ce sont des foyers microbiens propres à produire diverses intoxications.

M. le Président fait remarquer toute l'importance de ce fait qui est un argument puissant en faveur de la loi proposée par M. Pinard. Il engage ceux de ses collègues qui s'occupent de pédiatrie à produire les exemples de ce genre qu'ils auraient pu observer.

Traitement de l'ophtalmie granuleuse. — M. de Lapersonne communique un travail de M. Nicati sur la curabilité de l'ophtalmie granuleuse par les injections stérilisantes et d'apparence spécifique d'action du sulfate de cuivre.

Phénomènes mécaniques intracellulaires chez les spirogyres. — M. Lapicque fait une intéressante communication sur ce sujet, avec projections.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 18 décembre 1923)

La tétine rationnelle. — M. Sylvain Dreyfus (de Lausanne) montre qu'avec la tétine ordinaire qui pénètre dans la bouche, l'enfant pendant la succion appuie avec la langue de bas en haut sur le palais et la mâchoire supérieure tendant à la déprimer, d'où voûte ogivale, d'où atrésie des fosses nasales favorisant les végétations adénoïdes. Dans l'allaitement au sein, il y a succion des lèvres. Il présente une tétine courte ne fonctionnant que par succion par les lèvres.

Discussion. — M. Marfan ne croit pas que la pression de la langue puisse amener la déformation de la voûte palatine si celle-ci n'a pas été préalablement ramollie par un processus pathologique.

Anaphylaxie au lait de vache chez deux jumeaux eczémateux (un cas mortel). Transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye positive. — MM. Salès, Debray et Verdier ont observé deux cas d'anaphylaxie pour le lait de vache chez des jumeaux de cinq mois et demi. L'un des deux enfants a succombé à ces accidents. L'anaphylaxie a été prouvée dans les deux cas par l'épreuve positive de la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye. Une épreuve d'anaphylaxie active tentée avec le sérum de l'un des enfants sur un cobaye sensibilisé activement au lait de vache a été positive.

Les auteurs insistent sur la valeur diagnostique de l'épreuve de la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye et précisent certains détails de technique (nécessité d'un intervalle minimum de vingt-quatre heures entre l'injection intrapéritonéale préparante de sérum du malade et l'injection intracérébrale déchaînante de lait; importance d'une dose de sérum de 3 à 5 centimètres cubes pour éviter un échec possible avec des doses moindres).

Les auteurs font ressortir l'importance d'un diagnostic exact et précoce pour prévenir un accident fatal très rare

mais possible. Ils préconisent la désensibilisation par voie buccale qui réussit presque toujours.

Chez ces deux enfants existait un eczéma qui s'est effacé au moment des grands accidents d'anaphylaxie.

L'enfant qui a guéri a présenté de nouveau de l'eczéma dès la fin de la grande crise anaphylactique, mais au cours de la désensibilisation l'eczéma a disparu tout à fait.

Discussion. — M. Lesné. Ces observations confirment ses propres travaux antérieurs avec M. Boutellier sur l'anaphylaxie passive chez le cobaye. Cette méthode est très précise. Elle a permis de montrer que ce qui est toxique dans le lait de vache pour les enfants eczémateux ce n'est pas la peptone et le lactose mais la graisse. M. Marfan souligne l'intérêt de l'étude de l'anaphylaxie passive. Il montre que c'est le seul critérium biologique de l'état anaphylactique. Les cutiréactions et les intradermoréactions n'ont pas donné de résultats. Les injections de lait (méthode de Weill) sont un moyen très sûr, mais dangereux à cause des réactions générales qu'il détermine. Il faut l'abandonner. La recherche de l'anaphylaxie avec l'anaphylaxie passive de l'animal, permettra d'établir la fréquence de l'anaphylaxie vraie, fréquence qu'on a exagérée.

Adéno-épithéliome de l'angle gauche du côlon chez un enfant de onze ans. — MM. A. Mouchet et Baranger rapportent l'observation d'un enfant entré en période d'occlusion intestinale aiguë. M. Mouchet fait une laparotomie exploratrice et trouve une tumeur de l'angle gauche du côlon, il pense à la tuberculose et fait un anus iliaque. Dans une deuxième opération la tumeur est extériorisée; dans une troisième elle est enlevée, section terminoterminale; un mois après nouvelle occlusion, nouvel anus cæcal. L'enfant est emmené par sa famille dans un état désespéré. L'examen de la pièce montre une adénoépithélioma.

L'auteur a pu en retrouver quelques cas dans la littérature allemande, mais, chez l'enfant, aucun dans la littérature française.

Cas de gangrène du pied par artérite chez un enfant de onze mois après une rougeole. — MM. A. Mouchet et Baranger. Il s'agit d'un enfant ayant fait une rougeole avec bronchopneumonie. Dans le cours de la convalescence un fait une gangrène par artérite qui nécessita l'amputation du pied gauche (M. Mouchet) et qui entraîna la mort de l'enfant au bout d'un certain temps. Le Wassermann de l'enfant et des parents était négatif. L'auteur ne peut citer qu'un cas analogue de M. Broca présenté en 1914 par M. Gallot de gangrène par artérite survenue aussi au décours d'une rougeole.

Syphilis héréditaire du col fémoral. — M. Mayet. Il s'agit d'un enfant maigre, chétif, envoyé pour coxalgie. La première radiographie montre un peu de flou du bord externe du col; cinq mois après le col entier présente un aspect tigré caractéristique de la syphilis. Il ne présente pas de stigmates. Un traitement très intense est institué, et au bout de trois mois les lésions présentent l'aspect très particulier des arthrites syphilitiques guéries (énormes travées osseuses noires).

L'auteur a pu retrouver dans ses observations un cas analogue au niveau du col de l humérus, dont il présente la radiographie. Il ne trouve d'observations analogues qu'une figure de l'extrémité inférieure du fémur dans la thèse de Bénazet.

Discussion. — M. Lereboullet rapporte le cas d'un enfant soigné depuis deux ans pour coxalgie et vu par M. Ombrédanne qui réforme ce diagnostic et pense à diagnostiquer la syphilis osseuse. Il présentait des lésions analogues, une adiposité très marquée, des antécédents négatifs, mais un Wassermann positif. Il s'agissait donc bien d'une ostéite hérédosyphilitique du col.

M. Mouchet a vu des cas qui à la radiographie présentaient un aspect analogue, mais qui n'étaient pas toujours de la syphilis.

Fréquence de l'infection tuberculeuse chez les enfants hérédo-syphilitiques. — MM. Nobécourt et Nadal publient une statistique de 745 enfants de tous âges chez lesquels ont été pratiquées la cutiréaction à la tuberculine et la réaction de Bordet-Wassermann.

Dans cette statistique :

1° Les cutiréactions positives à la tuberculine sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants à Bordet-Wassermann positif et même douteux que chez ceux ayant des Bordet-Wassermann négatif;

2° Les enfants à Bordet-Wassermann positif et même douteux ont moins souvent des cutiréactions positives que les enfants à Bordet-Wassermann négatifs;

3° Ces constatations sont les mêmes si on envisage séparément la petite, la moyenne et la grande enfance.

La syphilis congénitale ne prédispose donc pas à l'infection par le bacille de Koch.

Discussion. — M. Marfan avec la cutiréaction ne peut apprécier l'infection bacillaire, ce qui est déjà très différent de la tuberculose en activité, si elle est négative cela permet d'écarter la tuberculose. Il n'en est pas de même avec le Bordet-Wassermann. Lorsqu'il est positif la syphilis est certaine, mais s'il est négatif cela ne permet pas d'écarter la syphilis, surtout dans le premier âge ou cette réaction est très trompeuse. M. Marfan en cite des exemples.

Il faut donc protester contre l'introduction du Bordet-Wassermann comme directeur de la thérapeutique.

M. Barbier appuie cette opinion. Il a actuellement dans son service, quatre mères avec Bordet-Wassermann positif, avec nourrissons atrophiques, mais à Bordet-Wassermann négatif. D'Astros a signalé des cas semblables. Un Américain a rapporté un cas de jumeaux chez lequel l'un avait un Bordet-Wassermann positif et l'autre négatif. M. Cassoute (de Marseille) montre, dans un travail, que chez les jeunes enfants, le Bordet-Wassermann négatif ne doit pas faire écarter le diagnostic d'hérédosyphilis et retarder le traitement. Il montre aussi qu'il y a des nourrissons hérédosyphilitiques avec un état général parfois excellent et qui ne présentent les signes d'hérédosyphilis que plus tard.

M. Nobécourt constate que tout le monde est d'accord sur la non valeur d'un Bordet-Wassermann négatif chez le nourrisson. Mais en s'en tenant aux cutiréactions et au Bordet-Wassermann positif, on voit que la syphilis congénitale ne prédispose pas à la tuberculisation.

Sur les signes de l'hérédosyphilis. (*Discussion.*) — M. H. Lemaire. A la suite d'une communication faite en juin, par MM. Lemaire et David : « L'hérédosyphilis à une consultation de nourrissons. » La Société a décidé de mettre cette question à l'étude. M. Lemaire rappelle que sur 1.000 nourrissons 190 présentaient des signes d'hérédosyphilis, soit 19 p. 100. Les signes d'hérédosyphilis sont de deux ordres : 1° Les signes de certitude qui pour M. Marfan sont les accidents cutanéo-muqueux, de coryza spécifique, la maladie de Parrot, la splénomégalie des premières semaines (s'il n'y a ni tuberculose, ni paludisme); enfin la réaction de Bordet-Wassermann positive.

Sur 190 cas, 124 présentaient un ou plusieurs de ces signes; 2° Les 66 derniers (34 p. 100) ne présentaient que des signes de probabilité, en général multiples.

Les principaux sont : accouchements avant terme, mort-nés, avortements, grossesses gémellaires univitellines de la mère; chez l'enfant, débilité congénitale, rachitisme précoce, cranio-tabes, développement exagéré de la circulation épicranienne, polymicroadénopathie, vomissements habituels, athrepsie dans l'allaitement au sein, splénomégalie, ictère à évolution prolongée, hépatomégalie, convulsions essentielles, cris nocturnes, hydrocéphalie, hydrocèle enkystée avec induration testiculaire, mongolisme, hypertrophie du thymus, maladie de Roger.

L'auteur montre, à propos des vomissements habituels, comment il faut porter ce diagnostic : 1° Il faut d'abord faire une étude précise du mode d'alimentation et rechercher ses erreurs; 2° il faut éliminer par la radioscopie les sténoses partielles ; 3° il reste enfin des gastrospasmes avec ou sans pylorospasme. Ceux-ci se divisent en deux groupes à peu près égaux. Le premier comprend les enfants qui, en quinze jours sont guéris par les antispasmodiques; le deuxième, les enfants qui, dans la proportion de 70 p. 100 sont guéris par un traitement spécifique.

L'auteur cite deux cas où les vomissements habituels étaient le seul signe d'hérédosyphilis.

Dans l'un, la mère ramenait l'enfant, trois mois après, avec une hydrocéphalie qui céda au traitement.

Discussion. — M. COMBY trouve les chiffres de M. Lemaire exagérés. S'il croit aux signes de certitude, il ne croit pas aux signes de probabilité, même s'ils sont multiples.

Pour les accouchements prématurés et les mort-nés, cela n'a de valeur que s'il y a eu répétition.

Il n'attache aucune valeur de spécificité aux jumeaux, à la débilité congénitale, au cranio-tabes, à l'exagération de la circulation épicranienne, à la micropoliadénopathie, à l'athrepsie, à l'hypotrophie, aux vomissements habituels, à l'ictère prolongé, aux convulsions essentielles, hydrocéphalie, hydrocèle. Cela n'a pas de valeur s'il n'existe en même temps des signes de certitude.

M. Comby insiste sur le rachitisme et le cranio-tabes qu'il étudie depuis quarante ans et qui est d'une grande fréquence (25 p. 100). Le ramollissement des os du crâne n'a aucun rapport avec le rachitisme et l'hérédosyphilis. Il n'a aucune valeur séméiologique.

Le mongolisme, dont il a observé 100 cas, la plupart non hérédosyphilitiques, mais survenant lorsque les générateurs sont épuisés, surtout par des dépressions morales.

Au total, il ne faut pas poser le diagnostic d'hérédosyphilis sur des signes de probabilité.

Le résultat du traitement spécifique n'est guère une preuve non plus, le mercure, l'iode, l'arsenic ayant une action dans des états morbides très dissemblables.

M. APERT montre que l'enquête doit être faite avec une grande précision. Ce qui est important pour supposer la syphilis ce n'est pas un ou plusieurs avortements de six semaines, deux mois, c'est l'accouchement répété à cinq, six mois; pour les mort-nés, ce n'est pas un enfant né pendant le travail, mais un enfant macéré qui est probant. De même, la polymortalité en bas âge, si les enfants ont été élevés au biberon ne signifie rien, il n'en est pas de même s'il s'agit d'allaitement au sein M. LESNÉ appuie ces observations. Il remarque que le Wassermann est très difficile à faire chez le nouveau-né et très variable à quelques jours d'intervalle. Il faut prendre le sérum chez l'enfant à jeun ou très loin d'un repas. Pour sa part, dans le même hôpital que M. Lemaire, sur 900 enfants de la crèche, il ne trouve que 5 p. 100 d'hérédosyphilitiques.

Pour le mongolisme, sur 15 cas qu'il a suivis, 1 seul était hérédosyphilitique (tabes de la mère).

M. H. LEMAIRE rapporte 21 cas de mongolisme qu'il a observés, sur lesquels 12 présentaient des signes de certitude associés le plus sorvent avec un Bordet-Wassermann positif de la mère Dans 1 seul cas, il relève une secousse morale, et 9 fois sur 10 il s'agissait de femmes jeunes et à leur première grossesse.

(La discussion continuera à la prochaine séance.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DENTAIRE

La question dentaire fait des progrès lents, mais continus, dans la voie qu'ont déjà suivie les autres spécialités, le rattachement à la médecine. Le bloc des opposants à cette réforme commence à se désagréger. Les quelques chirurgiens-dentistes, partisans du début du doctorat en médecine obligatoire, se sont multipliés; ils constituent maintenant des groupements et il paraît en être résulté des discussions un peu vives avec leurs confrères.

Ils accusent les dirigeants des chirurgiens-dentistes de ne s'occuper dans cette question que du maintien de leur situation privilégiée. Il est évident qu'il est d'autant plus aisé de mener des groupes que le niveau moyen y est moins élevé, et qu'il y a tout intérêt pour assurer sa situation à maintenir la médiocrité générale ou à la modifier le moins possible. Quant aux autres, ceux qui sont ainsi conduits, les plus nombreux, ils suivent sans comprendre exactement la question, heureux dans leur routine et craignant tout changement susceptible, croient-ils, de diminuer leur propre titre. Ils ne voient point qu'ils n'auraient qu'à gagner eux-mêmes à un relèvement général de leur profession; ils ne pourraient guère y perdre, même si leurs craintes étaient justifiées, car une réforme de cet ordre ne donnerait son plein effet qu'à la longue, et, il y a lieu de remarquer que beaucoup d'entre eux, malgré leurs discours, font faire à leurs enfants des études médicales. Ils se plaignent, à juste titre, que leur profession est encombrée par de nombreux étrangers, qui viennent exercer en France, dans des conditions plus ou moins légales, grâce à des équivalences plus ou moins équivoques. L'obligation du doctorat en médecine, diplôme mieux défini et tout de même moins aisé à se procurer, constituerait une barrière beaucoup plus efficace que toutes leurs protestations.

Nous voulons croire que, dans cette affaire, les intérêts personnels, si tant est qu'ils puissent être mis en cause, s'effaceront devant l'intérêt général; que chacun, dans ce débat voudra bien adopter officiellement la conduite qu'il tient dans le privé, qu'il ne refusera point aux élèves les avantages qu'il veut pour ses enfants. Les chirurgiens-dentistes recherchent comme professeurs, dans leurs écoles, les docteurs en médecine, consacrant ainsi eux-mêmes la valeur de ce titre : comment pourraient-ils dès lors continuer à prétendre que tels qui sont bons comme professeurs n'auraient pu faire que de mauvais élèves?

Ils tiennent un raisonnement qui heurte également le bon sens le plus élémentaire lorsqu'ils déclarent qu'un peu plus de culture générale serait nécessaire pour le futur dentiste, mais que celle-ci ne doit pas dépasser les limites du baccalauréat sous peine de devenir immédiatement nuisible. Si cela pouvait être exact, que ne devrait-on pas penser de cette profession et de ceux qui l'exercent?

Il nous semble que cette spécialité a mieux à faire qu'à continuer sa besogne routinière, boucher des trous, remplacer plus ou moins bien des organes absents ou que l'on a dû supprimer faute d'une thérapeutique appropriée. Mais pour pouvoir sortir de cette ornière et arriver à des conceptions plus scientifiques des lésions des organes dentaires et de leur traitement, n'est-il pas évident qu'il serait indispensable que ceux qui s'en occupent fussent dotés d'une instruction suffisante pour pouvoir aborder ces problèmes et en envisager les solutions possibles. En somme des études médicales complètes seraient nécessaires à ces spécialistes, et on pourrait alors voir évoluer ces questions, comme ont fait les autres spécialités, du jour où elles sont rentrées dans le cadre de la médecine.

Il faut donc espérer que les adversaires du doctorat en médecine obligatoire pour l'exercice de l'art dentaire, comprendront bientôt l'illogisme de leur attitude; elle ne tend à rien moins qu'à maintenir dans une médiocrité fâcheuse leur spécialité et elle l'arrête dans son évolution normale vers un progrès qui ne pourrait qu'être honorable pour ceux qui l'exercent et profitable à tous ceux qui doivent y avoir recours.

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 14 janvier. — Jury : MM. Ménétrier, président; Broca (Aug.), Couvelaire et Labbé (M). — Mme POUCHET. Contribution à l'étude du rachitisme. — M. LEBLANC. Anaphylaxie et choc avec leurs rapports avec la puerpéralité. — M. VENTRE (André). L'atharvan (sorcier guérisseur). — M. ROUILLON (André). Lésions osseuses.

Mardi 15 janvier. — Jury : MM. Letulle, président; Bezançon, Cunéo et Nobécourt. — M. MINVIELLE. Epithélioma primitif de l'intestin grêle. — M. BONNOT. Etude des troubles de la tension artérielle chez les syphilitiques. — M. BIAR L'épithélioma primitif des oviductes. — M. DAMAS (André). Contribution à l'étude de la granulie à forme thoracique.

Jeudi 17 janvier. — Jury : MM. Balthazard, président; Lejars, Guillain et Schwartz. — M. GODBILLE (Pierre). Etude du traitement des pleurésies purulentes. — M. CHANTEMESSE (Robert). La vaccination antityphique dans l'armée navale. — M. SCHTERMANN (S.). Les dépôts mortuaires à Paris. — M. SOULAS. Etude de la syphilis.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SGC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quarante-trois greffes du singe à l'homme (38 planches), par le docteur Serge Voronoff. Un vol., 255 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, O. Doin.

La vie humaine (étude morphologique). 2e fascicule : *Développement. Croissance*, par le docteur Mac-Auliffe, directeur-adjoint du Laboratoire de psychologie pathologique à l'Ecole pratique des hautes études. Un vol., 224 pages. — Paris, Legrand.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Une place d'interne est actuellement vacante au sanatorium d'Hendaye. Les candidats sont priés de s'adresser *d'urgence* à l'Assistance publique, service de santé, 3, avenue Victoria, Paris.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le professeur Roger et M. le professeur Widal sont nommés, pour quatre ans, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La Faculté a conféré le grade de docteur *honoris causa* à M. le professeur Julin, de l'Université de Liége.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 9 janvier 1924, le certificat d'études supérieures de sciences portant le titre de « Certificat de physique expérimentale » que la Faculté des sciences de l'Université de Bordeaux a été autorisée à délivrer, par arrêté en date du 1er juillet 1886, est supprimé.

— TOULOUSE. — *Prix de thèses.* — Prix Lasserre : M. Giscard; médaille d'or : M. Stillmunkès; médailles de vermeil : MM. Arlaud et Bernardbeig; médailles d'argent : MM. Chansou, Laurentié, Rascol, Montalègre; mentions honorables : MM. Bernadet, Liant, Rouquette.

Prix de la Faculté. — *Première année de doctorat.* — Prix Gaussail, M. Mézard; prix de fin d'année : M. Gadrat; mention : MM. Ducoudray et Dubau; travaux pratiques : 1er prix, M. Ducoudray; 2e prix, M. Dubau.

Deuxième année. — Prix Gaussail : M. Coudane; prix de fin d'année : M. Planques; mention : M. Charrié; travaux pratiques : 1er prix, M. Calvet.

Troisième année. — Prix de fin d'année : M. Lassalle; travaux pratiques : 1er prix, M. Lassalle.

Quatrième année. — Prix de fin d'année : M. Pommepuy; mention, M. Vieu; travaux pratiques : 1er prix, M. Vieu.

Cinquième année. — Prix de fin d'année : M. Cabanié; mention : M. Lapasset; travaux pratiques : 1er prix, M. Lapasset.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Vincent et Deroubaix comme interne des hôpitaux, de MM. Buisine, Philippe et Godin, comme internes de la Faculté.

— Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Parzy, Lohéac, Jilliot, Mlle Sorne, MM. Delecour, Denis, Declercq, et Descamps.

GUERRE. — SECTION TECHNIQUE. — Sont désignés comme membres externes de la section technique du Service de santé pour l'année 1924 :

MM. Coullaud, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire Villemin, à Paris; Bichelonne, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire Percy, à Issy-les-Moulineaux; Spire, médecin principal de 2e classe à l'Ecole supérieure de guerre; Boigey, médecin principal de 2e classe à l'école normale de gymnastique de Joinville; Pasteur, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Boyé, médecin-major de 1re classe au 503e rég. de chars d'assaut; Delater, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Pontoizeau, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire Villemin, à Paris; Maguenot, médecin-major de 2e classe au rég. des sapeurs-pompiers.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales le lundi 10 mars 1924, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à sept.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et

de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacerès, jusqu'au mercredi 20 février 1924.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE. — Le sixième dîner de l'Amicale des confrères bretons aura lieu le mercredi 23 janvier, à 20 heures, au buffet de la gare de Lyon, à Paris. Tenue de ville. Prix : 25 francs, service compris.

Prière d'adresser les adhésions au dîner, en temps utile, au docteur Larcher, 1, rue du Dôme, XVIe. Tél. Passy 20-03.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE BORDEAUX. — L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Bordeaux a décidé la création d'un journal, organe de liaison entre tous ses membres dispersés. Ce journal, *Le Bulletin médical de Bordeaux*, contiendra, avec des questions d'internat, des questions pratiques rédigées par des médecins et chirurgiens des hôpitaux et des spécialistes avertis. De plus, il publiera l'analyse des thèses et des extraits et analyses des principaux articles parus dans les périodiques médicaux.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE. — La vingt-cinquième séance de réouverture des cours aura lieu le jeudi 17 janvier, à 5 heures, sous la présidence de M. le professeur Maignon, professeur à l'école d'Alfort.

ORDRE DU JOUR. — Docteur Bérillon : L'Ecole de psychologie et la psychologie appliquée.

Docteur Brion : Les rapports du système glandulaire avec la psychologie.

Allocution du professeur Maignon.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SCILLARÈNE

GLUCOSIDE CRISTALLISÉ, PRINCIPE ACTIF ISOLÉ DU BULBE DE LA SCILLE; SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur H. BARJOU.

Pourquoi la scille, médicament connu de tous les médecins pour ses propriétés toni-cardiaques et diurétiques, est-elle tombée dans le discrédit?

C'est, avant tout, parce que la poudre de scille a des effets inconstants, parfois même dangereux, en raison de sa composition très inégale en principes actifs et en produits toxiques.

Le professeur Gabriel Perrin, qui a bien étudié cette question, expose que ces principes actifs varient parfois du simple au double, de telle sorte que, le praticien ne peut pas manier cette substance avec toute la tranquillité et la certitude nécessaires.

Cependant, les propriétés thérapeutiques de la scille sont remarquables, et maintenant que le principe actif du bulbe de la scille a été isolé sous la forme d'un *glucoside cristallisé* (le scillarène) l'étude physiologique et clinique de la scille a pu être reprise et a donné des résultats fort intéressants. Le professeur Gabriel Perrin dans un travail de physiologie et de thérapeutique (1) et le docteur Calac dans sa thèse inaugurale (2), ont poussé très loin ces recherches, et, leurs conclusions à peu près identiques, méritent d'être signalées dans un court résumé :

Pour ces auteurs : « Le scillarène allonge et renforce la diastole, augmente le tonus cardiaque, élève la pression artérielle », de plus, il ne s'accumule pour ainsi dire pas, car « le cœur arrêté en systole sous l'influence du glucoside de la scille, reprend son activité après des lavages dans la solution de Ringer ». C'est la preuve de la non adhérence du glucoside à la fibre cardiaque et de sa facile élimination.

(1) PERRIN. *Gaz. des hôpit.*, 10 juillet 1923.
(2) CALAC. *Th. de Toulouse*, 1923.

Au point de vue clinique, le scillarène ne remplace pas la digitale ; il occupe une place spéciale dans la thérapeutique, entre la digitale et la théobromine, grâce à un pouvoir toni-cardiaque et diurétique constant, régulier, progressif, sans danger d'accumulation et sans effets secondaires sur le rein et sur l'estomac.

C'est là un fait nouveau dans la médication par la scille et un progrès réalisé en cardiologie.

Ce qui intéresse surtout le praticien, c'est de connaître les propriétés *spéciales* du glucoside de la scille, c'est de savoir les raisons qui donnent à ce principe actif une place nouvelle dans la pratique médicale. Perrin et Calac ont répondu à cette question essentielle, et ils ont reconnu au médicament les propriétés suivantes : Avec un dosage exact et une posologie précise, il maintient la compensation obtenue par la digitale, il permet un traitement cardio-rénal aussi prolongé qu'il est nécessaire, sans danger d'accumulation et presque sans toxicité, enfin, il agit dans les cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus.

C'est à la suite de ces constatations, que Cheinisse (1) a pu écrire : « La scille est réhabilitée » marquant ainsi devant l'opinion médicale le fait nouveau à retenir.

D'autres précisions ont été données encore sur l'utilisation du glucoside de la scille. Nous savons par exemple que :

1° Ce corps cristallisé est le médicament de choix des cardiopathies moyennes, lorsque l'indication de la digitale et du strophantus n'est pas encore formelle.

2° Il permet de reculer, à une échéance lointaine, l'utilisation de ces médicaments, en maintenant suffisante l'activité du cœur et du rein.

3° Lorsque, après l'utilisation habituelle de la digitale ou de la digitaline, on emploie le scillarène aux doses moyennes, on maintient un état physiologique tout à fait favorable, et, pendant longtemps, dans les cas, même graves et anciens, de cardiopathies.

On s'explique donc pourquoi, grâce à ce glucoside, la médication par la scille prend en ce moment une place importante en cardiologie, et pourquoi, M. le professeur Rathery citait récemment le scillarène dans un très remarquable travail de thérapeutique (2).

En outre, des recherches nouvelles sont faites sur la question de savoir si, avec le glucoside de la scille, il ne sera pas plus facile d'obtenir la disparition de l'azotémie dans certaines néphrites, comme tendent à le faire espérer les travaux du professeur Pic (de Lyon) sur l'action de la scille envisagée à ce point de vue.

Pour toutes ces indications, la posologie du scillarène est la même.

On utilise par jour, un à quatre comprimés ou une à quatre fois XV gouttes de la solution, dont 1 centimètre cube renferme un demi-milligramme de principe actif. Dans les cas où on veut agir vite, on emploiera les ampoules de scillarène à la dose de une à trois par vingt-quatre heures, et de préférence par la voie intramusculaire. L'injection est bien tolérée.

(1) CHEINISSE. *Presse méd.*, 4 août 1923.
(2) RATHERY *Paris méd.*, 1er déc. 1923.

CRISE VASCULO-SANGUINE
PAR CHLORURE DE SODIUM
CHEZ DES CARDIO-RÉNAUX

Par le docteur J. LE CALVÉ (de Redon).

Le chlorure de sodium alimentaire abaisse la pression des brightiques porteurs d'œdèmes discrets ou apparents, trouble la coagulabilité de leur sang, fait varier fréquemment le nombre des leucocytes, augmente le chlorure de sodium du sang, modifie le taux des albumines sériques.

I. Action sur la pression. — *a.* Comme terme de comparaison, interrogeons les variations de la pression, prise au Pachon, chez dix individus de quinze à vingt-huit ans, à cœur, reins, foie, d'un fonctionnement irréprochable. A ces sujets, à jeun depuis la veille au soir, couchés, on fait boire 400 grammes de lait additionné de 10 grammes de sel. La pression recueillie cinq minutes après le repas, puis de quart d'heure en quart d'heure pendant deux heures, est influencée de la même façon. Toutes les courbes sont comparables à peu de chose près.

De la cinquième à la vingtième minute, la *pression maxima* s'élève de 1,2 divisions, subit un certain fléchissement après la demi-heure, remonte ensuite très légèrement ou se maintient en palier, puis se redresse et vient avoisiner son point de départ vers la deuxième heure. La *minima* reproduit assez fidèlement les oscillations de la maxima. L'indice oscillométrique s'élève par gradins successifs, s'infléchit à partir de la cinquantième minute.

Vient-on à recommencer cette expérience, dans de semblables conditions, chez les mêmes sujets, à quelques jours de distance, mais cette fois avec du lait non salé, on note :

Une ascension de la maxima à la même période, puis une descente par échelons et retour au point de départ après une heure trente; une hypotension de la minima, dont le chiffre le plus bas est atteint vers la quarante-cinquième minute, suivie d'un relèvement regagnant le point de départ au bout de une heure trente; une élévation de l'indice oscillométrique.

Ces résultats se rapprochent en partie de ceux des recherches de Loeper. Cet auteur annonce que l'ingestion d'aliments entraîne une phase d'hypertension qui dure un quart d'heure à trois quarts d'heure, puis une phase d'hypotension qui peut faire tomber la pression de 3 centimètres.

Nous n'avons pas retrouvé cette phase d'hypotension, la pression maxima restant toujours supérieure à celle de son point de départ.

En résumé, chez les sujets normaux, si l'on excepte le relèvement de la minima par le lait salé, les caractéristiques de la pression, qu'il s'agisse du repas chloruré ou non sont les mêmes dans les deux cas; ce qu'il y a de plus démonstratif, c'est l'élévation de la maxima.

Nous fournissons dans les deux courbes ci-dessous la moyenne des pressions de nos dix sujets (fig. 1 et 2) :

b. Dans une seconde série de recherches, nous étudions la pression recueillie le matin à jeun chez dix personnes, se répartissant en deux groupes, à qui l'on sert du lait salé (400 grammes de lait, 10 grammes de sel).

1° Le premier groupe comprend trois septuagénaires sans signes nets de localisation cardio-rénale et une femme atteinte d'insuffisance mitrale en état d'hyposystolie.

La pression maxima, l'indice oscillométrique, la pression minima sont à peu près comparables à ce que nous avons décrit à propos des sujets normaux. Pour l'hyposystolique, la pression maxima fléchit un peu vers la vingtième minute, puis remonte, la minima est invariable, l'indice oscillométrique très peu modifié.

2° Le second groupe compte six cardio-rénaux

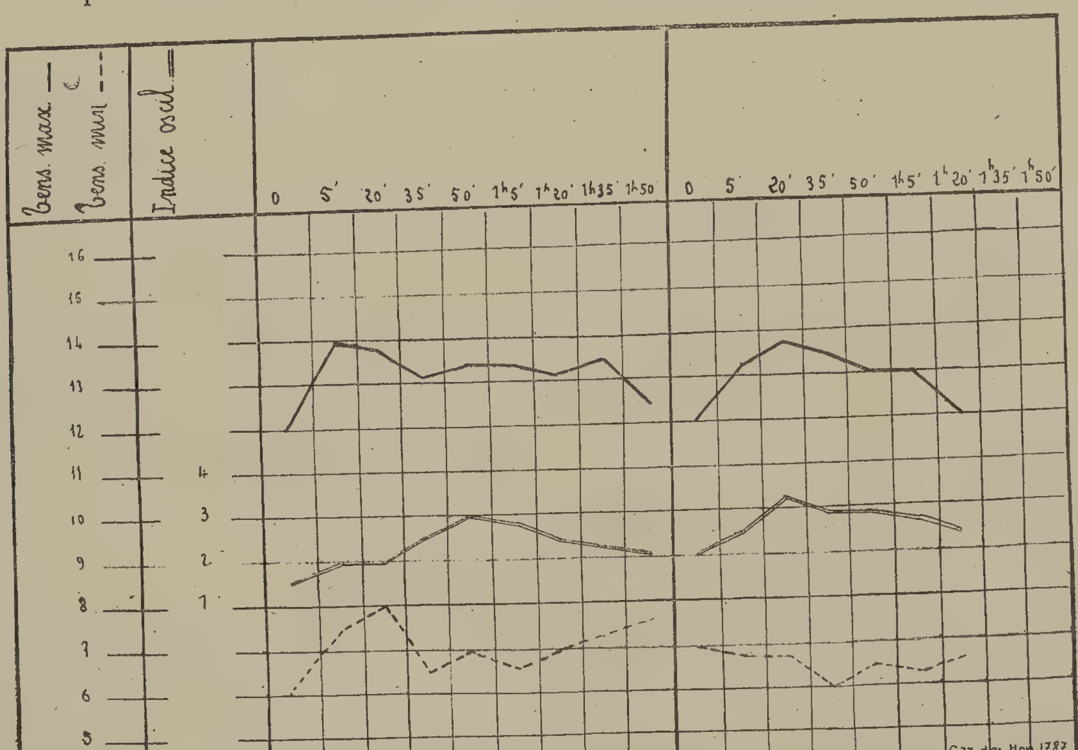


FIG. 1. — *Lait salé.* FIG. 2. — *Lait non salé.*

que nous retrouverons plus loin. Le fonctionnement actuel de leur foie est indemne comme nous l'ont montré l'examen de l'urine, l'examen clinique de l'organe faits au préalable. Ici, la pression présente des différences notables avec ce qui se passe chez les sujets normaux.

Sous l'influence du repas salé, très vite, de la cinquième à la vingtième minute, la pression maxima descend de 2, 3 centimètres. Cet abaissement continue dans les temps suivants pour atteindre 3 centimètres, quelquefois 5 centimètres au bout de l'heure. Passé ce moment, la ligne remonte graduellement pour rejoindre son point de départ au bout de deux heures. Peut-être si l'expérience était poursuivie plus longtemps, une phase d'hypertension succèderait-elle à cette hypotension. La minima s'abaisse généralement un peu au-dessous de son chiffre initial, décrit quelques oscillations, puis se rapproche de son point de départ au bout des deux heures. L'indice oscillométrique subit des oscillations en deçà et au delà de son point de départ.

En résumé, le signe le plus net relevé chez le cardio-rénal soumis à l'épreuve du lait salé, c'est l'abaissement de la pression maxima.

La moyenne des pressions des six sujets est indiquée dans la figure ci-dessous (fig. 3) :

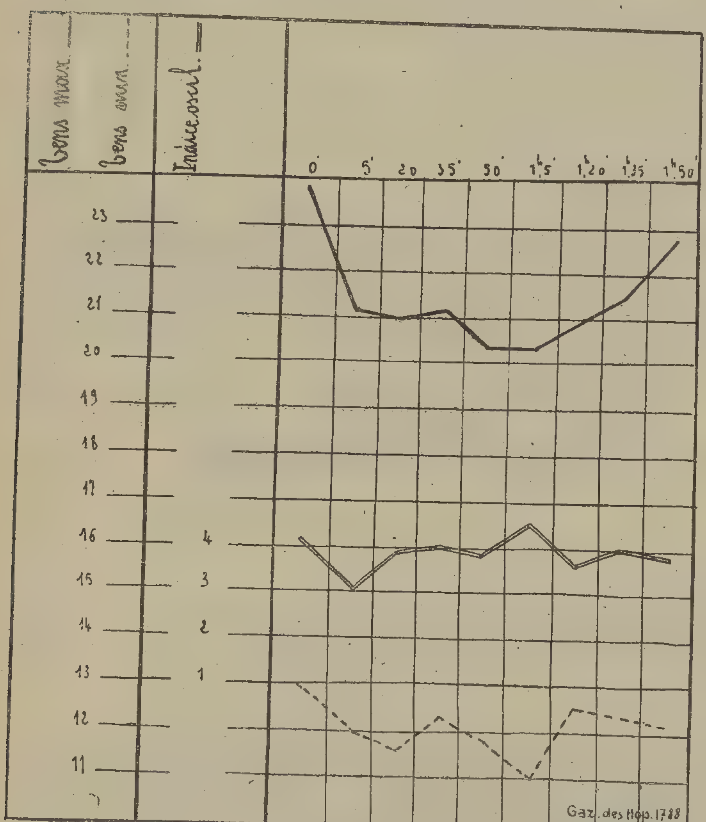


Fig. 3.

II. Action sur le sang. — Nos expériences ont porté sur 11 individus atteints d'accidents cardio-rénaux dont le foie fonctionne normalement. La marche suivie est celle-ci : le sujet est à jeun depuis la veille ; sa pression témoin est notée avant de commencer dans trois cas (n°s IV, VI, IX), elle est enregistrée après la saignée. Le pouls, le réflexe oculo-cardiaque sont indiqués.

Par la ponction d'une veine du pli du coude, on recueille dans un tube à essai 15 centimètres cubes de sang qui nous serviront pour la recherche des globules blancs, des globules rouges, le dosage de l'albumine et des chlorures. Après cette première partie du programme, la pression est inscrite de dix minutes en dix minutes pendant un temps variable, c'est-à-dire jusqu'au moment où un second échantillon de sang sera prélevé pour l'examiner comparativement au premier. Nous livrons dans le tableau ci-dessous les résultats obtenus (tableau I) :

La pression maxima est légèrement influencée par la première prise de sang, puisque chez trois sujets (n° I, VIII, X) elle monte très légèrement de 1 centimètre pour s'abaisser ensuite. Chez un autre (n° VI), elle ne subit aucune modification. Au contraire, les sept autres présentent un abaissement de la maxima comme dans la figure 3. (L'examen du second échantillon de sang porte généralement sur le moment où cette pression est abaissée, quelquefois sur celui où elle se relève.) La minima est peu touchée. L'indice oscillométrique remonte légèrement.

En somme, la ponction de la veine modère un peu l'amplitude de l'hypotension, reporte l'abaissement de la maxima à un temps un peu plus éloigné que dans la figure 3. Il n'en est pas moins vrai que dans son ensemble la courbe de la maxima est infléchie. D'où on peut conclure que chez les cardio-rénaux examinés, le repas salé a pour conséquence une *hypotension de la maxima*, altère moins fortement la minima, intervient modérément sur l'indice oscillométrique. Que l'on se reporte pour en juger, à la liste de nos observations très résumées. On trouvera, après chacune de celles-ci, l'indication de la pression initiale, suivie des chiffres pris de dix en dix minutes jusqu'au moment du second prélèvement de sang :

N° I. Ictus paralytique, dyspnée asthmatiforme, œdème malléolaire, albuminurie, rétention chlorurée :

23 Mx, 12 Mn — 24 Mx, 12 Mn, 21 Mx, 12 Mn.

N° II. Bruit galop, dyspnée, monoplégie récente, œdème prétibial :

25 Mx, 13 Mn, Io 5 — 23 Mx, 12 Mn, Io 6 — 23,5 Mx, 12 Mn, Io 6 — 23,5 Mx, 12 Mn, Io 6 —

N° III. Dyspnée nocturne, albuminurie, paralysie langue, œdème jambes :

19 Mx, 12 Mn, Io 1 — 18 Mx, 12 Mn, Io 2 — 17,5 Mx, 11 Mn, Io 2 — 17,5 Mx, 11 Mn, Io 2.

N° IV. Dyspnée nocturne, albuminurie légère, œdème jambes :

18,5 Mx, 12 Mn, Io 1 — 18,5 Mx, 12 Mn, Io 1,5 — 18 Mx, 12 Mn, Io 1,6 — 15 Mx, 10 Mn, Io 1,5 — 16 Mx, 10 Mn, Io 1,5.

N° V. Bruit galop, dyspnée d'efforts, œdème jambes :

16 Mx, 10 Mn, Io 2 — 15 Mx, 10 Mn, Io 1,5 — 15 Mx, 10 Mn, Io 2 — 15 Mx, 10 Mn, Io 4 — 15 Mx, 10 Mn, Io 4.

N° VI. Bruit galop, dyspnée nocturne, asystolie, œdème remontant jusqu'au ventre, albuminurie :

19 Mx, 14 Mn, Io 1 — 19 Mx, 14 Mn, Io 1,5 — 19 Mx, 14 Mn, Io 1, 19 Mx, 14 Mn, Io 1,5 — 19 Mx, 14 Mn, Io 1,5.

N° VII. Dyspnée nocturne, dyspnée d'effort, œdème prétibial, oligurie :

23 Mx, 12 Mn, Io 6 — 23 Mx, 12,5 Mn, Io 5 — 22,5 Mx, 12 Mn, Io 7 — 22 Mx, 12 Mn, Io 7 — 22,5 Mx, 12 Mn, Io 7 — 23 Mx, 12 Mn, Io 8.

N° VIII. Dyspnée, albuminurie, œdème volumineux membres inférieurs, rétention chlorurée :

11,5 Mx — 9 Mn — 12,5 Mx, 8 Mn — 12,5 Mx, 8,5 Mn — 11,5 Mx, 9 Mn — 11,5 Mx, 9 Mn.

Observations	Expérience	Tension Mx	Tension Mn	Tension Io	Réflexe oculo-cardiaque	Coagulation (min)	Globules rouges	Globules blancs	Formule leucocytaire Poly.	Formule leucocytaire Mono.	NaCl pour 1000 (gr.)	NaCl total du plasma (gr.)	Albumine pour 1000 (gr.)	Volume plasma (litres)
N° I H. 38 ans	Témoin	23	12		83,84	8,30	3.045.000	5.000	60	40	5,40	15,70	78,00	2,909
P = 62 Kilogr.	après 15'	21	12		92,80	8	3.560.000	7.650	65	35	5,40	18,84	66,00	3,329
II F. 63 ans	Témoin	25	13	5	72,76	12	..	..	75	25	6,06	15,91	70,50	2,460
P = 52 Kilogr.	après 25'	23	12	6	72,80	10	..	..	75	25	6,45	17,75	63,00	2,752
III F. 50 ans	Témoin	19	12	1	95,92	14	..	2.650	68	32	6,45	21,39	71,00	3,317
P = 70 Kilogr.	après 26'	18	12	2	84,76	18	..	..	82	18	6,90	23,54	69,00	3,413
IV F. 60 ans	Témoin	18,5	12	1	90,82	9	2.780.000	2.500	68	32	4,08	9,13	76,00	2,238
P = 46 Kilogr.	après 25'	16	10	1,5	90,80	16	2.710.000	1.500	73	27	5,71	13,67	71,00	2,395
V F. 49 ans	Témoin	16	10	2	85,78	15	4.070.000	3.600	74	26	5,71	20,50	75,50	3,591
P = 72 Kilogr.	après 40'	15	10	4	74,70	7	4.300.000	2.800	75	25	6,06	22,19	74,00	3,663
VI F. 60 ans	Témoin	19	14	1	97,96	15	4.080.000	4.600	70	30	6,25	20,13	76,00	3,222
P = 68 Kilogr.	après 40'	19	14	1,5	96,96	19	4.030.000	4.500	80	20	6,25	22,17	69,00	3,548
VII H. 69 ans	Témoin	23	12	6	90,84	7	4.910.000	3.600	75	25	6,06	17,22	69,00	2,842
P = 60 Kilogr.	après 50'	23	12	8	76,72	4	2.830.000	5.100	78	22	6,25	18,28	67,00	2,926
VIII F. 58 ans	Témoin	11,5	9		105,100	8	4.330.000	6.550	70	30	6,20	13,27	69,00	2,464
P = 52 Kilogr.	après 60'	11,5	9		95,90	6	4.180.000	5.950	71	29	6,40	18,36	59,00	2,870
IX H. 45 ans	Témoin	20	14	1	69,70	9	3.660.000	4.350	64	36	6,45	21,39	68,00	3,317
P = 70 Kilogr.	après 40'	19	14	2	84,84	16	2.360.000	4.700	77	23	7,20	23,52	69,00	3,268
X F. 64 ans	Témoin	13,5	9		130,80	8	3.520.000	2.850	73	27	6,40	19,41	65,00	3,034
P = 64 Kilogr.	après 60'	13	9		113,84	11	3.885.000	4.000	80	20	7,70	21,69	70,00	2,814
XI F. 60 ans	Témoin	24	6	5	90,84	9	3.700.000	5.450	64	36	5,88	14,76	70,00	2,511
P = 60 Kilogr.	après 55'	23	6	7	86,84	6	3.470.000	2.700	66	34	7,05	16,51	75,00	2,343

Gaz. des Hop 1785

TABLEAU I. — (Dans le cliché ci-dessus, 5e col., 1re ligne, lire 8,5.)

N° IX. Dyspnée d'effort, dyspnée nocturne, lésion aortique, œdème prétibial, albuminurie légère :

20 Mx, 14 Mn, Io 1 — 20 Mx, 14 Mn, Io 2 — 20 Mx, 14 Mn, Io 2 — 19 Mx, 13 Mn, Io 3 — 19 Mx, 14 Mn, Io 2.

N° X. Dyspnée diurne et nocturne, œdème jambes, tachycardie, oligurie, rétention chlorurée :

13,5 Mx, 9 Mn — 14,5 Mx, 8 Mn — 13,5 Mx, 9 Mn — 13 Mx, 9 Mn — 13 Mx, 9 Mn.

N° XI. Insuffisance aortique, albuminurie, œdème jambes et paupières, crises d'aortite :

26 Mx, 6 Mn, Io 5 — 22 Mx, 6 Mn, Io 6 — 22 Mx, 5 Mn, Io 6, 22 Mx, 6 Mn, Io 5 — 22 Mx, 6 Mn, Io 6,5 — 22 Mx, 6 Mn, Io 5 — 23 Mx, 6 Mn, Io 7.

Pas d'action marquée sur le *réflexe oculo-cardiaque*, cependant le chiffre des pulsations tend à diminuer.

La *coagulabilité* du sang est toujours modifiée, soit dans le sens de l'hypocoagulabilité, soit dans celui de l'hypercoagulabilité.

Pas de changement dans le nombre des *globules rouges* ; ce n'est que dans un cas (n° VII) que nous avons vu le chiffre nettement abaissé.

Si nous considérons maintenant le *chiffre des globules blancs*, nous voyons que dans trois cas (n° I, VII, X), il y a de l'hyperleucocytose, dans trois autres, on constate de la leucopénie, et dans les cinq derniers, le chiffre ne subit aucun changement.

Excepté pour la malade n° III chez laquelle la *formule leucocytaire* est un peu modifiée, aucune variation nette n'est décelée chez les autres.

Le repas salé fait augmenter aussitôt *la teneur du sang en sel*, et cette teneur paraît d'autant plus forte que le second prélèvement est opéré plus près du repas. L'hyperchloruration subsiste assez longtemps puisque nous l'avons retrouvée après une heure. Elle persiste dans le cas de dilution du sang survenant du fait du repas et même dans le cas de concentration ultérieure de ce sang, comme l'indique la lecture du tableau (n° IX, X et XI).

Le *taux des albumines sériques* est tantôt diminué, tantôt augmenté, selon les temps et selon les cas. Etudié dans un temps variant de quinze à quarante minutes après le repas, la diminution des albumines est la règle ; après quarante minutes, il est plus fréquent d'observer une augmentation de ces albumines. Le volume du plasma que nous déduisons du taux des albumines, selon une formule donnée dans un autre travail (1), traduit dans le cas de

(1) Echanges entre le sang et le système de la circulation extravasculaire, *Presse méd.*, 1921, n° 56.

diminution du chiffre des albumines une dilution du sang, d'autant plus importante, en général, que l'on se rapproche du repas : Les chiffres enregistrés vont d'une centaine de grammes à 400 grammes. Après cette phase de dilution, le sang rejette une partie de l'eau qu'il avait reçue, se rapproche de sa concentration normale, et même se concentre davantage dans trois cas (n° IX, X, XI), probablement dans le but de repousser le chlorure en excès. Même après cet effort d'autorégulation, le chiffre global du chlorure reste encore supérieur à celui du chiffre témoin.

Mais si, à ces sujets, on vient à faire absorber un volume d'eau de 4 à 500 grammes cette eau accède très vite dans le torrent circulatoire, lave le sang, le dilue encore (n° IV). Puis cette eau, vers la quinzième minute, sort des vaisseaux, entraînant le sel dont le chiffre peut devenir même inférieur à celui du sang témoin (n° IX) (tableau II).

Observations	Expériences	NaCl pour 1000	NaCl total plasma	Albumine pour 1000	Volume plasma
		gr.	gr.	gr.	litres
IV F. 60 ans	Témoin	4,08	9,13	76,00	2,238
P = 46 Kilogr.	25' après lait salé	5,71	13,67	71,00	2,395
	12' après prise verre eau	4,44	12,17	62,00	2,743
IX H. 45 ans	Témoin	6,45	21,39	68,00	3,317
P = 70 Kilogr.	40' après lait salé	7,20	23,52	69,00	3,268
	15' après prise verre eau	5,71	18,66	69,00	3,268

Gaz. des Hop 1786

TABLEAU II.

Que conclure de ces expériences limitées ?

C'est qu'elles devraient être répétées ; que si elles sont confirmées par un nombre important de résultats, il sera permis d'admettre que le chlorure de sodium provoque chez les cardio-rénaux œdémateux, peut-être aussi chez le cardio-rénal dépourvu d'œdème, une crise vasculo-sanguine signalée par l'abaissement de la pression, des variations dans la coagulabilité, le nombre des leucocytes, le taux des chlorures et des albumines.

Les enseignements fournis par l'étude de la pression sont, entre tous, les plus démonstratifs. Alors que nous voyons, chez le sujet sain, se relever la tension, du fait sans doute de l'arrivée dans le sang de liquides provenant du repas, cette tension s'abaisse, pendant un temps appréciable, chez le cardio-rénal, dans les vaisseaux duquel parvient cependant un volume important de liquide décelé par l'analyse. Or, nous soutenons, d'après ce que toutes nos recherches nous ont montré, que l'abaissement de la tension vasculaire facilite le passage à travers la paroi des vaisseaux. Ceux-ci sont placés par cet état dans la position la plus efficace pour permettre le rejet à leur extérieur des substances étrangères au sang, et, dans ce cas particulier, du chlorure de sodium dont il importe que le milieu sanguin se débarrasse pour rétablir sa formule chimique. Puisque nous voyons, selon les conditions pathologiques, les conditions de santé, la pression se relever on s'abaisser après le repas salé, c'est que cette pression est mue par un facteur doué de la faculté de discernement, c'est-à-dire pourvu d'une sensibilité spéciale, lui permettant d'accélérer les débits, de les régulariser, de les limiter. Ce facteur ne peut dépendre que d'une force vitale, et il nous semble difficile d'y voir autre chose qu'une *réaction vaso-motrice*. Nous estimons donc que chez les cardio-rénaux, le chlorure de sodium actionne le système vaso-moteur régulateur des vaisseaux, dans le sens le plus favorable pour réaliser l'autorégulation du sang comme nous allons l'expliquer.

En même temps que le sel, de l'eau provenant du repas, et peut-être aussi des espaces périvasculaires, rentre dans le sang. En raison de l'état particulier de la paroi découlant de l'abaissement de la pression, cette eau est peu à peu déversée dans le système extravasculaire repoussant là une partie du sel alimentaire entré dans la circulation. A une dilution observée dans la première phase succédera donc un retour à la concentration primitive du sang, quelquefois une concentration plus grande qu'au point de départ. Cependant, tous ces courants efférents ne réussissent pas encore à débarrasser le sang ; une heure après le repas, la masse sanguine retient encore une partie du sel étranger. A quoi est due cette rétention chlorurée ? Devons-nous la comprendre comme étant causée par une imperméabilité des vaisseaux de l'organisme entier comme le pense le professeur Achard ? Ou encore, comme le veut le professeur Teissier, résulte-t-elle d'une union entre le chlorure et les albumines sanguines, union qui serait difficile à dissocier ? Quoi qu'il en soit, pour balayer le sel qui reste dans le sang, il est nécessaire que de l'eau arrive incessamment dans les vaisseaux pour laver le milieu sanguin. Il faut donc beaucoup d'eau pour entraîner peu de sel, comme il faut beaucoup d'eau pour laver un filtre en partie obstrué. Dans ces déplacements, il nous paraît que l'eau joue le rôle principal, qu'elle est l'entraîneur et non l'entraînée.

Cette eau chassée dans les tissus après la stimulation initiale des vasomoteurs par le chlorure de sodium, peut rentrer dans le sang, après cette phase, pour être éliminée par le rein. Mais quand l'organe de la dépuration urinaire est insuffisant pour assurer l'excrétion, que le filtre rénal est bouché pour le chlorure comme le filtre pariétal, en général, l'eau et le chlorure demeurent dans les tissus et constituent l'œdème.

L'œdème brightique est donc l'aboutissant de la crise vasculo-sanguine que le chlorure de sodium réalise chez les cardio-rénaux. Cette crise vasculo-sanguine que l'on peut attribuer à une *intolérance spéciale*, à laquelle sont amenés les sujets par les altérations de leur rein et de leurs vaisseaux, a pour fonction d'assurer l'autorégulation sanguine, d'ouvrir devant les corps que le filtre rénal ne laisse pas passer une porte de sortie dégageant le sang, de provoquer des dérivations dans les territoires où l'accumulation de ces corps est moins nuisible que dans le sang. Mais, nous le répétons, la cause déterminante, celle d'où découlent tous les autres effets,

est une *incitation vaso-motrice déclanchée par le chlorure de sodium*.

Si l'on admet avec nous l'ébranlement des vaso-moteurs chez les cardio-rénaux œdémateux, on peut également concevoir qu'une autre dépendance du sympathique est stimulée par le chlorure chez certains autres cardio-rénaux, produisant les crises de dyspnée avec toutes leurs variétés, que l'on voit quelquefois alterner avec l'œdème, le précéder, ou rester seules en cause. L'hypothèse de la perméabilité vasculaire plus ou moins grande permet aussi d'expliquer la *rétention chlorurée sèche* : ici il ne sera pas besoin de grandes quantités d'eau pour mobiliser le chlorure et le rejeter à l'extérieur.

ACTUALITÉS

DE LA CRYPTESTHÉSIE

Au congrès international de physiologie d'Edimbourg, en juillet 1923, le professeur Charles RICHET a prononcé un important discours sur : « Les voies non sensorielles de la connaissance et la méthode expérimentale ». En d'autres termes, il a exposé ce que nous nous imaginons savoir de l'existence d'une sensibilité cachée (cryptesthésie), grâce à laquelle nous sommes avertis de certains événements qu'il est impossible de connaître par les moyens ordinaires. De cette source d'information mystérieuse, on parle depuis longtemps ; l'Antiquité et le Moyen âge y crurent d'un accord presque unanime et aujourd'hui beaucoup de gens y croient encore. Si l'on devait se fier uniquement à l'assentiment populaire pour accepter la réalité du phénomène, chacun devrait s'incliner. Mais la critique moderne est plus difficile ; il lui faut des preuves vérifiables et un contrôle rigoureux qui ont jusqu'ici manqué. Ces preuves, sinon ce contrôle, M. Charles RICHET se propose de les fournir.

*
* *

Quelque extraordinaire que cela nous semble, il y a, en effet, des faits troublants. En voici un, typique, que j'emprunte au texte même de M. Charles RICHET (1) : « M. SMITH, employé de banque à Londres, rentre chez lui et, après dîner, causait tranquillement avec sa femme. Soudain il s'arrête et lui dit : Quelle heure est-il? — Il est 8 h. 45. — C'est donc à 8 h. 45 que Fried est mort, je viens de le voir. « Or, exactement à cette même minute mourait *subitement* Fried. » Le fait est curieux. Est-il probant? C'est une autre question. L'important dans cette histoire est évidemment l'heure à laquelle a été notée, par M. SMITH, l'impression cryptesthésique, et qui doit témoigner, par elle-même, de l'impossibilité où se trouve le sujet d'avoir connaissance de l'accident considéré par la voie sensorielle. Par conséquent toute la démonstration est basée sur le contrôle exact de l'heure. Or, ce contrôle ne peut pas se faire, à moins qu'on ne soit prévenu à l'avance de l'événement qui va se produire. Quand a lieu une hallucination pénible de cette sorte, on n'est pas sans éprouver, je suppose, une certaine émotion qui empêche de penser tout de suite à regarder une montre, laquelle d'ailleurs peut avancer ou retarder sur l'heure vraie. J'admire le sang-froid de ces gens qui, au moment de l'apparition de quelque personne chère en danger ou morte, ne pensent qu'à noter soigneusement la minute et j'avoue qu'une telle précaution, en un tel moment, me fait craindre quelque arrangement après-coup des circonstances du phénomène. Qu'un monsieur vienne me dire : il y a trois minutes que mon frère ou mon père ou mon cousin est mort à San Francisco et que le fait soit ensuite rigoureusement confirmé, quant à la date et à l'heure, et je commencerai à regarder la cryptesthésie d'un œil moins critique.

M. Charles RICHET cite d'autres faits du même genre, tous passibles des mêmes doutes ; il les accepte néanmoins et discute les explications qu'on ne peut donner. Il en trouve quatre : 1° Récit mensonger, incomplet, inexact ; 50 p. 100 des faits rapportés rentreraient dans cette catégorie ; proportion bien modeste ; néanmoins ce qu'elle laisse en dehors requiert une autre interprétation ; 2° le hasard, mais la probabilité de coïncidence fortuite est si faible qu'il convient de la mettre de côté ; 3° le corps astral des spirites, mais le fantôme est subjectif, n'est vu que par une certaine personne et, d'ailleurs, il ne s'agit pas toujours de mort ; 4° enfin certains faits n'ébranlent pas nos sens, mais parviennent cependant à notre intellect par une voie inconnue, indépendante du temps et de l'espace.

Parmi toutes ces hypothèses, et abstraction faite de celle du corps astral, en faveur de laquelle militeraient pourtant les innombrables récits d'hallucinations collectives, il est évident que la dernière est la moins acceptable. Pour M. Charles RICHET, la cryptesthésie est un phénomène naturel, physiologique. Nous n'avons pas la prétention de connaître toutes les forces de l'univers, mais toutes celles que nous connaissons obéissent à certaines lois de propagation, auxquelles paraît se soustraire la cryptesthésie, puisque l'instantanéité de l'événement et de l'impression, quelle que soit la distance, constitue la preuve constamment cherchée de sa réalité. En supposant qu'il s'agisse de radiations encore inconnues (et on ne peut guère imaginer autre chose), celles-ci seraient soumises aux lois communes et la monition n'y est pas, puisqu'elle se rit des obstacles et de la durée. On peut admettre l'erreur, la fraude, le hasard. Admettre, sans croyance mystique, quelque chose, une force si extranaturelle est faire une hypothèse bien invraisemblable.

Il y a là un trait psychologique presque caractéristique des métapsychistes, ainsi que l'a déjà remarqué G. LE BON ; leur crédulité est prodigieuse, et, entre deux hypothèses, c'est toujours la plus étrange qu'ils choisissent. CROOKES a été, contre l'évidence, victime de Florence COOK ; Eusapia PALLADINO a trompé tous ceux qui ont tenté des expériences avec elle, et M. Charles RICHET lui-même s'est laissé abuser. Au cours de matérialisations, en Algérie, le célèbre professeur vit émaner, du corps d'une jeune médium, un guerrier casqué à la romaine ; il l'examina aussitôt et constata qu'il avait une température normale, un pouls régulier et que ses poumons dégageaient de l'acide carbonique. N'importe qui eût pensé que ce prétendu fantôme était tout bonnement un gaillard en chair et en os ; c'était la conclusion qui s'imposait. Ce ne fut pas celle de M. Charles RICHET, qui préféra croire que son fantôme possédait les caractéristiques physiologiques d'un être vivant. En métapsychique, la croyance, issue de l'inconscient, l'emporte sur la

(1) Ch. RICHET. *Presse méd.*, 10 nov. 1923, p. 937.

logique rationnelle et même le simple bon sens, et c'est pourquoi, en ce domaine, les plus grands savants, Crookes, Lombroso, Morselli, d'Arsonval, Wallace et tant d'autres, ont pu être constamment trompés sans arriver à le discerner. Etre trompé en bonne compagnie n'empêche pas l'erreur.

A côté des observations du même genre que celles qui ont été rapportées plus haut, M. Charles Richet signale quelques faits de lucidité, chez des personnes en état d'hypnose ou non. Ils n'offrent pas d'intérêt spécial : c'est toujours la même chose : lecture à travers une enveloppe de phrases tenues secrètes, communications, à une personne, de renseignements intimes la concernant ou concernant sa famille, etc. Ces faits, d'ailleurs banals, suggèrent deux questions. D'abord, comment les gens qui sont doués d'un tel pouvoir de divination, et qui le savent, ne l'utilisent-ils jamais à rien de pratique ? M. Charles Richet répond qu'ils ne se soucient pas de faire ces expériences. Toutes les fois qu'ils y consentent, ils réussissent, mais ils consentent rarement, sans doute quand ils ont pu prendre leurs précautions, et ceci amène à la seconde question : Pour quelle raison ces expériences ne réussissent-elles jamais que devant les personnes convaincues d'avance ou du moins très disposées à croire ? Car, c'est un fait, le sceptique s'oppose au succès et dès qu'on cherche à contrôler un peu sérieusement, on n'obtient plus rien du tout, comme vient de le prouver le rapport officiel relatif aux recherches faites tout dernièrement (novembre) à la Sorbonne avec le médium Guzik. On parle de fluides antagonistes ; mais il faudrait d'abord démontrer l'existence de ces fluides qu'on n'invoque que pour les besoins de la cause. Que sont ces fluides ? Ne seraient-ils pas de la même espèce que les fameux rayons N de Blondlot ?

* * *

On doit maintenant faire une remarque. M. Charles Richet et ses confrères en métapsychique ont pu réunir à grand'peine une centaine d'observations d'apparence assez sérieuse pour qu'on en fasse état. Mais qu'on songe aux milliers et aux centaines de milliers de fausses monitions et de pseudo-lucidité. Il est peu de personnes qui n'aient cru recevoir un de ces avertissements mystérieux que la cryptesthésie enregistre dans ses annales, mais l'avertissement était illusoire et l'événement annoncé ne s'est pas produit. J'en veux citer un exemple. Le soir de l'accident du chemin de fer de Meudon, avant que la nouvelle n'en fût parvenue à Paris, un commerçant de la rue de Buci dit tout à coup à sa femme : « C'est drôle, il me semble que mon frère est mort ». Ce frère possédait une maison de campagne à Meudon où il passait ses dimanches et l'accident eut lieu un dimanche. Naturellement, le commerçant, aussitôt qu'il connut la nouvelle, crut vraiment que son frère avait été tué dans la catastrophe. Il n'en était rien, car, à l'heure où elle se produisit, le propriétaire fumait tranquillement une pipe dans son jardin. Je sais que les faits négatifs, si nombreux qu'ils soient, ne sauraient acquérir la valeur d'un fait positif. On doit pourtant en tenir un certain compte quand ce ne serait qu'en raison des éclaircissements qu'ils peuvent apporter. Toute personne peut, à chaque instant, penser que son frère est mort. S'il est mort, en effet, on crie à la cryptesthésie, mais, s'il n'est pas mort, nul ne prête attention au pressentiment. Et, cependant, le mécanisme de la monition est, dans ces deux cas, exactement le même : l'impression reste purement subjective ; elle émane de l'inconscient et peut être que, pour en expliquer la nature, Freud aurait ici à dire son mot ; par elle-même, elle ne comporte pas plus de réalisation qu'une image onirique. M. Charles Richet pense que la probabilité d'une coïncidence entre l'impression et l'événement est trop faible pour qu'on s'y arrête. Mais n'est-ce pas justement pour cette raison que les observations acceptables sont en si petit nombre, malgré l'assiduité des enquêtes ? Et si encore, de ce petit nombre, on soustrait celles dont le contrôle a été impossible ou insuffisant, comme c'est presque la règle, ou qui, involontairement peut-être, ont été arrangées après coup, on arrive à un chiffre si infime que, jusqu'à plus ample informé, il paraît bien inutile d'imaginer, en sa faveur, une voie non sensorielle de la connaissance. On n'est pas ennemi de la nouveauté et du progrès parce qu'on refuse d'accepter, sans de bonnes raisons, les hypothèses des mystatogues (1).

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 9 janvier 1924)

Traitement du phlegmon gangréneux du plancher de la bouche par le sérum antigangréneux polyvalent. — M. Hallopeau analyse une observation de M. Lheureux dans laquelle il s'agit d'un phlegmon gangréneux de la bouche avec propagation dans la région carotidienne, effondrement des ganglions thyroïdiens. Traité par de larges incisions et les injections intraveineuses de sérum antigangréneux polyvalent, répétées pendant plusieurs jours. Après un état très grave, le malade a fini par se remettre et par cicatriser.

De ce fait, M. Hallopeau rapproche celui d'un homme de soixante-trois ans atteint également d'un vaste phlegmon gangréneux de la bouche, ayant envahi la région cervicale et ayant été traité avec succès par le sérum antigangréneux polyvalent.

M. Hallopeau croit pouvoir affirmer que dans ces deux cas extrêmement graves la guérison a été obtenue grâce à la sérothérapie et à une large intervention chirurgicale.

Ulcères gastriques perforés. — M. Fredet fait un rapport sur 4 observations adressées par M. Desplats. Il s'agit de quatre malades, avec antécédents gastriques, ayant présenté les symptômes de perforations d'ulcères gastriques ou duodéno-pyloriques. Le premier malade atteint d'un ulcus de la petite courbure a été opéré après la douzième heure par enfouissement et gastro-entérostomie. Il a succombé le dixième jour après l'opération. Les trois autres opérés de même mais à un moment beaucoup plus précoce ont tous les trois guéri. Ce qui prouve une fois de plus l'importance de la précocité de l'intervention.

Sympathicectomie. — M. Anselme Schwartz dans un cas d'insuffisance vasculaire des membres inférieurs a obtenu une amélioration à la suite d'une sympathicectomie périfémorale, ce qui est en contradiction avec certaines interprétations qui ont été données sur l'origine de ces troubles vasculaires.

Un cas de mort à la suite d'une rachianesthésie. — M. Auvray rapporte le cas d'une femme de soixante-dix ans,

(1) Cet article était à l'impression quand le *Matin* a publié (11 janvier) un article de M. Marcel Prévost demandant la réunion d'une commission de contrôle où croyants et sceptiques s'affronteraient en présence des manifestations médianimiques. Excellente idée, mais peut-on concilier la foi et la raison ?

cachectique, atteinte d'un vaste kyste ovarique et dont la respiration était gênée par suite du volume de la tumeur. En raison même de l état cachectique de cette malade M. Auvray crut devoir préférer la rachianesthésie à l'anesthésie générale.

Il eut soin, en faisant sa ponction lombaire de retirer très peu de liquide céphalo-rachidien et injecta 12 centigrammes d'une solution de novocaïne à 6 p. 100. Cette injection avait été précédée d'une injection sous-cutanée de sulfate de strychine et de sulfate de spartéine Très rapidement, cette femme présenta une respiration lente et de la pâleur de la face.

M Auvray s'empressa de vider le kyste qui était perforé et dont une partie du contenu s'était répandue dans la cavité abdominale. Mais en moins de cinq minutes cette femme succomba Tous les moyens employés pour la ranimer restèrent sans résultats.

M. Auvray fait suivre cette observation de quelques réflexions : Tout en restant partisan de la rachianesthésie pour certains cas, il constate que cette méthode a aussi ses inconvénients et ses dangers que connaissent bien les ophtalmologistes et les neurologistes.

Traitement des fractures de Dupuytren. — M. Fredet à propos de la discussion pendante sur cette question montre des radiographies relatives à une fracture de Dupuytren à grand éclatement et demande à ses collègues si cette fracture doit être traitée par l'appareil plâtré après réduction ou par l'ostéosynthèse.

Il s'adresse directement à M. Alglave, qui examine attentivement les radiographies avant de se prononcer.

Puis M. Fredet présente ensuite une radiographie sur laquelle on peut constater la parfaite réduction de cette fracture après l'application d'un simple appareil plâtré, ce qui est de nature, ajoute M. Fredet, à calmer l'ardeur des néophytes en matière de traitement des fractures bimalléolaires.

—Une discussion assez vive s'engage à ce sujet entre partisans de la réduction simple et de l'appareil plâtré et les partisans de la réduction sanglante.

M. Duval a résumé d'un mot la question en disant qu'on ne devait recourir à l'ostéosynthèse que lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir et de maintenir la réduction par les moyens ordinaires.

— La discussion se poursuit. Y prennent part MM. Savariaud, Dujarier, Gernez, Thiéry, Baudet, Souligoux, Alglave, Lapointe, Basset, Hartmann, Tuffier, Auvray, Lenormant, Chevrier.

Pour les uns, c'est exceptionnellement qu'il faut recourir à la réduction sanglante à condition que les chefs de service appliquent eux-mêmes les appareils plâtrés et surveillent eux-mêmes leurs malades (Auvray). Pour les autres, il n'y a pas à hésiter sur les avantages de l'ostéosynthèse, moyen plus sûr et plus rapide, mais à la condition que les chirurgiens l'appliquent selon les règles formelles qu'ils doivent connaître.

Au cours de cette discussion nous avons saisi quelques réflexions très justes : ce n'est pas tant sur des radiographies que sur résultats fonctionnels qu'il faut juger de l'efficacité de tel ou tel traitement (Dujarier).

Ce n'est pas tant réduire ces fractures que de les maintenir réduites qui est difficile (Thiéry). Il faut redouter l'anesthésie générale surtout chez les alcooliques à cause de l'agitation et des contractures qui peuvent se produire après (Savariaud). L'anesthésie générale est le meilleur moyen d'obtenir une parfaite résolution musculaire (Souligoux). Quand on met un appareil plâtré pour ces fractures, il ne faut pas quitter le malade tant que le plâtre n'est pas sec (Savariaud). On active la dessiccation par l'addition de sulfate de potasse (Chevrier).

Le meilleur moyen d'éviter les contractures pendant ou après la réduction c'est, outre l'anesthésie générale ou la rachianesthésie, l'extension continue pendant quelque temps (Basset). En général la réduction simple est d'autant plus facile qu'on la fait plus près de l'accident. Il vaut donc mieux d'abord réduire et faire radiographier les malades après (Hartmann). C'est un tort d'abandonner le traitement de ces fractures à des élèves (Tuffier). On ne saurait y apporter trop de soins.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1923)

Réflexe du pouce et réflexe cutané hypothénarien. — M. E. Juster a constaté, chez des malades atteints de lésions du faisceau pyramidal (hémiplégie, paralysie pseudo-bulbaire, sclérose en plaques, maladie de Friedreich), en plus de l'adduction du pouce (réflexe du pouce), une extension des deuxièmes et troisièmes phalanges des autres doigts avec adduction de l'index et parfois flexion de la main sur l'avant-bras et de l'avant-bras sur le bras en excitant avec un objet mousse, ou par pincement prolongé, la région hypothénarienne de la main tenue étendue sur l'avant-bras, les deux dernières phalanges des doigts étant à demi-fléchies. Les mouvements réflexes constituent le réflexe cutané hypothénarien qui présenterait un certain intérêt sémiologique.

L'auteur insiste sur le rôle de la vascularisation et de la température du membre examiné (après bain chaud, compression avec la demande d'Esmarch) dans la production de ce phénomène pathologique et conclut que ce signe est relativement fréquent, à la condition de le rechercher avec la technique qu'il a décrite et si la main du malade n'est pas froide ou très contracturée.

Valeur sémiologique de la dissociation des réponses abdominale et crurale du réflexe médio-pubien pour localiser la hauteur d'une lésion médullaire. — MM Georges Guillain et Th. Alajouanine attirent l'attention sur la valeur sémiologique du réflexe médiopubien qu'ils ont décrit récemment. Ils ont observé un cas de poliomyélite aiguë chez lequel la recherche du réflexe médio-pubien a donné des renseignements précieux pour localiser la hauteur de la lésion. Chez ce malade, la percussion médio-pubienne ne donnait plus lieu à la réponse des adducteurs de la cuisse, alors que la réponse abdominale persistait normale. Cette dissociation des deux réponses haute et basse du réflexe médio-pubien a permis de localiser d'une façon précise le siège supérieur des lésions au-dessous des segments dorsaux D_{11} D_{12}, au niveau des deux premiers segments lombaires.

Ce fait de dissociation des réponses du réflexe médio-pubien montre que sa valeur localisatrice peut être double, suivant qu'il est totalement aboli, indiquant une lésion médullaire inférieure, ou qu'il est dissocié, indiquant alors une lésion médullaire lombaire supérieure. Le reflexe médio-pubien pourra donner des renseignements précieux au point de vue de la localisation d'une compression médullaire au niveau de la moelle dorsale inférieure que, seuls, jusqu'ici, permettaient d'interroger les réflexes cutanés abdominaux dont le mode de perturbation est très différent de celui des réflexes osseux et périostés.

La réaction au benjoin colloïdal positive dans sept cas où la réaction de Bordet-Wassermann a été négative dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Blouquier de Claret et A. Brugairolle. Au cours de 300 examens de liquide céphalo-rachidien pratiqués dans le service du professeur Euzière, au point de vue comparatif entre la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction au benjoin colloïdal de Guillain, sept fois, en concordance avec la clinique, la réaction de Guillain a été positive, le Wassermann étant négatif, en particulier au cours du traitement d'un tabes par l'électromercurol intrarachidien.

Il en a été de même pour une réactivation du liquide céphalo-rachidien dans un tabes fruste où le Wassermann est resté négatif tandis que le Guillain devenait positif.

Nous n'avons jamais constaté que le Wassermann fût positif pour le Guillain négatif. Le seul empêchement pour pratiquer cette dernière réaction avec certitude est la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

Processus fibreux du poumon chez un jeune sujet tuberculeux ayant reçu des injections d'antigène méthylique. — MM. P. Armand-Delille, Duhamel et Marty étudient le processus fibreux très marqué qui s'est produit chez un jeune sujet décédé accidentellement, chez lequel on avait fait d'abord un pneumothorax artificiel, pour une tuberculose à évolution caséeuse rapide. Le même processus envahissant

le deuxième poumon, on pratiqua des injections d'antigène méthylique de Boquet et Nègre, pendant sept mois et jusqu'au moment de la mort. Le poumon non comprimé montre en dehors de deux petites cavernes à coque scléreuse, de nombreux tubercules fibreux, avec prolifération scléreuse périvasculaire abondante. Dans les tubercules, les bacilles sont en très faible quantité.

M. LAPICQUE. Présentation du livre de M. BOURGUIGNON sur la **chronaxie**.

Sur une réaction de floculation pour le diagnostic de la syphilis. — MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et GALLERAND. 1° Dans un tube à essai, parfaitement propre, on mélange une partie de solution alcoolique de benjoin de Sumatra préparé suivant la technique de MM. Guillain, Laroche et Léchelle (1), avec cinq parties d'antigène de Bordet et Ruelens. On agite; le mélange est très homogène. Appelons-le mélange initial.

2° Dans un tube à hémolyse, plus grand que les tubes ordinairement en usage (12 centimètres hauteur × 12 millimètres diamètre) et parfaitement propre, on verse 5 centimètres cubes d'eau physiologique à 9 pour 1.000, puis 1/10 de centimètre cube du mélange initial, on agite; la suspension est homogène. On ajoute alors 8/10 de centimètre cube ou 1 centimètre cube du sérum à expertiser qui a été préalablement chauffé pendant trente minutes à 55 degrés. On mélange soigneusement. On lit les résultats après trois heures d'étuve à 37 degrés. La floculation est très apparente, visible facilement sans l'aide d'un appareil d'optique. Une autre émulsion faite dans les mêmes conditions, mais sans sérum, servira de témoin.

Influence de la lumière solaire sur la tuberculose expérimentale. — M. Jean VALTIS a étudié l'influence de la lumière solaire sur la tuberculose expérimentale au cobaye.

Il ressort de ce travail que le soleil paraît n'exercer aucune influence sur la survie des cobayes tuberculeux traités.

Cependant, chez les cobayes tuberculeux exposés à la lumière, soit directement, soit indirectement, par interposition de verres rouges, les lésions viscérales moins accusées que chez les animaux témoins, s'accompagnent d'une vive réaction ganglionnaire particulièrement dans le groupe trachéo-bronchique.

Il semble que l'influence de la lumière solaire s'exerce surtout localement sur le chancre d'inoculation qui diminue peu à peu et finit par se cicatriser.

Eudiomètre pour l'étude des échanges respiratoires et de l'air alvéolaire. — M. Emile FEUILLIÉ présente un eudiomètre constitué simplement par un tube gradué renflé en ampoule à une extrémité.

Le volume est de 100 centimètres cubes. L'absorption est faite par la potasse et l'acide pyrogalique. Le tube peut être utilisé sur la cuve à eau : mais dans toutes ces études la cuve à mercure à une supériorité indiscutée.

La prise est faite directement dans l'eudiomètre rempli préalablement de mercure : on évite ainsi l'emploi de ballonnets de caoutchouc. Il est possible de différer le dosage et de transporter facilement plusieurs eudiomètres chargés de gaz.

Pour l'étude de l'air alvéolaire, il suffit de faire souffler directement dans l'eudiomètre par une embouchure adaptée à une extrémité.

LA TROISIÈME RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

La troisième réunion biologique neuro-psychiatrique a eu lieu à l'asile Sainte-Anne, le mardi 11 décembre, sous la présidence du professeur Henri Claude.

M. le professeur CLAUDE et Mlle Suzanne BERNARD présentèrent à nouveau la malade qu'ils avaient montrée à une précédente séance : une myxœdémateuse ayant fait un accès de mélancolie avec stupeur. Le problème que posait cette malade était de savoir si une relation de cause à effet existait entre le trouble endocrinien et la psychose. La malade a été, dans l'intervalle des deux réunions, traitée par une opothérapie vigoureuse. Le rôle étiologique que le myxœdème a joué dans l'apparition de la psychose paraît incontestable, il a pu être démontré par les recherches biologiques en série (métabolisme basal, etc.) dont les résultats allaient en s'améliorant de façon toute parallèle à l'atténuation des troubles mentaux. La preuve est ainsi faite qu'il existe bien des psychoses thyroïdiennes.

M. le professeur G. MARINESCO (de Bucarest) donne ensuite, avec de multiples projections à l'appui, une vue d'ensemble sur ses travaux, quant au « rôle des ferments oxydants dans la vie du neurone ». Les méthodes microbiologiques permettent d'étudier l'intimité de la pathologie nerveuse. Ainsi la méthode des oxydases permet d'observer les variations protoplasmiques produites par la respiration cellulaire. Toutes les cellules nerveuses contiennent dans leur protoplasma des ferments oxydants ; ces ferments existent dans les dendrites, dans les terminaisons nerveuses sensitives, mais font défaut (sauf chez l'embryon jusqu'au septième mois) dans les cylindres-axes.

On retrouve la présence d'oxydase dans les nerfs en voie de régénérescence. Il existe un rapport entre la quantité des ferments oxydants et l'intensité de la vie cellulaire et aussi l'intensité que comporte la vie de l'organisme tout entier. Les oxydases du système nerveux sont un des facteurs les plus importants de la chaleur animale.

La vieillesse amène une diminution des oxydases, ce qui rend illusoires les tentatives récentes de « rajeunissement ».

Dans la discussion qui suivit l'exposé de M. Marinesco, M. LHERMITTE rappelle qu'il a observé également des phénomènes de régénération nerveuse dans les cas de transection médullaire, mais uniquement au niveau des racines postérieures. Parallèlement à la diminution des oxydases, on observe en pathologie nerveuse l'augmentation du fer de désintégration.

M. le professeur GUILLAIN et M. ALAJOUANINE firent ensuite sur une malade, la démonstration du réflexe médio-pubien qu'ils ont récemment décrit.

MM. TOULOUSE, MARCHAND, TARGOWLA et Mlle L. PEZÉ montrèrent les coupes du cerveau d'une malade ayant présenté au point de vue clinique un état confusionnel avec troubles mnésiques et un syndrome biologique fruste. Cette malade a succombé, après une brève période d'observation, à des accès épileptiformes. L'examen montra des lésions histologiques de méningo-encéphalite et la question se pose s'il s'agissait d'une paralysie générale au stade initial, alors que cliniquement ce diagnostic ne pouvait être établi.

MM. Ch. FOIX et J. NICOLESCO font passer en projection des coupes microscopiques de l'encéphale dans deux cas de myopathie et un cas de maladie de Thomsen. L'anatomie pathologique de ces trois cas offre des caractères communs : lésions striées, lésions des groupes cellulaires à pigment noir, lésions des formations infundibulo-thalamiques.

Dans la maladie de Thomsen, les auteurs ont trouvé une dégénération pigmentaire plus ou moins marquée du putamen et une atrophie du pallidus. Les cellules à pigment noir (locus cœruleus, noyau du X, etc.) sont atrophiées et enkystées à la fois dans le Thomsen et dans la myopathie, mais le locus niger paraît indemne. Ces altérations du type abiotrophique, restreintes au système extrapyramidal et aux centres végétatifs annexés, s'apparentent à celles du Parkinson, mais s'en distinguent par l'absence de lésions vasculaires et myéliniques.

Mlle Gabrielle LÉVY et M. L. VAN BOGAERT projettent et font circuler des pneumogrammes qui montrent un type respiratoire *à ondulations*, fréquent, surtout, chez les pseudobulbaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Entretiens dermatologiques. Nouvelle série (2e volume) : *Maladies du cuir chevelu*, par le docteur R. SABOURAUD.

(1) 1 gramme de résine de benjoin de Sumatra dans 10 centimètres cubes d'alcool *absolu*; laisser macérer 48 heures; *filtrer sur papier* et non décanter pour avoir une liqueur absolument limpide.

Laboratoire municipal de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis. Un vol. de 272 pages avec figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Quarante-trois greffes du singe à l'homme (38 planches), par le docteur Serge VORONOFF. Un vol., 255 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, O. Doin.

La vie humaine (étude morphologique). 2e fascicule : *Développement. Croissance*, par le docteur MAC-AULIFFE, directeur-adjoint du Laboratoire de psychologie pathologique à l'Ecole pratique des hautes études. Un vol., 224 pages. — Paris, A. Legrand.

Les ferments des leucocytes en physiologie, pathologie et thérapeutique générales, par le docteur Noël FIESSINGER. Préface de M. le professeur A. CHAUFFARD. Un vol. de 208 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

BRONCHES EXTRA-PULMONAIRES

DÉFINITION. — La trachée se divise après un court segment thoracique en deux grosses bronches, *bronches souches* ou *principales*, qui gagnent chacune leur poumon.

EMBRYOLOGIE. — Elles sont la *bifurcation* du *dédoublement respiratoire* de l'intestin céphalique dont le bourgeonnement donnera les *poumons*.

A droite : trois lobes, d'où trois bronches secondaires.

A gauche : deux lobes, d'où deux bronches secondaires seulement.

DESCRIPTION. — Les *classiques* assignaient aux bronches une longueur de seulement :

2 centimètres pour la bronche droite,
5 centimètres pour la bronche gauche,

et les décrivaient comme *ne donnant aucune branche*, sauf peut-être l'origine de la bronche droite supérieure, leur ramification se faisant seulement dans le parenchyme.

Avec *Schwartz*, il faut comprendre les choses différemment. Il a, en effet, montré que le *hile pulmonaire* n'est pas une *surface plane*, mais une *excavation profonde* comblée par de nombreux éléments, de 2 centimètres au moins. Dès lors, les bronches extrapulmonaires comportent une longueur plus considérable, et en même temps elles ont le temps d'y donner leurs bronches secondaires.

Trajet. Direction. Longueur. — 1. DROITE. — Continue presque directement la trachée. Ne fait avec la verticale qu'un angle de 30 degrés.

Tous les corps étrangers venus de la trachée y tombent.

— *à 3 centimètres de son origine* : donne par son bord supérieur la bronche lobaire supérieure,

— *3 centimètres plus bas : bronche lobaire moyenne; le tronc résiduel devient la bronche lobaire inférieure,*

— *dans son ensemble* : décrit une très légère courbe à concavité inférieure et interne.

2. GAUCHE. — Calibre légèrement plus petit à son origine (12 millimètres au lieu de 15 millimètres),

— se dirige au contraire presque transversalement,

— fait un angle de 60 degrés avec verticale, donc de 90 degrés avec bronche droite,

— plus exactement décrit une courbe en *s* italique.

1° *Concavité en haut*, déterminée par la crosse de l'aorte;

2° *Concavité en bas*, refoulement par le cœur;

— 5 à 6 centimètres après son origine donne par son bord supérieur :

Bronche lobaire supérieure gauche, le tronc résiduel formant la *bronche lobaire inférieure*.

RAPPORTS. — Nous distinguerons, *avec Schwartz*, trois segments :

1° **Segment d'origine**, *médiastinal*, non *chirurgical*, dans lequel les divers éléments qui vont constituer le *pédicule* effectuent leur groupement.

2° **Segment de pédicule pulmonaire constitué.** — Visible en écartant légèrement les poumons.

3° **Segment d'épanouissement en pédicules secondaires.** — Visible seulement quand on écarte au maximum le parenchyme de façon à pénétrer profondément dans la *boîte hilaire*.

I. **Segment d'origine.** — 1. EN BAS. — *C'est-à-dire angle interbronchique et bifurcation trachéale.* — Cette bifurcation trachéale regarde en bas et à *gauche*; elle s'oppose à celle de l'artère pulmonaire qui ne se fait pas à angle aigu comme le disaient les classiques, car les deux artères pulmonaires droite et gauche sont presque dans le prolongement l'une de l'autre. Il en résulte un *triangle broncho-artériel* dans lequel apparaît le groupe des dix à douze ganglions interbronchiques situé sur la face antérieure de l'œsophage.

Ce triangle broncho-artériel est barré par la crosse de l'aorte et de la bifurcation de l'artère pulmonaire part vers la face inférieure de la crosse le *ligament de Botal*.

Loge du ganglion de Wrisberg, centre du plexus cardiaque superficiel.

Plexus cardiaque moyen et profond dont les branches d'origine ont passé directement sur la face antérieure de la bifurcation trachéale.

(Voir péricarde.)

2. EN HAUT. — a. *Chaque bronche* forme avec la trachée un *angle trachéo-bronchique*, dont le rapport immédiat est le *paquet ganglionnaire prétrachéobronchique droit et gauche* qui reposent directement sur la bronche, empiétant un peu sur sa face antérieure.

Ces ganglions et ceux de l'angle intertrachéobronchique expliquent les signes sthétoscopiques dans l'*adénopathie trachéobronchique*.

b. *Chaque bronche* est croisée par une crosse vasculaire : A *gauche*, la crosse de l'aorte ; à *droite*, l'azygos.

3. EN AVANT. — a. *Chacune des bronches est recouverte par l'artère pulmonaire correspondante.*

La *droite*, absolument horizontale, rejoint sa bronche 1 centimètre après son origine, si bien qu'elle atteint rapidement son bord supérieur.

La *gauche* est légèrement ascendante, si bien qu'elle rejoint sa bronche à 3 centimètres de son origine et arrive également à son bord supérieur.

b. *Plus en avant.* — Encore des gros vaisseaux.

Aorte. — Devant la bifurcation de la trachée et de la bronche gauche.

Veine cave supérieure. — Devant la bronche gauche.

Les deux vaisseaux sont accolés et entre eux est la *fente de Ricard*.

c. Les *phréniques* sont :

Le *droit*, encore assez rapproché de la bronche, étant sur le flanc droit de la V. C. S. et sera le seul à fournir au plexus pulmonaire.

Le *gauche* éloigné, repoussé par le cœur, ne fournit pas au plexus pulmonaire gauche.

4. EN ARRIÈRE. — *Œsophage.* — Décalé à gauche par rapport à la trachée, recouvre la trachée et l'origine de la bronche gauche.

Aorte. — Cache la bronche gauche, tend à passer derrière l'œsophage.

Azygos. — Cache la bronche droite, passe derrière l'œsophage.

Le pneumogastrique droit. — En dedans de la crosse de l'azygos, oblique en dedans, directement appliqué sur la bronche droite, gagne la face postérieure de l'œsophage.

Le pneumogastrique gauche. — En dehors de la crosse de l'aorte refoulée loin, oblique de même en dedans sur la face postérieure de la bronche gauche, vers la face antérieure de l'œsophage.

Le canal thoracique. — Sur la colonne vertébrale, contrairement aux classiques qui le font entrer en rapport entre l'aorte et l'œsophage avec la bronche gauche, en est absolument séparé car sur le sujet l'aorte et l'œsophage sont accolés.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 6. — SAMEDI 19 JANVIER 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 19 JANVIER 1924 — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à cinq places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 février 1924, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 28 janvier au samedi 9 février inclusivement.

— Concours d'internat en médecine. — Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine vacantes le 1er mars 1924 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; 4° à l'hôpital marin de San-Salvadour (Var), sera ouvert le lundi 11 février 1924, à 9 heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), à partir du jeudi 17 janvier jusqu'au lundi 28 janvier, de 14 à 17 heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Les mutations suivantes ont eu lieu parmi les chefs de service :

MM. les docteurs Villard et Durand, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, ont été nommés chirurgiens honoraires.

M. Villard a été chargé de l'enseignement de la clinique gynécologique de la Charité pendant le congé de M. Auguste Pollosson.

MM. Patel et Tavernier ont été nommés chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.

M. Cotte a été nommé à l'hôpital de la Croix-Rousse.

— Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'ouvrira le lundi 5 mai 1924.

Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le lundi 2 juin 1924.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Basset, agrégé, a été nommé, pour l'année scolaire 1923-1924, sous-directeur des exercices de médecine opératoire au laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Thiodet a été nommé chef du laboratoire de clinique médicale infantile.

M. Battez, agrégé des facultés de médecine (concours de 1913) est réintégré, depuis le 1er novembre 1923, dans l'emploi d'agrégé de physiologie.

— Bordeaux. — M. Guyot, agrégé, professeur sans chaire, a été nommé professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1923-1924, chefs de laboratoire :

MM. Beauvieux, clinique ophtalmologique; Mougneau, clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Papin, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924 (durée du congé accordé à M. Villar), d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Lande, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de médecine légale et déontologie (chaire vacante).

— Lille. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des enseignements ci-après désignés :

MM. Combemale, agrégé, physiologie; Paquet, agrégé, accouchements; Jeanneney, agrégé, pathologie externe.

— Lyon. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des enseignements complémentaires ci-après désignés :

MM. Noël, agrégé, embryologie, histologie; Leulier, agrégé, matière médicale.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — Prix décernés pour 1923. — *Prix Laborie* (1.200 fr.). — Le prix est décerné à M. le docteur André Richard, prosecteur à la Faculté de Paris, pour son travail sur les « Kystes et pseudokystes de la parotide ». — Un encouragement de 800 fr., est décerné à M. le docteur Aumont (ancien interne des hôpitaux de Paris), pour son travail sur le « Traitement des fractures ouvertes des membres ».

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). — Le prix est décerné à

M. Frédéric Bilger (de Strasbourg), pour son travail sur le « Traitement de la blennorrhagie urétrale par la vaccination en particulier par l'auto-vaccination ».

Prix Demarquay (700 fr.). — Le prix est décerné à M. Larget, interne des hôpitaux de Paris, pour son travail sur les « Résultats éloignés de l'ostéosynthèse ». — Un encouragement de 500 fr. est décerné à M. le docteur L. Grimault, d'Algrange, pour son travail intitulé : « L'ostéosynthèse dans les fractures compliquées ».

Prix Jules Hennequin. (1.500 fr.). — Le prix est décerné à M. le médecin-major des troupes coloniales Botreau-Roussel, pour son travail intitulé : « Ostéites pianiques Goundou ». — Un encouragement de 600 fr. est décerné à M. le docteur Dupont, médecin-major, à l'hôpital militaire de Limoges, pour son travail sur les « Ostéomyélites traumatiques prolongées par plaies de guerre ».

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le colonel médecin Moenaert, de l'armée belge, directeur de l'hôpital d'Anvers.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Vincent est maintenu dans les fonctions de président du Comité consultatif de santé pour l'année 1924.

CONGRÈS D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le prochain Congrès aura lieu à Bordeaux le 9 juin 1924.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Cours complémentaires de pratique obstétricale.* — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, par MM. les docteurs Cleisz, accoucheur des hôpitaux; Powilewicz, ancien chef de clinique; Portes, chef de clinique; Champeau et Hidden, chefs de clinique adjoints.

Première série : du 4 au 16 février ; deuxième série : du 14 au 26 avril; troisième série : du 1er au 13 septembre; quatrième série : du 1er au 14 octobre.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois, avec la collaboration de M. H. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec; de M. L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité; de MM. J. Rolland, chef de laboratoire; E. Brissaud, P. Jacob, E. Coulaud, M. Weiss, assistants, et de Mme de Retz, infirmière-visiteuse chef.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 28 janvier 1924, à 11 heures, au dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau.

Les droits à payer sont de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (guichet n° 4).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 janvier 1924, au musée de l'Ecole d'instruction du Service de santé du Val-de-Grâce, 277, rue Saint-Jacques, à 20 h. 30 très précises.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Eléments du fonctionnement du Service de santé pendant la guerre. Démonstration au musée du Val-de-Grâce », sous la direction de M. le médecin-major de 1re classe Monéry, médecin chef du musée du Val-de-Grâce.

QUATRIÈME SALON DES MÉDECINS. — Le docteur Paul Rabier, secrétaire organisateur, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe), prie instamment ses confrères ayant l'intention d'y prendre part de lui envoyer de suite leur adhésion et surtout la liste de leurs œuvres.

En effet, du fait de la difficulté de la main-d'œuvre, le catalogue est déjà à la composition et ceux qui attendraient la dernière limite du 10 février risqueraient de n'y être pas portés.

NOUVELLE REVUE. — L'Association des professeurs suppléants de l'Ecole de médecine de Marseille nous annonce qu'elle vient de fonder la *Revue médicale de France et des Colonies.*

Le grand et légitime renom de la laborieuse école phocéenne nous est un sûr garant que la nouvelle revue fera une bonne et utile propagande pour la science française dans nos domaines coloniaux et dans les colonies étrangères.

C'est bien cordialement que nous souhaitons la bienvenue à cette nouvelle revue.

LES MÉDECINS, LIEUTENANTS DE LOUVETERIE. — Il n'y a plus beaucoup de loups en France, mais il y a toujours des lieutenants de louveterie qui doivent entretenir à leurs frais une meute et diriger la destruction des animaux nuisibles, tels que les sangliers si nombreux depuis quelques années.

Un récent arrêté du ministre de l'Agriculture vient de modifier le légendaire uniforme qui leur était attribué et qu'ils portaient d'ailleurs bien rarement. Au tricorne galonné, au bel habit de chasse à la française a succédé une tenue plus moderne, plus simple aussi, dans laquelle le couteau de chasse et les boutons ornés de la tête du loup rappellent seuls les ornements anciens.

A cette occasion nous avons eu l'idée de rechercher combien de médecins en France possèdent le titre de lieutenant de louveterie. Voici la liste que nous avons relevée et que les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* qui s'intéressent à la vénerie voudront bien rectifier si nous avons commis des erreurs ou des omissions :

MM. les docteurs Ballivet, à Divonne-les-Bains (Ain); Jules Ané, à Lauraguel (Aude); Paul Bousquet, aux Garroustes, commune de Centres (Aveyron); Tillé, à Beauvoir-sur-Niort (Charente-Inférieure); Lefèvre, à Vailly (Cher); Espagne (fils), à Aumessas (Gard); Barbier, à Arinthod (Jura); Tardif, à Fournols (Puy-de-Dôme); Larraidy, à Hosparren (Basses-Pyrénées); Giralt, à Saint-Laurent-du-Cerdan (Pyrénées-Orientales); Baudy, à Frasne-le-Château (Haute-Saône); Boyals, à Rabastens (Tarn); Lavergne, à Montredon-Labessonne (Tarn); Contal, à Remoncourt (Vosges).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 21 JANVIER AU 26 JANVIER 1924)

THÈSES

Mardi 22 janvier. — Jury : MM. Carnot, président; Sergent, Lian et Rathery. — M. ATTAL (Léon). Les sténoses pyloriques par ulcus du bulbe duodénal. — M. CONNEAU (Jean). Le pneumothorax thérapeutique dans les abcès du poumon. — M. GORRA (A.) Un cas de psychose à double forme. — M. LAUZIER (Jean). Etude du métabolisme basal dans les maladies mentales.

Jeudi 24 janvier. — Jury : MM. Gilbert, président; Achard, Nobécourt et Lereboullet. — M. BONNEFOY (Pierre). Les membranes péricoliques. — M. YOVANOVITCH (R.). Emploi de la teinture d'iode à l'intérieur. — M. BOBEY (Paul). Etude de sérothérapie antipneumococcique dans les infections à pneumocoque.

Jury : MM. J.-L. Faure président; Ménétrier, Bezançon et Mondor. — M. WIND (I.). Rhumatisme tuberculeux. — M. FAUGERON (René). Essai sur les rapports de la syphilis et de la maladie osseuse de Paget. — M. MUNSCH (Mario). Etude sur l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
GROSSESSE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉPREUVE DE LA PHÉNOLSULFONEPHTALÉINE EN PATHOLOGIE URINAIRE

Par Ch. DAVID.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — De nombreux moyens d'exploration ont été mis en œuvre dans les dernières années pour étudier la valeur de la perméabilité rénale. L'étude de la constante d'Ambard est, à l'heure actuelle, le moyen le plus répandu pour se rendre compte de la valeur fonctionnelle du rein et il est superflu d'insister sur les énormes services qu'a rendu et que rend journellement ce procédé d'exploration. Mais, d'autre part, on a essayé d'explorer les fonctions rénales en faisant absorber aux malades diverses substances dont on recherchait ensuite l'élimination « c'est ainsi que l'on a utilisé dans ce but des carbonates alcalins, de l'iode ou des sels de potasse. M. Lépine et ses élèves avaient montré tout le parti que l'on pouvait tirer de l'épreuve de l'iodure pratiquée en injection sous-cutanée.

« Mais ce furent MM. Achard et Castaigne, qui, en proposant l'emploi du bleu de méthylène, firent entrer dans la pratique les épreuves d'élimination provoquée.

« Après le bleu, d'autres corps furent employés pour étudier la perméabilité rénale, tels que la rasaniline, la phloridizine, l'indigo-carmin, le ferrocyanure de potassium, le sous-carbonate de fer, etc. (F. Widal, André Weill et Pasteur Vallery-Radot). »

Il y a, en effet, des substances utiles ou nécessaires à la vie des cellules qui ne sont éliminées que jusqu'à une certaine limite, que l'on appelle « seuil » de leur élimination, les types en sont le glucose et les chlorures (Tardo).

Mais Ambard a montré que beaucoup de substances sont éliminées par le rein dans les mêmes conditions que l'urée : les substances excrémentielles sont inutiles ou dangereuses pour l'organisme et sont éliminées en totalité par le rein au fur et à mesure de leur production : le type en est l'urée ; les matières colorantes sont dans ce cas, ce sont les substances « sans seuil » et l'étude de leur élimination peut permettre d'apprécier la valeur des éliminations rénales et d'apprécier la valeur de l'élimination uréique (Chevassu).

Cependant l'étude de l'élimination provoquée de la plupart de ces substances tout en donnant des renseignements intéressants ne permet pas d'apprécier le fonctionnement rénal avec une précision suffisante. Si, dans l'ensemble, il existe un certain parallélisme entre la diminution de la perméabilité au bleu et l'élévation du coefficient d'Ambard, cette règle comporte des exceptions assez nombreuses (F. Widal, André Weill et Pasteur Vallery-Radot).

En 1912, deux auteurs américains, Rowntree et Geraghty ont proposé pour l'étude de l'élimination provoquée l'emploi de la phénolsulfonephtaléine. Ils ont montré que l'élimination de cette substance n'est que peu ou pas influencée par les facteurs extrarénaux et que les causes d'erreur, susceptibles de fausser les résultats donnés par les autres épreuves, n'interviennent pas dans celle-ci.

Depuis son apparition, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine a été étudiée par de nombreux auteurs, d'abord en Amérique, puis en Europe et, en particulier, en France.

Keyer et Stevens ont étudié le fonctionnement rénal par cathétérisme urétéral après injection intraveineuse de phénolsulfonephtaléine. Il faut citer les noms de Cabot (de Boston), de Goodman ; Fishbein a étudié par la phénolsulfonephtaléine l'état des fonctions rénales dans la fièvre scarlatine. Austin et Elsenbrey ont fait des recherches très intéressantes sur l'élimination de la phénolsulfonephtaléine dans les néphrites expérimentales. Theyer et Snowden ont pu comparer sur des animaux intoxiqués par diverses substances, les résultats fournis par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine et les lésions trouvées à l'autopsie de ces animaux et ils ont constaté le parallélisme des indications fournies par cette épreuve et des lésions observées. Gardner (de New-York) fit, en 1912, une mise au point de la question de la phénolsulfonephtaléine dans la *Gazette des hôpitaux*.

Martin W. Ware (de New-York) est le seul de tous les auteurs qui ont étudié la phénolsulfonephtaléine en tant qu'indicateur de la fonction rénale qui lui accorde peu de valeur avec quelques urologistes allemands, P. Erne (de Frisbourg-en-Brisgau), Fromme et Rubner (d'Edimbourg), Goldberg (de Munich) ont étudié l'élimination de la phénolsulfonephtaléine comparativement avec l'excrétion uréique.

En France, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine a suscité de nombreux travaux, au premier rang desquels il faut citer ceux de F. Widal, A. Weill et Pasteur Vallery-Radot.

Josué et Parturier, Maroulis ont spécialement étudié l'influence des affections cardiaques sur l'élimination de la phénolsulfonephtaléine. Lian, Merklen, Minvielle et Hirschberg ont étudié l'élimination de la phénolsulfonephtaléine dans l'hypertension artérielle.

J. Sanjurgo, Serane (de Saint-Nectaire) se sont attachés à l'étude des rapports de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine avec l'azotémie. Mais ce sont surtout les neurologistes qui se sont appliqués à déterminer la valeur de l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine comparativement à l'étude du dosage de l'urée sanguine et de la constante d'Ambard pour déterminer la valeur fonctionnelle des reins ; ils en ont tiré des conclusions au point de vue des indications opératoires dans les affections chirurgicales des voies urinaires, tant au point de vue de la néphrectomie que de celui de la prostatectomie.

M. Marion et ses élèves, Nègro et Colombet, Tardo (de Palerme) ont fait dans ce sens de nombreuses recherches, dont on trouvera, plus loin, les résultats.

Lian et Siguret (de Saint-Nectaire) ont inventé un chromoscope qui facilite le dosage colorimétrique de la phtaléine éliminée.

Cependant, malgré tous ces travaux, il semble bien que l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine soit insuffisamment connue de la majorité des praticiens et il y a intérêt à en vulgariser l'emploi.

Technique. — L'injection de phénolsulfonephtaléine est absolument sans inconvénient : cette substance ne présente aucune espèce de toxicité et peut être employée dans tous les cas.

La phénolsulfonephtaléine existe dans le commerce sous forme de solution mise en ampoules

injectables contenant chacune 6 milligrammes de substance active par centimètre cube.

Théoriquement, on peut employer les voies buccale, hypodermique, intramusculaire et intraveineuse pour faire absorber la phénolsulfonephtaléine.

Mais, pratiquement, la voie intramusculaire est la plus utilisée habituellement.

Voie intramusculaire. — La technique classique de cette épreuve est la suivante :

On commence par faire uriner le malade. On lui fait ensuite *dans la région lombaire* une injection intramusculaire de 1 centimètre cube de la solution. Il importe de se servir d'une seringue très bien calibrée et à piston très plat, telles que les seringues Record, de façon qu'il ne reste pas une goutte de la solution dans la seringue après l'injection.

Il est bon de se servir de deux seringues et de deux aiguilles : la première aiguille sert à faire l'aspiration dans l'ampoule ; l'injection est faite avec la seconde aiguille, non souillée de colorant; avec la seconde seringue on pousse un peu d'air pour chasser le peu de liquide restant dans l'aiguille (Lian).

Aussitôt après l'injection, on fait boire au malade environ 150 grammes à 200 grammes d'eau, de façon à favoriser la diurèse et l'élimination du colorant.

On fait de nouveau uriner le malade *soixante-dix minutes* après l'injection ; l'épreuve est terminée à ce moment il faut que le malade vide sa vessie complètement et pour s'assurer que la vessie est bien vidée, on peut faire uriner de nouveau le sujet quelques minutes après; il doit, dans ces conditions, émettre quelques gouttes d'urine (Le Blaye).

Si l'on soupçonne de la stase vésicale ou si le malade éprouve quelque difficulté à vider complètement sa vessie, en particulier chez les prostatiques, on peut recourir au cathétérisme qui sera fait avec toutes les précautions aseptiques d'usage.

La phtaléine éliminée *commence à apparaître dans les urines au bout de dix minutes*. Tout délai de vingt minutes ou plus constitue un *retard d'élimination*, la quantité éliminée dans la première heure est de 50 p. 100, dans la deuxième heure de 17 p. 100 (Geraghty et Cabott). L'excrétion est complètement terminée en six à huit heures.

Injection intraveineuse. — La voie intraveineuse a été préconisée par Keyes et Stevens, plus récemment par Le Blaye : elle a été adoptée par Negro et Colombet et Tardo. Elle permet de raccourcir le temps de l'épreuve qui est réduit à une demi-heure, elle élimine le facteur consistant en la résorption, plus ou moins rapide, par les tissus.

Par voie intraveineuse, Le Blaye n'injecte qu'un demi-centimètre cube de la solution de phénolsulfonephtaléine : l'urine est recueillie exactement trente minutes après l'injection.

Cette voie d'introduction n'est pas nécessaire, mais permet d'apporter encore un peu plus de précision dans la méthode.

Séparation des urines par cathétérisme urétéral. — L'élimination de la phtaléine dans les urines divisées a été bien étudiée par Tardo. Après injection intraveineuse, le mode d'élimination est typique : si l'on cathétérise les uretères, on voit que le début d'apparition se fait autour des cinq premières minutes, le minimum étant de deux minutes trente secondes, sauf en cas de troubles circulatoires.

L'élimination apparaît dans les urines sous forme de traces qui augmentent rapidement et progressivement. Cette phase ascendante est très brève et semble atteindre son acmé dans les deux minutes qui suivent l'apparition. L'acmé étant atteint, l'élimination diminue progressivement, régulièrement, sans écarts.

Pour des reins normaux, l'élimination est de 25 à 30 p. 100 de chaque côté.

Dosage de la phénolsulfonephtaléine. — PRÉPARATION DE L'ÉTALON. — Tous les étalons préparés d'avance s'atténuent avec le temps en présence de la lumière; mais à l'obscurité, la durée de l'étalon est assez longue : il suffit de contrôler de temps à autre en comparant à un étalon fraîchement préparé. Mais il est préférable de préparer un nouvel étalon pour chaque malade. On dilue dans une certaine quantité d'eau une quantité de phénolsulfonaphtaléine strictement égale à la quantité injectée, soit 1 centimètre cube de solution; contenant 6 milligrammes de matière colorante : il faut mesurer cette quantité avec la même seringue de précision qui a servi à faire l'injection (Wolfromm et Beauxis Lagarde). Il est bon de conserver une certaine quantité de l'urine émise immédiatement avant l'injection : on en ajoutera à la solution étalon une quantité égale à celle de l'urine à examiner, de façon à éliminer les variations de coloration dues à l'aspect plus ou moins foncé de l'urine. On ramène ensuite au titre par addition d'eau distillée.

PRÉPARATION DE L'ÉCHANTILLON A TITRER. — Pour éliminer toutes causes d'erreur, Sydney Burwell et Chester Jones ont proposé de précipiter la bile et le sang pouvant exister dans l'échantillon à examiner au moyen de l'acétate de zinc; ce procédé est utile en cas de cholémie et d'hématurie. Pour l'employer on dilue l'urine à examiner jusqu'à 500 centimètres cubes, à 20 centimètres cubes de cette urine diluée, on ajoute 20 centimètres cubes de la solution alcoolique saturée d'acétate de zinc qui précipite la bilirubine et l'hémoglobine; les globules rouges sont précipités, on filtre; le précipité reste sur le filtre, 20 centimètres cubes du filtrat sont alcalinisés avec 5 centimètres cubes de solution saturée de soude et le tout porté à 40 centimètres cubes par adjonction d'eau : la solution est claire et peut être aisément comparée à l'étalon.

Mais le plus souvent on n'a pas besoin de recourir à ce procédé : on se contente d'alcaliniser l'urine au moyen de 3 centimètres cubes de solution de soude caustique à 25 p. 100 : au moment de l'alcalinisation de l'urine, diverses substances cristallisables en milieu basique (sels terreux) précipitent. On laisse décanter l'urine et on prélève pour le dosage la partie limpide.

LECTURE COLORIMÉTRIQUE. — A. *Sans appareil colorimétrique.* A défaut de colorimètre on peut prendre deux tubes à essais parfaitement calibrés, d'épaisseur et de couleur identiques. Dans l'un d'eux on verse une quantité donnée de la solution à titrer; dans l'autre une quantité égale de la solution étalon : on dilue cette dernière jusqu'à égalité de coloration avec l'échantillon à titrer; on compare plus facilement en regardant un peu obliquement de bas en haut : un calcul simple donne le titre de la solution : on peut établir avec des tubes calibrés et de faible diamètre une gamme colorimétrique : on promènera

devant elle le tube à étalonner qui y trouvera facilement sa place (Lian).

Il est préférable d'opérer sur des teintes faibles, les nuances étant plus faciles à observer que sur des teintes plus foncées : la meilleure lumière est la lumière solaire, diffuse, il y a intérêt à se protéger de la lumière environnante.

B. *Lecture au moyen d'appareils colorimétriques.* — *a.* On peut se servir du *colorimètre de Dubosc*, appareil très souple, mais très délicat et exigeant une très grande précision de construction.

b. De l'*appareil de Bruneau* qui évite les calculs.

c. De l'*appareil de Lian et Siguret* présenté par ces auteurs à la Société médicale des hôpitaux de Paris : il s'agit d'un dispositif ingénieux permettant la comparaison de divers échantillons d'urine avec l'étalon coloré en utilisant un support tournant et un système d'éclairage d'intensité et d'incidence constantes; on arrive facilement à déterminer le tube étalon dont la teinte est identique à celle de l'urine examinée.

Voici comment on procède avec le colorimètre de Dubosc. Le cylindre de droite du colorimètre est rempli à moitié avec la solution étalon et le piston est amené au n° 10 de l'échelle. L'échantillon de l'urine recueillie, diluée au litre est placé dans l'autre cylindre en quantité variable suivant la coloration qu'il présente : si celle-ci est foncée, il suffit de mettre peu d'urine : si au contraire elle est pâle, il faut en mettre davantage. Puis l'on monte ou on descend le piston jusqu'à ce que l'intensité de coloration soit identique : alors on lit le chiffre auquel le piston de gauche correspond : supposons que ce soit le chiffre 16 : celà veut dire qu'une colonne de l'urine examinée de 16 de hauteur contient autant de phtaléine qu'une colonne de 10 de hauteur de la solution type : autrement dit que l'urine contient seulement les $\frac{10}{16}$ de la proportion de phtaléine contenue dans la solution type : si l'on veut mesurer à une proportion pour 100 il suffit de multiplier par ce chiffre $\frac{10 \times 100}{16} = 62{,}5$ p. 100 (Gardner).

Causes influençant l'élimination de la phénolsulfonephtaléine. — *A l'état normal.* — Peu de causes influent sur l'élimination de la phénolsulfonephtaléine : la quantité de phénolsulfonephtaléine éliminée est proportionnelle à la quantité injectée et il semble qu'on puisse dire que la phénolsulfonephtaléine subit les mêmes lois que l'urée et que son débit doit varier comme le carré de sa concentration dans le sang (Tardo).

1° L'élimination de la phénolsulfonephtaléine n'est pas influencée par la quantité d'eau éliminée; elle n'a aucun rapport avec la fonction de sécrétion de l'eau et n'est pas influencée par la polyurie (Tardo).

2° La quantité de chlorures contenue dans le sang n'a aucune influence sur le cycle d'élimination de la phénolsulfonephtaléine; la rétention chlorurée n'a pas d'influence lorsque cette rétention est d'origine purement rénale et n'est pas la conséquence de lésions cardiaques ou cardio-rénales; le facteur qui agit dans ce cas est le ralentissement sanguin. Au contraire pour le calcul de la constante d'Ambard il y a des écarts assez sensibles et qui sont en rapport avec la quantité de chlorures (Negro et Colombet).

A l'état pathologique. — Au contraire l'élimination de la phénolsulfonaphtaléine est influencée considérablement chez les cardiaques par les conditions de la circulation sanguine lorsqu'il y a insuffisance myocardique : le fléchissement du myocarde entraînant un ralentissement du courant sanguin entraîne une diminution de l'élimination de la phénolsulfonaphtaléine.

Dès que la contractilité myocardique se relève l'élimination se rapproche de la normale.

Pour qu'il y ait parallélisme entre l'urée sanguine, la constante et l'épreuve de la phénolsulfonaphtaléine, il faut donc que l'énergie du myocarde soit normale; quand la fonction circulatoire est troublée la discordance entre ces épreuves est la règle et la phénolsulfonephtaléine est la plus sensible aux modifications de la circulation (Josué, Maroulis).

Causes d'erreurs. — Une cause d'erreur peut exister dans la présence d'œdèmes qui gênent la résorption de la phénolsulfonephtaléine s'ils sont limités aux membres inférieurs on évitera cet inconvénient en pratiquant l'injection à la région lombaire : mais s'il y a de l'anasarque généralisée l'épreuve n'aura plus la même valeur : il faudrait alors pouvoir faire l'injection intraveineuse, mais elle est souvent difficile dans ces cas.

D'autre part chez les sujets qui vident mal leur vessie, en particulier chez les prostatiques à bas fond vésical accentué, il faut recourir au cathétérisme au début et à la fin de l'épreuve, au début pour vider complètement la vessie avant le commencement de l'élimination, à la fin pour recueillir la totalité de la substance colorante injectée.

Chevassu fait cependant les réserves suivantes : d'abord l'injection étant faite habituellement dans les muscles et non directement dans le sang, on ne peut conclure d'une façon absolue de la quantité injectée sous la peau à la quantité parvenue dans le sang, au moins dans une période de temps déterminée : car tous les sujets ne résorbent sans doute pas la substance injectée dans les muscles avec la même vitesse.

D'autre part la quantité injectée étant la même pour tous les sujets, la dilution sanguine de cette substance se trouve varier selon la quantité de sang du sujet.

Mais *pratiquement* on peut dire qu'il n'y a pas de causes d'erreurs si l'on observe les précautions que nous avons indiquées :

1° Si la quantité de colorant injectée est exactement mesurée au moyen d'une seringue spéciale très bien calibrée;

2° Si le prélèvement de l'urine a été correctement effectué, c'est-à-dire au bout du temps voulu et si la vessie a été vidée intégralement.

Le volume de l'urine émise n'a aucune influence sur la quantité de colorant éliminée dans le temps de l'épreuve. De même l'ingestion de diurétiques à action diurétique ou cardiaque n'influence pas la réaction; seuls ceux qui agissent sur les cellules des tubes rénaux augmentent très légèrement l'excrétion du colorant (Cabot et Young).

Résultats. — A l'état normal. — Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que dans les urines recueillies soixante-dix minutes *après une injection intramusculaire* on doit retrouver chez un sujet sain (Widal) 50 à 60 p. 100 de phénolsulfonaphtaléine : en deux heures on en retrouve de 60 à 85 p. 100. Lorsque l'élimination est inférieure à 50 p. 100 après soixante-dix minutes, on est donc

en droit de conclure qu'il y a un trouble de la sécrétion rénale et ce trouble est d'autant plus marqué que l'élimination en une heure soixante-dix minutes est plus faible.

Comrie (d'Edimbourg) donne les chiffres suivants :

Pendant la première heure 55 p. 100.
Pendant la deuxième heure 18 p. 100.
Pendant la troisième heure 4 p. 100.

Chez le sujet sain l'excrétion de la première heure est de plus du double du total des deuxième et troisième heures.

Lorsque l'injection a eu lieu par voie veineuse, les éliminations normales sont de 35 à 45 p. 100 en quinze minutes, 50 à 65 p. 100 en trente minutes et 65 à 80 p. 100 en une heure (Siguret).

Retard de l'élimination. — Chaque fois que la phtaléine n'apparaît pas dans les urines au bout de soixante-dix minutes au plus après l'injection on peut dire qu'il y a retard de l'élimination.

Applications à l'étude de la valeur fonctionnelle des reins. Parallélisme entre l'élimination de la phénolsulfonaphtaléine et l'excrétion uréique. — Il faut d'abord établir qu'il n'existe aucun rapport entre l'excrétion chlorurée et l'élimination de la phénolsulfonaphtaléine. Celle-ci ne donnera donc que peu de résultat dans les néphrites uniquement chlorurémiques où la rétention chlorurée existe seule. En revanche il est admis par tout le monde à la suite des recherches de Widal, André Weill et Pasteur Vallery-Radot, que l'élimination de la phénolsulfonaphtaléine est rigoureusement parallèle à l'élimination de l'urée mesurée par le coefficient d'Ambard.

Voici les conclusions de Widal :

« L'épreuve de la phtaléine étant parallèle au coefficient uréo-sécrétoire donne des renseignements analogues. Quand le chiffre obtenu est normal on peut en conclure que l'urée du sang et la constante d'Ambard le sont également.

Un chiffre inférieur permet d'affirmer un trouble d'excrétion uréique, mais il peut s'agir d'un simple trouble auquel l'organisme s'est adapté sans qu'il en résulte de rétention azotée.

L'élimination est déterminée de plus de moitié, le taux de l'urée sanguine dépasse en général les limites normales sans que l'on puisse l'évaluer avec précision; si la phtaléine n'est éliminée qu'à l'état de traces indosables, on peut en conclure seulement que le chiffre d'urée du serum doit être supérieur à 2 grammes. Il faut dans tous les cas où l'élimination de la phtaléine est diminuée, pratiquer le dosage de l'urée du sang ».

D'après Chevassu le chiffre de 50 p. 100 correspond à peu près à une constante de 0,085.

Le chiffre de 40 p. 100 répond à peu près à une constante de 0,110.

Le chiffre de 30 p. 100 à 0,130.
Le chiffre de 20 p. 100 à 0,160.
Le chiffre de 10 p. 100 à 0,200, etc.

Par rapport à l'azotémie, l'azotémie devient très probable au-dessous de 30 p. 100 de phtaléine. Elle dépasse d'ordinaire 1 gramme avec 10 p. 100, 2 gr. avec des traces. Mais les chiffres ne superposent plus ici avec la même rigueur que pour la constante d'Ambard (Merklen).

Ce parallélisme entre l'élimination de la phénolsulfonaphtaléine et la constante d'Ambard est à peu près constant. Il existe cependant de *très rares cas de perméabilité exagérée* à la phtaléine. Maroulis dans sa thèse n'en mentionne que trois cas publiés par Boetger et par Sallard (Sérane).

Il semble même que dans certains cas l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine soit douée d'une sensibilité plus considérable que la constante uréosécrétoire : c'est-à-dire qu'avec une constante à peu près normale on peut voir une diminution plus ou moins appréciable de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine (Teissière); dans ces cas on doit accorder une valeur toute spéciale à l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, l'observation prolongée des malades montrant que malgré leur constante suffisante ces sujets sont en état de déficience rénale.

A l'état pathologique. — Application aux néphrites chroniques. — Serane (de Saint-Nectaire) a fait l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine sur 212 cas de néphrites diverses portant sur des cas d'albuminuries intermittentes régulières ou intermittentes, d'albuminuries dyscrasiques, de néphrites chroniques albumineuses sans rétention, de néphrites chroniques azotémiques, de cardio-brightisme sans oligurie, de formes mixtes, mais observées en dehors de toute rétention chlorurée appréciable.

Il a noté dans 75 cas une élimination satisfaisante (50 p. 100 et au-dessus).

Dans 85 cas, les éliminations ont été diminuées (entre 50 p. 100 et 30 p. 100).

Dans 51 cas, des éliminations très défectueuses (au-dessous de 30 p. 100).

A. *Eliminations supérieures à 63 p. 100.* — Chez 12 malades de Sérane, la perméabilité à la phénolsulfonephtaléine paraissait exagérée; l'élimination a atteint 72 p. 100 dans deux observations (albuminurie intermittente irrégulière et albuminurie orthostatique). Il y a eu concordance avec le dosage de l'urée sanguine dans 20 cas pour lesquels les taux d'urée ont été compris entre 0g30 et 0g47; les résultats ont été en désaccord pour deux malades.

B. *Eliminations normales entre 50 et 63 p. 100* : 63 cas.

Dans 49 cas, le dosage de l'urée sanguine a donné des chiffres normaux, allant de 0g20 à 0g50 : chez 14 malades le taux était supérieur à 0g50 (moyenne 0g61), chez ces derniers il y avait donc une rétention azotée légère coexistant avec une perméabilité normale à la phénolsulfonephtaléine. Chez 10 de ces malades sur 14 cette augmentation de l'urée sanguine a d'ailleurs été transitoire et des dosages ultérieurs ont donné des chiffres inférieurs à 0g50.

Tilestou et Camfort ont également observé des cas de rétention azotée légère coïncidant avec une élimination normale de la phtaléine.

C. *Elimination comprise entre 30 et 50 p. 100* : 86 cas.

Dans 43 cas, il y avait une augmentation de l'urée sanguine (moyenne : 0,625).

Dans 43 cas, le taux d'urée sanguine était normal (moyenne : 0,38).

Cependant, certains de ces malades présentaient des symptômes cliniques d'ordre toxique (céphalées, signes gastro-intestinaux, prurit, etc.). Il existe d'ailleurs de nombreux cas où, malgré un taux normal d'urée sanguine, il existe une augmentation de la constante d'Ambard (76 cas dans une statistique de Pasteur Vallery-Radot).

D. *Elimination inférieure à 30 p. 100* : 51 cas.

37 malades de cette catégorie avaient de l'azotémie (moyenne : 0,728).

14 présentaient un taux d'urée absolument normal, malgré l'altération nette de leur fonction uréosécrétoire.

En résumé, l'épreuve d'élimination de la phénolsulfonephtaléine et le dosage de l'urée sanguine ont donné des résultats concordants dans 139 cas sur 212.

Cette concordance s'est montrée dans 78 p. 100 des cas d'élimination normale : dans 50 p. 100 des cas d'élimination retardée (mais se maintenant au-dessns de 30 p. 100), dans 73 p. 100 des cas d'élimination très défecteuse.

On peut donc conclure de ce travail que *dans les albuminuries légères, dans l'albuminurie orthostatique* l'élimination de la phénolsulfonephtaléine est supérieure ou égale à la normale.

Au contraire, dans les *néphrites véritables* avec altération du parenchyme rénal, l'élimination de la phénolsulfonephtaléine, comme l'excrétion uréique est presque toujours inférieure à la normale et nous avons ainsi en l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, un moyen précieux de différencier les albuminuries simples des néphrites véritables.

Dans les *néphrites aiguës*, telle que la *néphrite scarlatineuse,* il y a une grande diminution de l'élimination, de même que dans les œdèmes infectieux (Thayer et Snowden).

Il en est de même dans les *congestions passives du rein* d'origine cardiaque.

Dans toutes les *néphrites chroniques* urémigènes, il y a également une diminution plus ou moins grande de l'élimination.

Dans des cas de *néphrite interstitielle*, Comrie a noté les chiffres suivants :

Dans la première heure........	8 p. 100
Dans la deuxième heure.......	18 p. 100
Dans la troisième heure	20 p. 100

Dans l'*hypertension artérielle,* Merklen et ses élèves, Minvielle et Hirschberg ont étudié comparativement l'hypertension et l'élimination de la phénolsulfonephtaléine. Ils ont trouvé celle-ci normale chez un certain nombre de malades, chez lesquels n'existait aucun autre signe de lésion rénale. Chez les autres, au contraire, il existait une diminution de l'élimination.

Chez des *vieillards ne présentant pas de troubles cardiaques ni rénaux apparents*, Merklen, Minvielle et Chazal ont trouvé les résultats suivants :

Sur 24 sujets de soixante à quatre-vingt-dix ans : 2 ont eu une élimination de 45 p. 100 ; 4 de 40 p. 100 ; 2 de 35 p. 100 ; 3 de 30 p. 100 ; 5 de 25 p. 100 ; 3 de 20 p. 100 ; 1 de 15 p. 100 ; 3 de 10 p. 100 ; 1 de moins de 10 p. 100.

Les vieillards sont donc susceptibles de présenter une élimination phtaléinique, notablement diminuée, alors même que leur fonctionnement rénal semble normal.

Nous pensons que dans ces cas l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine traduit un déficit rénal que ne révèlent pas les autres procédés d'exploration.

Dans la *dégénérescence amyloïde*, il y a une très forte diminution de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine (Thayer et Snowden).

Dans la *tuberculose rénale*, on sait que les éliminations sont rapidement et souvent profondément diminuées, même pour des lésions relativement minimes. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine témoigne de cette diminution et il existe habitu e lement une diminution importante du chiffre de la phtaléine éliminée.

Dans le *rein polykystique*, Negro et Colombet ont recherché la valeur du fonctionnement rénal par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. On sait que dans cette affection, l'examen fonctionnel basé sur les éléments chimiques de l'urine, ne révèle rien de positif et ne fait même pas prévoir l'existence d'un processus si grave de dégénérescence du parenchyme rénal. La concentration uréique est toujours bonne, le débit est encore meilleur, certainement grâce à la polyurie qui souvent accompagne cette maladie (Lejars-Pousson).

L'élimination des chlorures n'est pas modifiée.

L'examen de la fonction rénale dans cette maladie au moyen de la constante uréosécrétoire d'Ambard donne-t-il des résultats plus intéressants ? En général, non.

D'après M. Marion, le rein polykystique ne modifierait pas sensiblement la valeur normale de la constante d'Ambard. M. Rolando, au contraire, pense que la constante est plus sensible que l'azotémie pour l'établissement de l'état de la fonction rénale.

De même, M. Chevassu affirme « qu'il faut la finesse de la constante pour montrer, chez ces sujets, une déchéance fonctionnelle qui n'est encore qu'à ses premiers stades ».

Donc, dans les reins polykystiques aucun des moyens d'exploration habituels ne décèle de trouble appréciable de la fonction rénale.

Or, Negro et Colombet ont constaté dans tous les cas de reins polykystiques qu'ils ont examinés dans le service de M. Marion, que l'élimination de la phénolsulfonephtaléine était nettement diminuée en quantité.

De même, son apparition dans l'urine n'a jamais été normale, mais toujours plus ou moins retardée.

Les résultats ont été les mêmes, que l'épreuve ait été faite sur les urines globales ou, au contraire, sur les urines divisées.

Les chiffres de phénolsulfonephtaléine examinés ont varié de 19 p. 100 à 40 p. 100 pour l'urine des deux reins : on voit donc que la diminution est considérable et frappante. Pour les urines divisées, les chiffres ont varié de 8 p. 100 à 19 p. 100. Là encore, dans tous les cas, diminution considérable, puisque chaque rein doit normalement éliminer au moins 25 p. 100 de la phtaléine injectée.

Or, dans tous ces cas, les chiffres de l'urée excrétée et la constante d'Ambard étaient sensiblement normaux.

On voit donc ici encore la valeur et la sensibilité de cette épreuve qui montre qu'il existe un déficit de la fonction rénale alors que les autres moyens d'exploration donnent des résultats sensiblement normaux. Elle est donc d'une grande valeur dans le diagnostic du rein polykystique.

Application aux indications opératoires pour la néphrectomie. Valeur respective de la constante uréosécrétoire d'Ambard et de la phénolsulfonephtaléine. — Quelques urologues, en particulier, M. le professeur Legueu, ainsi que son élève Papin dénient à l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine toute espèce de valeur pour renseigner sur la valeur fonctionnelle du rein et fixer des indications opératoires. Papin surtout a combattu cette méthode : il est vrai qu'il avoue ne l'avoir jamais employée et ne pas être disposé à y recourir ; il préfère s'adres-

ser aux autres méthodes d'exploration des reins, telles que polyurie expérimentale, examen du débit uréique, recherche de la concentration maxima, constante d'Ambard. Si, dit-il, l'élimination de la phénolsulfonephtaléine suit les lois de la sécrétion uréique, nous n'avons pas besoin d'elle; si elle s'en écarte, si dans des conditions déterminées et identiques, un même rein peut donner une bonne sécrétion de phénolsulfonephtaléine et une mauvaise sécrétion uréique, il faut rejeter l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine.

Au contraire, M. Marion et ses élèves, ainsi que la grande majorité des urologistes attachent à cette épreuve une importrnce capitale, au point de vue de la décision opératoire. M. Marion a constaté que le dosage de l'urée dans le sang, de même que la constante d'Ambard sont sujets à de nombreuses causes d'erreur. Le dosage de l'urée dans le sang fait à quelques jours d'intervalle dans deux laboratoires différents a donné des résultats variant du simple au double. Ces erreurs peuvent, d'ailleurs, tenir au procédé de dosage employé. De même, dans certains cas, on a constaté de grossières erreurs dans l'évaluation de la constante uréosécrétoire. Ces faits prouvent que ces méthodes, d'ailleurs excellentes, sont d'un emploi relativement difficile et que l'on ne saurait dans tous les cas se fier à leurs résultats. M. Marion accorde la supériorité à la méthode de la phénolsulfonephtaléine; sa supériorité est que :

1° Elle donne la valeur relative des deux reins, étant donné que chaque rein élimine suivant son pouvoir.

2° Comme cette élimination de phtaléine ne peut pas être influencée par une dose supérieure de cette substance existant dans le sang, puisque la dose injectée est toujours la même, nous n'avons pas à craindre que la bonne élimination de la phtaléine soit due à une quantité exagérée de cette substance dans le sang comme cela peut arriver avec l'urée.

3° La phtaléine n'est influencée ni par la chlorurémie ni par les accidents fébriles ; une seule chose influe sur son élimination, ce sont les lésions cardiaques accentuées ; mais alors cette mauvaise élimination rend un véritable service en indiquant qu'il existe une contre-indication opératoire provenant du cœur (Marion).

De même, M. P. Bazy pense que la phénolsulfonephtaléine peut renseigner mieux que la constante uréosécrétoire sur la valeur fonctionnelle des reins et préfère l'épreuve colorimétrique à l'épreuve arithmétique ; il ajoute que lorsque l'on a diagnostiqué ferme une lésion d'un rein indiquant la néphrectomie on peut pratiquer sans danger cette néphrectomie si l'épreuve du bleu ou de la phtaléine est bonne sans qu'il soit nécessaire de faire le cathétérisme des uretères et surtout de l'uretère du côté sain.

A. Wolfromm et R. Beauxis-Lagarde admettent également la supériorité de l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine sur le dosage de l'urée dans le sang et la constante uréosécrétoire; ils ont rapporté à la Société d'urologie l'observation d'un malade qui avait une constante de 0,182 et une azotémie de 0,60. Chez ce malade, atteint de tuberculose rénale, la néphrectomie paraissait impossible d'après les dosages précédents : mais l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine donnait 47,2 p. 200 pour le rein sain ; on fit la néphrectomie, et les suites opératoires furent parfaites, ce qui montre une fois de plus qu'il ne faut pas accorder à la constante trop d'importance.

Applications aux indications opératoires de la prostatectomie. — Negro et Colombet ont étudié l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine au point de vue des indications opératoires de la prostatectomie. Ils concluent également que le dosage de l'urée sanguine est insuffisant comme moyen de pronostic opératoire ; car elle est en rapport avec le régime alimentaire ; on voit des azotémies très basses correspondant à des constantes élevées, à des éliminations phtaléiniques faibles, à des conditions générales mauvaises. Quant à la constante, elle n'a pas la grande valeur pratique qu'on veut bien lui attribuer; elle est souvent en contradiction avec les faits.

Au contraire, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine a une valeur beaucoup plus grande ; la quantité de phénolsulfonephtaléine contenue dans le sang est exactement connue ; de ce fait, le rapport entre la quantité injectée et la quantité éliminée est précis. L'épreuve est peu influencée par la diurèse et ne l'est pas du tout par la température ni par l'âge du malade ; elle ne l'est pas davantage par la chlorurémie. Elle ne présente donc pratiquement aucune cause d'erreur. On peut donc s'appuyer avec certitude sur cette épreuve pour établir un pronostic opératoire chez un prostatique. Pour opérer, il faut au moins une élimination de 45 p. 100 en soixante minutes; au-dessous de ce chiffre il faut s'abstenir (Negro et Colombet).

Nous avons vu des malades qui présentaient une constante suffisante et une quantité d'urée sanguine à peu près normale et dont cependant l'élimination de la phénolsulfonephtaléine était inférieure au chiffre ci-dessous : Ces malades opérés sur les indications de la constante sont morts d'urémie. Ce qui aurait été évité si l'on s'était basé pour rejeter l'intervention sur la faiblesse de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine.

Conclusions. — L'exploration des fonctions d'élimination rénales par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine est un procédé sans aucun inconvénient, d'une simplicité très grande et d'une très grande précision.

Elle se fait en injectant dans la masse sacro-lombaire 6 milligrammes de phénolsulfonepbtaléine, ou 3 milligrammes en injection intraveineuse. Il faut recueillir les urines très exactement soixante-dix minutes après l'injection intramusculaire et trente-cinq minutes après l'injection intraveineuse.

L'élimination normale doit être de 50 p. 100 de la quantité injectée dans ce laps de temps.

Cette épreuve est sujette à moins de causes d'erreur que le dosage de l'urée sanguine ou que la constante uréosécrétoire. Elle paraît également d'une sensibilité plus grande et décèle des troubles fonctionnels qui passent inaperçus avec les autres méthodes.

On peut se baser sur ses résultats qu'il faut, si possible, contrôler par les autres méthodes pour décider une néphrectomie ou une prostatectomie, de crainte de voir l'opéré succomber à une crise d'urémie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Austin (Harold) et Elsenbrey (A. B.). Néphrites aiguës expérimentales. Comparaison de l'élimination des nitrates et des chlorures avec celle de la phénolsulfonephtaléine, *Journ. of experim. med.*, 1er oct. 1911, vol. XIV, n° 4, p. 366.

2. BAZY (P.). Quelques réflexions au sujet de l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, *Journ. d'urol.*, 4 oct. 1923.
3. CABOT (H.). La phénolsulfonephtaléine dans l'examen de la fonction rénale, *Boston med. and surg. Journ.*, 12 oct. 1911, vol. CLXV, n° 15, p. 549.
4. CHEVASSU. *Paris méd.*, 5 août 1922, n° 31, p. 124.
5. CHEVASSU. *Assoc. franç. d'urol.*, 1922, p. 318.
6. COMRIE (John D.) [d'Edimbourg]. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine dans l'examen fonctionnel du rein, *Edimb. med. chir. Soc.*, in *Lancet*, 21 mars 1914, n° 4 725, p. 826.
7. DUTHOIT et BACOIS. *Echo méd. du Nord.*
8. ERNE (P.) [Friburg in Brisgau]. Examen fonctionnel des reins par le phénolsulfonephtaléine, *Münch. med. Woch.*, 11 mars 1912.
9. FISHBEIN. Etude des fonctions du rein par le phénolsulfonephtaléine dans la fièvre scarlatine, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, oct. 1913, p. 1368.
10. FROMME et RUBNER (C.). L'examen fonctionnel des reins par la phénolsulfonephtaléine, *Münch. med. Woch.*, t. II, p. 588.
11. GARDNER (de New-York). L'exploration des fonctions rénales au moyen de la phénolsulfonephtaléine, *Gaz. des hôpit.*, 11 mai 1912, p. 817.
12. GERAGHTY (J. S.) et ROWNTREE (L. G.). *Chicago amer. Assoc.*, 1912.
13. GERAGHTY (J. S.), ROWNTREE (L. G.) et CARY (P. S.). Valeur et limitation de la diastase, de l'urée et de la phénolsulfonephtaléine combinées avec le cathétérisme urétéral pour apprécier la fonction rénale, *Ann. of surg.*, déc. 1913, n° 252, p. 880.
14. GOLDBERG (T.) [Münich]. La cystoscopie et l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine dans le diagnostic fonctionnel rénal, *Zeit. f. Gyn., urol.*, 1913, Bd IV, n° 6, p. 243.
15. GOODMAN (Ch.). La phénolsulfonephtaléine dans l'estimation de l'activité fonctionnelle des reins, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, juillet 1913, n° 3, p. 184.
16. HÉLOUIN. Ce qu'on peut demander à l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine dans l'exploration fonctionnelle rénale, *Journ. de méd. de Paris*, 1922, n° 34, p. 691.
17. KEYES (E. L.) et STEVENS (A. R.). Injection intraveineuse de phénolsulfonephtaléine pour l'étude du fonctionnement rénal par cathétérisme urétéral, *New-York med. Journ.*, 1er juin 1912, t. XLV, n° 22, p. 1134.
18. KEYES et STEVENS (H. R.). Etude de la fonction rénale par l'élimination de la phénolsulfonephtaléine, *Amer. Journ. of urol*, vol. VII, n° 10, p. 367.
19. LE BLAYE. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine par voie veineuse, ses avantages, *Arch. méd.-chir. de province*, janv. 1922, n° 1, p. 3.
20. LEGUEU. *Soc. franç. d'urol.*, 1922, in *Journ. d'urol.*, 1922, t. XIII, p. 113.
21. LIAN. Constante uréo-sécrétoire, phénolphtaléine et néphrectomie, *Soc. franç. d'urol.*, 3 juillet 1922, in *Presse méd.*, 22 juillet 1923, n° 58, p. 529; *Journ. d'urol.*, 1922, p. 136.
22. MARION (A.). A propos du mémoire de Sylvio Rolmdo sur le rein polykystique bilatéral, *Journ. d'urol.*, avril 1922.
23. MARION (A.). A propos de l'étude de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine, Soc. franç. d'urol., *Journ. d'urol.*, 1922, t. XIII, p. 113.
24. MAROULIS (C.). L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine chez les cardiaques et les cardio-rénaux, *Th. de Paris*, 1921; *Journ. d'urol.*, 1921, t. XII, p. 199.
25. MARTIN W. WARE (de New-York). Le peu de valeur de la phénolsulfonephtaléine en tant qu'indicateur de la fonction rénale, *New-York med. Journ.*, 28 fév. 1914, vol. XLIV, n° 9, p. 416.
26. MERKLEN (P.). *La Médecine*, 1922, p. 455.
27. MINVIELLE et HIRSCHBERG. *Soc. méd. des hôpit.*, 1913.
28. NEGRO (M.) et COLOMBET. Elimination de la phénolsulfonephtaléine et constante d'Ambard en rapport avec le régime chloruré et achloruré, *Journ. d'urol.*, 1922, t. XIV, p. 467.
29. NEGRO (M.) et COLOMBET (G.). Epreuve de la phénolsulphonephtaléine comme moyen d'établissement du pronostic d'interruption dans la prostatectomie, *Journ. d'urol.*, juillet 1923.
30. NEGRO (M.) et COLOMBET (G.). Valeur de l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine dans l'étude du fonctionnement du rein polykystique, *Journ. d'urol.*, sept. 1923, t. XVI, n° 3.
31. PAPIN. Valeur de la phénolsulfonephtaléine comme moyen d'exploration du fonctionnement rénal, *Soc. franç. d'urol.*, 12 déc. 1921.
32. PASTEUR VALLERY-RADOT. *Th. de Paris*, 1918.
33. PELLOT (d'Epernay). *Arch. méd.-chir. de province*, juin 1922, n° 6.
34. ROTH (M.) [de Berlin]. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, *IVe Congrès de la Soc. allemande d'urol.*, Berlin 1913, in *Zeit. f. Urol.*, 1914, n° 3, p. 335.
35. SANJURJO (J.). L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. Parallélisme avec l'étude de l'excrétion uréique, *Th. de Paris*, 1917, Vigot, édit.
36. SÉRANE (de Saint-Nectaire). Note sur l'épreuve d'élimination de la phénolsulfonephtaléine dans ses rapports avec l'azotémie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1923.
37. SIGURET (de Saint-Nectaire). Une méthode pratique pour l'exploration clinique des fonctions rénales, *Centre médical et pharmaceutique*, 1er mai 1922, n° 3, p. 216.
38. STEVENS (William) [de San Francisco]. Valeur comparée des épreuves modernes sur le fonctionnement rénal, *Journ. of the med. amer. med. Assoc.*, 16 mai 1914, vol. LXII, n° 20, p. 1544.
39. SYDNEY BURWELL (C.) et CHESTER (M. Jones). Extraction de la bile et du sang de l'urine en vue de perfectionner l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine du fonctionnement rénal, *Journ. d'urol.*, 1922, t. XIII, p. 289.
40. TARDO (de Palerme). Sur l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, *Journ. d'urol*, 1914, p. 318.
41. TARDO. Introduction à l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine en chirurgie urinaire, *Journ. d'urol.*, 1921, t. XII, p. 393.
42. TARDO. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine en chirurgie urinaire, *Journ. d'urol.*, 1922, t. XIII, p. 166.
43. TARDO. L'étude de l'hypertrophie compensatrice du rein par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine et la constante d'Ambard, Assoc. franç. d'urologie, *Journ. d'urol.*, 1922, p. 323.
44. THAYER (W. L.) et ROY S. SNOWEDEN (de Pittsburg). Comparaison des résultats de l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine pour la fonction des reins avec les modifications anatomiques observées sur les reins à l'autopsie, *Amer. Journ. of med.*, déc 1914, n° 513, p. 718.
45. WIDAL (F.), WEILL (André) et PASTEUR VALLERY-RADOT. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. Parallélisme avec l'étude de l'excrétion de l'urée chez les brightiques, *Presse méd.*, 28 juillet 1914.
46. WOLFROMM et BEAUVAIS-LAGARDE (R.). Constante uréo-sécrétoire, épreuve de la phénolsulfonephtaléine et néphrectomie, Soc. franç. d'urol., *Journ. d'urol.*, 1922, p. 136.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1924)

Application de la réaction de Sörensen à l'étude de la toxicité de la tuberculose. — MM. E. FERNBACH et G. RULLIER.

Production d'acide β-oxybutyrique par processus microbien. — M. LEMOIGNE.

La microsporidiose du lapin. Ses relations avec la rage. — MM. C. LEVADITI, S. NICOLAU et Mlle R. SCHŒN.

A propos des irrégularités de la fermentation lactique en présence de certains antiseptiques. — M. Auguste LUMIÈRE. Les travaux de M. Lumière ont, en définitive, démontré que les irrégularités de la fermentation lactique constatée par M. Richet et ses élèves ne proviennent que de la non-identité des conditions de leurs expériences et que les

propriétés fondamentales de la cellule vivante élémentaire — le microbe en l'espèce — ont un grand caractère de fixité et qu'elles ne sauraient être mises en cause pour expliquer les variabilités de la fermentation.

Rôle des traumatismes dans l'infection charbonneuse du cobaye par les voies digestives. — M. A. BOQUET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1924)

Des injections intratrachéales de lipiodol comme moyen de diagnostic de certaines affections pulmonaires. — M. SERGENT montre qu'à l'aide d'injections de lipiodol il devient facile de diagnostiquer une dilatation bronchique d'une suppuration ou d'un abcès pulmonaires. S'il s'agit d'une dilatation bronchique, le lipiodol pénètre dans cette dilatation, tandis que s'il s'agit d'un abcès ou d'une suppuration, il n'y pénètre pas, ce que l'on constate à la radioscopie de la façon la plus aisée, alors que cliniquement il est très difficile de faire le diagnostic différentiel.

Dans une série de projections, M. Sergent nous montre quelques exemples très frappants.

Forme hémoptoïque sèche de la dilatation des bronches. — M. BEZANÇON, en son nom et au nom de MM. P. Weil, Robert Azoulay et Etienne Bernard, insiste sur les points suivants :

Les symptômes classiques de la dilatation des bronches, expectoration abondante d'un type spécial, symptômes cavitaires, etc., sont en réalité des symptômes tardifs de l'affection. La phase prémonitoire pouvant dans certains cas remonter à l'enfance échappe le plus souvent. La présence d'hémoptysies répétées et abondantes, lorsque leur nature tuberculeuse n'est pas démontrée, peut faire soupçonner l'existence de la dilatation des bronches ; mais alors ni les signes stéthacoustiques ni les signes radiologiques n'ont une précision suffisante pour faire porter un diagnostic certain. La radiographie du thorax, après injection intrabronchique de lipiodol, selon la méthode de Sicard et Forestier, entraîne au contraire la conviction et permet de porter le diagnostic de forme sèche, hémoptoïque de la dilatation des bronches.

Il en était ainsi dans deux cas observés récemment : l'hémoptysie était le seul symptôme, toute expectoration faisait défaut, l'auscultation pratiquée au moment de l'hémoptysie révélait un syndrome cavitaire ébauché. La radiographie après lipiodol montra dans ces cas un syndrome radiologique très spécial : aspect en nid de pigeon surmonté d'une véritable ligne de niveau. Dans les deux cas la coexistence d'une aortite importante ou de stigmates d'hérédo-syphilis faisait pressentir le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'affection.

On connaît depuis longtemps les hémoptysies au cours de la dilatation des bronches dans les cas où il y a expectoration abondante. La forme hémoptoïque sèche, au contraire, a passé presque complètement inaperçue. Elle est cependant d'un haut intérêt, car elle nous révèle la longue durée de la phase de latence qui précède le stade d'expectoration abondante et son diagnostic peut permettre ainsi une thérapeutique précoce, soit étiologique, soit symptomatique par le pneumothorax artificiel.

M. SERGENT fait observer qu'il redouterait l'emploi des injections intratrachéales de lipiodol chez les tuberculeux et surtout dans les cas d'hémorragies. Chez l'homme sain la résorption du lipiodol se fait très rapidement. Dès le lendemain de l'injection l'examen radioscopique ne révèle plus sa présence, tandis que dans certains cas pathologiques cette résorption se fait au contraire très lentement.

M. BEZANÇON n'a pas fait sans appréhension une injection intratrachéale de lipiodol dans un cas d'hémorragie. Mais dans ce cas un diagnostic précis s'imposait, et cette injection seule permettait un diagnostic précoce.

M. SERGENT ajoute qu'ayant fait une de ces injections dans un but purement diagnostique, il a été heureusement surpris de voir que la présence du lipiodol dans les trajets fistuleux guérissait très rapidement ces fistules qu'on traitait depuis longtemps sans succès.

Essais de vaccination préventive et de vaccinothérapie curative contre la dysenterie par la voie digestive. — M. Aimé GAUTHIER, au cours de l'année 1923, en qualité de délégué de la Société des nations en Grèce, a eu la possibilité d'expérimenter dans des conditions favorables l'action de nouveaux vaccins antidysentériques employés par la voie buccale. Au nom de son collaborateur, le docteur Jean Abousselam et au sien, il communique les résultats obtenus.

Les premiers essais de vaccination antidysentérique effectués par la voie hypodermique ont dû être rapidement arrêtés en raison de l'intensité des réactions phlegmoneuses locales. Par contre, à la suite d'environ 30.000 vaccinations préventives faites par la voie buccale, l'auteur estime que l'efficacité en paraît désormais avoir été démontrée d'une façon incontestable.

Il a employé deux sortes de vaccins liquides polyvalents contenant 3 milliards de corps microbiens morts par centimètre cube, vaccins préparés à Athènes par M. Georges Blanc et MM. Pringos et Chachamopoulos et, accessoirement, 200 doses de vaccin en comprimés de la Biothérapie de Paris, formule de Besredka.

La dose journalière est de 1 centimètre cube prise à jeun et répétée pendant trois jours consécutifs, dose toujours très bien tolérée.

Constamment, il a été constaté une immunité conférée aux individus vaccinés pendant toute une période estivo-automnale, ainsi que l'arrêt rapide et complet des épidémies dans des groupements de réfugiés stables et facilement observables à Athènes, au Pirée et à Salonique. Dans un camp du Pirée occupé par 4.800 réfugiés où s'étaient produits 400 cas de dysenterie avec 50 décès, la vaccination des deux tiers des habitants a mis fin à l'épidémie, qui a continué dans le tiers non vacciné, donnant lieu à 159 nouveaux cas de diarrhée ou de dysenterie dans les deux mois suivants.

De même, l'administration de ce vaccin a donné d'excellents résultats curatifs, non seulement dans les cas de dysenterie bacillaire bactériologiquement ou cliniquement diagnostiqués, mais encore dans des entérites aiguës, diarrhées simples et même dans certains cas de dysenterie chronique; 1.453 malades ont été ainsi traités. La guérison est la règle en deux, trois ou quatre jours, sans adjonction d'aucun autre agent médicamenteux. La dose journalière maxima ne doit pas dépasser 3 centimètres cubes, qu'il y a avantage à faire prendre en deux ou trois fois en vue d'éviter les réactions.

M. VAILLARD fait ressortir toute l'importance des essais de M. Gauthier. Les résultats qu'il vient de faire connaître sont des plus encourageants tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue thérapeutique.

M. ACHARD se joint à M. Vaillard et insiste avec lui sur le grand intérêt des résultats obtenus par M. Gauthier, résultats qui sont bien de nature à frapper l'Académie puisqu'à l'aide de ces vaccinations on arrive à enrayer, en quelques jours, de graves épidémies de dysenterie bacillaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1923)

Traitement chirurgical des perforations gastriques — M. PAUCHET, sur 30 opérations pour perforations gastroduodénales, a rencontré 23 perforations duodénales et 7 perforations gastriques.

La mortalité des perforations, en général, est peu élevée : 5 morts sur 30, si on opère dans les vingt-quatre, et surtout dans les douze premières heures.

L'opération consiste en ceci : anesthésie locale. Incision en L, si le duodénum est perforé. Excision des bords de la perforation. Si la perforation duodénale est très grande, s'il faut pratiquer la section complète de l'intestin, fermer en cul-de-sac son bout terminal et implanter le bout pylorique dans la jéjunum, la gastro-entérostomie sera antérieure et complétée par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

En cas de lésion gastrique, se contenter de suturer, sans faire une gastro-entérostomie.

Les sutures simples de perforation gastrique nécessitent presque toujours une gastrectomie ultérieure. Les sutures

de perforation du duodénum, suivies de gastro-entérostomie, ne nécessitent pas d'opération ultérieure.

Sarcome primitif exogastrique fuso-cellulaire de la paroi gastrique postérieure. — M. G. Léo. Par son siège, par sa formule histologique, par sa symptomatologie fruste, par son erreur de diagnostic (tous les auteurs ont fait le diagnostic de kyste de l'ovaire, de kyste du mésentère ou de tumeur de la rate; aucun n'a diagnostiqué le sarcome exogastrique), par la durée de son évolution maligne, cette observation rentre dans le cadre des faits connus.

Mais par son volume exceptionnel (10 kilogrammes et 1 mètre de pourtour dans son grand axe), par ses adhérences mésocoliques, hépatiques, diaphragmatiques, par sa généralisation au péritoine pariétal, par son traitement qui comporte une colectomie du transverse en même temps qu'une large résection gastrique, ce cas se différencie des 238 cas publiés antérieurement, dont 117 furent opérés, et les autres constatés à l'autopsie seulement.

Sarcome globo-cellulaire de la gaine des fléchisseurs du médius droit. — M. G. Léo. Son observation est remarquable par : 1° La rareté de la variété histologique (12 cas seulement connus de cette variété globo-cellulaire de sarcome des gaines tendineuses, et seulement deux cas connus avec localisation aux doigts) ; 2° par la technique opératoire spéciale, qui permet de supprimer le doigt malade avec ses muscles de flexion sectionnés à l'avant-bras, sans aucun trouble pour les doigts restants, ni pour la main ; et enfin 3° par les suites opératoires éloignées, puisque l'opérée reste guérie sans récidive depuis quatre ans et demi.

M. Henri Douriez (d'Abbeville) relate une intéressante observation de kyste tordu de l'ovaire gauche qui, localisé dans la fosse iliaque droite, aurait pu, de par son siège et tels de ses symptômes, prêter à confusion avec un phlegmon appendiculaire; il insiste sur le péril qu'eût fait courir à la malade ce diagnostic erroné, s'il avait prévalu et s'il avait conduit à la temporisation.

M. Brodier rapporte l'observation d'une monoarthrite blennorragique aiguë du genou droit terminée par une arthrite plastique ankylosante remontant à 1916. Le traitement par les massages, bains de lumière, électricité, a réalisé, en 1923, une flexion légère du genou qui va s'accentuant.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

SERVICE INTERROMPU. VOYAGE. NON-APPLICATION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer dans de précédentes études que l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail était subordonnée à l'existence d'une relation de cause à effet entre l'accident et le travail; cette relation de cause à effet cesse dès le moment où l'ouvrier ne se trouve plus sous la dépendance du patron. La Cour d'appel de Limoges a, dans un arrêt du 22 mai 1923, fait application de ces principes.

A..., serre-frein au service de la Compagnie d'Orléans, réclamait le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 à la suite d'un accident dont il avait été victime dans les circonstances suivantes : étant en résidence à Ussel, il fut reconnu atteint de bronchite et de grippe le 18 janvier 1922 par le médecin de la Compagnie qui l'autorisa à se rendre pendant six jours dans sa famille à Orval (Cher); A... vint plusieurs fois d'Orval pour voir le médecin de la Compagnie qui, chaque fois, lui accorda des prolongations de repos, toujours avec l'autorisation de se soigner dans sa famille. Le 3 mars 1922, A..., ayant obtenu dans ces conditions une nouvelle prolongation de repos, vint à la gare d'Ussel pour prendre le train en vue de regagner Orval; arrivé en retard et en état d'ébriété, il voulut monter dans le train qui était déjà en marche, il glissa sur le marche-pied du wagon et tomba sur le trottoir les jambes engagées sur la voie. Il eut ainsi l'avant-pied droit écrasé par les roues du train; cette blessure ayant nécessité l'amputation du pied, il en est résulté pour A... une diminution permanente de sa capacité de travail, en raison de laquelle il prétendait avoir droit à l'indemnité prévue par l'article 3 de la loi de 1898.

Après avoir spécifié qu'une indemnité ne peut être due qu'au cas d'accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail, la Cour ajoute :

« Attendu qu'A... étant en congé de maladie depuis le 18 janvier 1922 avait, depuis cette date, interrompu son travail et ne l'avait pas encore repris au moment de l'accident du 3 mars; qu'ainsi cet accident ne saurait être directement imputable au travail;

Attendu que, contrairement à ce qu'ont pensé les premiers juges, il n'existe aucune relation, même indirecte, de causalité entre le travail et l'accident survenu dans les circonstances de fait ci-dessus relatées;

Attendu, en effet, que, si on analyse ces circonstances, on remarque que l'accident est survenu au cours d'un voyage que faisait l'ouvrier, non pas à l'occasion de son travail qui était interrompu depuis six semaines, mais à l'occasion de soins nécessités par une maladie ordinaire, *non professionnelle et ne représentant aucun des caractères d'un accident du travail*; que fût-il établi, comme l'affirme arbitrairement le jugement entrepris, que cette maladie qualifiée « grippe-bronchite » par le médecin traitant a été contractée par A... au cours de son service, elle n'en serait pas moins hors du champ d'application de la loi du 9 avril 1898; qu'on n'aperçoit pas, dès lors, comment l'accident survenu à A..., tandis qu'il soignait une telle maladie, pourrait faire naître à son profit le droit de bénéficier de ladite loi;

Attendu qu'il est inexact de prétendre, comme le fait A..., que l'accident lui est survenu alors qu'il exécutait l'ordre du médecin de la Compagnie lui prescrivant d'aller se faire soigner à Orval, ordre auquel il était tenu de se conformer d'après son contrat de travail, et auquel la Compagnie se conformait elle-même en assurant son transport gratuit dans cette localité; qu'A..., ayant sa résidence professionnelle à Ussel, devait normalement rester dans cette ville pour y recevoir des soins; que, s'il est allé à Orval, c'est parce que sa famille, dans laquelle il était autorisé à se faire soigner, y habitait encore; qu'il résulte des termes mêmes du bulletin de santé signé par le médecin de la Compagnie qu'aucun ordre n'a été donné à ce sujet et qu'A... a été simplement autorisé sur sa demande et pour ses convenances personnelles à se rendre dans sa famille, ce qui, loin de le maintenir sous la direction de ses patrons, le dégageait de toute surveillance et de tout contrôle de leur part. »

Les principes sont bien dégagés dans l'arrêt, étant données les circonstances de fait. A... ne pouvait pas invoquer que la Compagnie avait assumé l'obligation de le transporter à Orval; car il pouvait s'y rendre comme bon lui semblait et à l'aide des moyens de locomotion qui étaient à son choix. S'il a utilisé le train, c'est en raison de l'avantage que lui procurait la carte de circulation gratuite remise par la Compagnie à tous ses employés, afin qu'ils puissent voyager sur son réseau à leurs moments de loisirs et en dehors du travail; en réalité, A... voyageait comme un voyageur ordinaire.

La décision de la Cour de Limoges aurait sans doute été différente, à lire ses *attendus*, si la maladie contractée par l'ouvrier avait eu un caractère professionnel. Mais tel n'était pas le cas : la maladie pouvait avoir été contractée par tout autre personne et en tout autre lieu que dans les dépendances de la Compagnie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Conférences de clinique médicale pratique (deuxième série), par le docteur Louis Ramond, médecin des hôpitaux de Paris. Un vol., 401 pages, 42 fig. — Paris, Vigot frères.

Le système nerveux autonome sympathique et parasympathique (première partie), par J. N. Langley, professeur de physiologie à l'Université de Cambridge), traduit de l'anglais par Tiffeneau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Une broch., 92 pages. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SGC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat en médecine. — *Chirurgie et accouchements.* — *Jugement des mémoires.* — M. Moulonguet, 26.

Epreuve orale. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement de la rupture de la grossesse tubaire. »

M. Moulonguet, 18.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Cordon spermatique. Miction. Rupture traumatique de l'urètre. »

M. Moulonguet, 29.

— Hospice de Brévannes. — Une place de médecin assistant est actuellement vacante dans le service de M. le docteur Renaud, à l'hospice de Brévannes. — S'adresser au bureau du Service de santé.

— Consultations antivénériennes. — Un emploi de médecin chef de laboratoire des consultations antivénériennes du soir de l'hôpital Bichat est actuellement vacant. Ces consultations ont lieu deux fois par semaine les lundi et vendredi, à 18 h. 30.

Une indemnité de 25 francs par séance de consultation effectivement assurée est allouée à ce médecin. Les candidats sont priés de se faire connaître à l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris (bureau du Service de santé, n° 11), 3, avenue Victoria.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Dunet, agrégé, pathologie externe; Cordier, agrégé, anatomie.

M. Gallois est nommé, pour l'année scolaire 1923-1924, chef des travaux d'anatomie.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1923-1924, chefs de travaux :

MM. Noël, agrégé, histologie; Leulier, agrégé, matière médicale; Mazel, agrégé, médecine légale.

M. Chalier, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours complémentaire de pathologie interne.

— Montpellier. — M. Granel, professeur de botanique et histoire naturelle médicale, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé, à dater du 1er novembre 1923, professeur honoraire.

M. Cristol est nommé, pour l'année scolaire 1923-1924, chef des travaux pratiques de chimie biologique (3e classe), en remplacement de M. Portes, appelé à d'autres fonctions.

M. Granel est nommé, pour l'année scolaire 1923-1924, chef du laboratoire d'histologie.

— Strasbourg. — M. Weill est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours d'ophtalmologie.

— Toulouse. — M. Argaud, professeur d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, a été nommé, sur sa demande, professeur d'histologie et embryologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. Serr, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

M. Clermont, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, des conférences d'anatomie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Sont chargés des fonctions de chefs de travaux :

MM. Hanot, suppléant, micrographie (pharmacie); Barre, préparateur au lycée, physique (P. C. N.).

Sont chargés des cours ci-après désignés :

MM. Hanot, suppléant, zoologie (pharmacie), zoologie (P. C. N.), cours et travaux pratiques; Pauchet, professeur au lycée, botanique (pharmacie), botanique (P. C. N.), cours et travaux pratiques; Pierrat, professeur au lycée, physique (P. C. N.).

M. Bouchez, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicales est chargé, en outre, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

M. de Butler d'Ormond est institué, pour une période de

neuf ans, à partir du 1er novembre 1923, chef des travaux anatomiques.

M. Caraven, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, du 1er novembre 1923 au 31 mars 1924 (durée du congé accordé à M. Fournier), d'un cours de clinique obstétricale.

— ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 22 juillet 1924, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

A la même date s'ouvrira, devant la Faculté de pharmacie de Paris, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à la même Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 19 janvier publie, p. 627, une circulaire du ministre de l'Hygiène relative à la protection des femmes en couches et des nourrissons et prescrivant des visites familiales par une personne qualifiée, professionnelle ou bénévole, pour assurer le contrôle du repos consécutif à l'accouchement.

— DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES. — Le *Journal officiel* du 20 janvier 1925 publie un décret modifiant les décrets du 10 février 1903 et du 28 septembre 1916 en ce qui concerne la liste des maladies pour lesquels la déclaration et la désinfection sont obligatoires ou facultatives.

Première partie. — Maladies pour lesquelles a déclaration et la désinfection sont obligatoires : 1° La fièvre typhoïde ; 2° le typhus exanthématique ; 3° la variole et la varioloïde ; 4° la scarlatine ; 5° la rougeole ; 6° la diphtérie ; 7° la suette militaire ; 8° le choléra et les maladies cholériformes ; 9° la peste ; 10° la fièvre jaune ; 11° la dysenterie ; 12° les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ; 13° la méningite cérébro-spinale épidémique ; 14° la poliomyélite antérieure aiguë ; 15° le trachôme ; 16° la fièvre ondulante.

Deuxième partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative : A. Tuberculose pulmonaire ; B. coqueluche ; C. grippe ; D. pneumonie et broncho-pneumonie ; E. érysipèle ; F. oreillons ; G. lèpre ; H. teigne.

LOI ACCORDANT A Mme CURIE UNE RÉCOMPENSE NATIONALE. — Le *Journal officiel* du 18 janvier 1924 publie le texte de la loi accordant à Mme Curie, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, à l'occasion du 25e anniversaire de la découverte du radium, à titre de récompense nationale, une pension annuelle de 40.000 fr.

En voici la teneur ;

« ARTICLE PREMIER. — Il est accordé à Mme Curie, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, une pension annuelle de quarante mille francs (40.000 fr.), qui sera inscrite au Trésor public avec jouissance du 1er décembre 1923.

La totalité de cette pension sera reversible sur chacun des deux enfants de M. et Mme Curie et par parts égales.

ART. 2. — Cette pension ne se confondra pas avec celle à laquelle Mme Curie pourrait avoir droit, en vertu de la loi du 9 juin 1853 et des lois subséquentes.

Elle se cumulera avec les traitements ou émoluments de toute nature que Mme Curie et ses enfants pourront recevoir, soit sur le budget de l'Etat, soit sur les budgets des colonies ou pays de protectorat, des départements, communes ou établissements publics. »

LES AVANTAGES FAITS AUX ÉTUDIANTS ÉTRANGERS PAR LE GOUVERNEMENT ITALIEN. — Un décret royal rendu l'an dernier établit que les étudiants étrangers qui s'inscrivent aux écoles publiques de n'importe quel ordre ou degré et aux instituts d'instruction supérieure du Royaume seront exempts du paiement de toute taxe et surtaxe scolaire.

M. Mussolini, en prenant cette initiative, a certainement bien travaillé pour le prestige des grandes universités italiennes. C'est un exemple que nous devrions méditer et suivre.

Simon DUPLAY

Nous apprenons la mort, à l'âge de quatre-vingt-huit ans, du professeur Duplay qui se trouvait être le doyen d'âge de l'Académie de médecine.

Il y a longtemps déjà qu'il s'était retiré du monde médical. Les jeunes générations ne l'ont pas connu. Mais durant son activité scientifique il avait conquis une place considérable parmi les chirurgiens de son époque, autant par ses travaux qui sont nombreux et importants que par son enseignement, son habileté opératoire et ses succès de chirurgien consultant.

Duplay appartenait à une vieille famille parisienne.

Né à Paris, le 10 septembre 1836, il était l'arrière-neveu du menuisier Duplay qui fut l'hôte de Robespierre.

Interne des hôpitaux en 1858, dans la même promotion qu'Edouard Cruveilher, Ferrand, Valéry Meunier, Proust, Pamard (d'Avignon), agrégé de chirurgie en 1866, en même temps que Tillaux, Ed. Cruveilhier et Armand Desprès, il fut nommé chirurgien du bureau central en 1867, professeur de pathologie externe en 1880, et de clinique chirurgicale en 1890. Membre de l'Académie depuis 1879, officier de la Légion d'honneur, Duplay a conquis tous ces titres, grâce à sa vive intelligence, son travail facile, et à ses vastes connaissances.

Son œuvre écrite est des plus importantes et fut longtemps classique. Il faut surtout citer le *Traité de pathologie externe* en collaboration avec Follin ; le *Traité de chirurgie* avec Reclus, les *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, le *Manuel chirurgical* avec Rochard et Demoulin.

Bon opérateur, il a imaginé certains procédés de technique qui sont restés classiques tels que celui qui est appliqué au traitement de l'épispadias.

Grand, fort, d'un aspect robuste, le teint pâle, les cheveux blonds et courts, la barbe soignée, de mise assez élégante, un peu lent et lourd dans ses mouvements et sa démarche, mais d'esprit fin, souvent jovial, parfois caustique, Duplay était fort apprécié de ses collègues et très aimé de ses élèves. Cette nature, en apparence florissante et bien douée, semblait promettre une carrière longue et bien remplie, mais vers 1900, son activité se ralentit, il fit des apparitions de plus en plus rares à l'hôpital, à la Faculté, à l'Académie, abandonnant peu à peu la clientèle. Puis il disparut tout à fait, se condamnant à une retraite prématurée, ayant perdu la vue, souffrant cruellement, triste fin d'une longue vie de travail.

Duplay, dans le cours de sa carrière, a rempli consciencieusement sa tâche et a laissé une œuvre durable qui serait encore classique sans l'évolution rapide de la chirurgie. Il a été un professeur écouté et suivi, un bon chirurgien et un confrère aimable et sympathique dont nous conservons un souvenir ému. A. BROCHIN.

RENSEIGNEMENTS

Mlle S. RUSSINGER, prof. dipl., 8, r. Lekain, Paris, se spécialise ds la copie à la mach. des quest. d'int. Prix très avant.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le tirage de l'Agenda P.-L.-M. 1924 étant épuisé, la Compagnie informe le public qu'il ne pourrait plus être donné suite aux demandes d'achats qui lui parviendraient désormais.

EN RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE

DOIT-ON RASSEMBLER OU ÉTALER LA DOSE TOTALE DANS LE TEMPS?

Par MM. DUCUING et JACOTOT.

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur et d'après son volume, sa situation, sa profondeur, sa nature histologique, nous avons calculé la dose totale de rayons X qu'elle doit recevoir. La question qui se pose maintenant est la suivante :

En combien de temps donnerons-nous cette dose? Devons-nous la « rassembler » où « l'étaler » dans le temps.

Nous allons envisager les diverses méthodes employées en radiothérapie pénétrante, nous les discuterons et nous exposerons enfin la meilleure conduite à tenir.

I. **Exposé des méthodes.** — Il en existe essentiellement deux. L'une consiste à donner la dose totale dans le minimum de temps en une seule journée, en une seule séance si possible, l'autre consiste à étaler la dose dans un temps plus ou moins long, pouvant atteindre plusieurs semaines.

La première méthode a été appelée « méthode allemande ». En réalité, cette façon de procéder a été celle des roentgenthérapeutes allemandes de 1916 à 1919, et les travaux, les plus connus en France à ce sujet, sont ceux de Seitz et de Wintz d'Erlangen.

Actuellement quelques auteurs sont encore partisans de cette méthode, comme Wintz d'Erlangen, Warnekros et Dessauer de Francfort, von Wieser de Vienne, mais en Allemagne même beaucoup comme Perthes de Tubingen, Kohler, Mathias de Bonn l'ont abandonnée pour procéder par doses plus étalées. Holzknecht (de Vienne) agit de même.

La deuxième méthode consiste comme nous l'avons déjà dit à procéder par séances fractionnées, la dose totale étant habituellement donnée en plusieurs jours.

Cette méthode essentiellement clinique s'adapte à chaque tumeur en tenant compte de différents facteurs que nous aurons à étudier tout à l'heure. C'est la façon de procéder de Regaud et Richard à l'institut du radium, c'est celle qu'ont employée et qu'emploient les roentgenthérapeutes des hôpitaux de Paris, Proust, Mallet, Et. Coliez à Tenon, Belot à Saint-Louis, Haret à Lariboisière, Roussy à Villejuif, Delherm à la Pitié. Nous pouvons donc appeler cette méthode en opposition avec la première : « méthode française ».

II. **Critique de ces méthodes.** — **Première méthode.** — *A.* Avantages. — La première de ces méthodes, méthode des doses massives, nous met d'une façon absolue en garde contre le danger de la vaccination de la tumeur. Regaud et Nogier (*C. R. Académie des sciences*, juin 1914, et *Archives électricité médicale*, juillet 1918) dans une série d'expériences, nous ont montré que la radiosensibilité d'une tumeur maligne décroît au cours d'un traitement radiothérapique prolongé; plus récemment Regaud dans son rapport au Congrès International de chirurgie (22 juillet 1920) en même temps qu'il nous montre l'augmentation de radiosensibilité des tissus généraux à la suite d'irradiations trop prolongées, insiste sur ce fait que des doses fragmentées et étalées sur un temps trop long amènent une diminution réelle de la radiosensibilité des cellules néoplasiques.

Une tumeur traitée dans de semblables conditions deviendra donc bientôt réfractaire aux rayons X; elle sera « vaccinée ».

B. Inconvénients. — La méthode massive présente cependant de graves inconvénients; ils sont d'ordre général et d'ordre local.

Inconvénients d'ordre général. — Il est très difficile pour des malades affaiblis, comme ceux relevant de la radiothérapie pénétrante, de rester six ou huit heures consécutives sur une table d'irradiation, sans en éprouver une grande fatigue.

A lui seul, en outre, le séjour de six ou huit heures dans une salle de traitement saturée, malgré la ventilation, d'ozone et de vapeurs nitreuses, constitue une cause d'intoxication à éviter au malade,

L'application de la dose totale en une seule séance entraîne surtout d'autres inconvénients; c'est la production d'une anémie résultant de la destruction des globules rouges, c'est ensuite la leucopénie, c'est enfin les troubles toxiques qui découlent de la mise en liberté dans la circulation générale de ces déchets cellulaires. L'action des radiations sur les globules rouges peut entraîner des troubles graves; en effet tandis que la disparition des lymphocytes est habituellement de courte durée et de ce fait peu inquiétante, la destruction des globules rouges à la suite d'une irradiation trop intense peut déterminer des troubles durables et sérieux. Masceri a remarqué que la diminution des érytrocytes après forte irradiation, peut aller jusqu'à 30 à 40 p. 100 entraînant une anémie mortelle si le malade a déjà une formule sanguine déficitaire.

Les irradiations fractionnées au contraire, n'altèrent jamais les globules rouges d'une façon inquiétante; elles peuvent même, dans certains cas avoir une action excitatrice sur la lymphogenèse.

A côté de ces troubles dus à l'action des rayons sur les éléments figurés du sang, on peut voir se produire à la suite d'une irradiation massive d'autres phénomènes toxiques (choc colloïdoclasique de certains auteurs). La radiocytolise, en effet, frappe non seulement les hématies et les leucocytes, mais encore et surtout les cellules néoplasiques radiosensibles; la désintégration de ces cellules s'accompagne de libération d'albumines hétérogènes qui sont remises dans la circulation générale et déterminent encore des troubles d'intoxication.

On comprend dès lors qu'un malade, dont le rein filtre mal, dont l'état général est précaire, ne puisse résister à ce choc, et il faut voir là l'explication de certains accidents mortels survenus après l'irradiation massive.

Inconvénients d'ordre local. — En procédant par dose massive on risque de détruire la cellule conjonctive chargée d'endiguer le néoplasme, et ceci mérite quelques explications.

Le rôle prépondérant du tissu conjonctif dans la défense de l'organisme contre le cancer a été précisé par Rubens-Duval (*Journ. méd. français*; mars 1921, et Congrès de Strasbourg 1923). Dans un organisme sain, le tissu conjonctif contribue à équilibrer le développement normal des cellules. Cet équilibre étant rompu par le développement d'une tumeur, le rôle du tissu conjonctif sera double; il tendra

d'abord à rétablir cet équilibre, ou du moins à instaurer un équilibre nouveau; il tendra ensuite à préserver l'organisme sain de tout ce qui vient du cancer, en formant une véritable barrière entre les cellules néoplasiques et l'organisme. Ce rôle est tel, qu'il ne peut y avoir de radiothérapie efficace là où le tissu conjonctif est déficient. Il est donc de toute écessité lorsque l'on traite une tumeur par la radiothérapie pénétrante, de ménager le tissu conjonctif en évitant une irradiation trop massive qui peut le faire disparaître; détruit par une irradiation brutale, ce tissu ne réagit plus, et les cellules néoplasiques se propagent librement; excité au contraire par des doses moins fortes, il prolifère et remplit alors au maximum son rôle de défense.

A côté de ces inconvénients tenant à l'altération du tissu conjonctif par l'irradiation massive, il faut signaler qu'il existe certains néoplasmes pour lesquels à notre avis la méthode par dose massive est inapplicable.

Nous ne voyons pas la possibilité de traiter aussi brutalement à l'aide des rayons X, une tumeur de pharynx ou du larynx

En dehors d'un œdème de la glotte qui en serait le résultat presque fatal, mais qu'on pourrait à la rigueur conjurer à l'aide d'une trachéotomie préventive, il se produit avec des doses massives une irritation telle de la muqueuse pharyngée que le malade est dans l'incapacité absolue de se nourrir.

A plusieurs reprises, dans des cas personnels chez des malades irradiés avec des doses moins massives, nous avons été obligés d'espacer les séances, d'en diminuer la longueur, d'arrêter même le traitement dans la crainte de voir nos malades mourir de faim.

Pour ce qui concerne enfin les cancers des organes creux (rectum-vessie-intestin-estomac), la méthode par dose massive doit être absolument à rejeter. Une partie de la paroi de ces organes peut être en effet uniquement constituée par le néoplasme et l'irradiation trop brutale risque de détruire le tissu cancéreux, sans que le tissu sain de réfection ait le temps de proliférer et de se substituer à lui. Il en résulte alors une perforation avec toutes ses conséquences.

Deuxième méthode. — *A.* Inconvénients. — La deuxième méthode ou méthode des irradiations fractionnées présente quelques inconvénients.

Nous avons vu le danger des doses trop lentes au point de vue de la vaccination de la tumeur, et de l'augmentation de la radiosensibilité des tissus généraux entourant le néo; il y a là un écueil à éviter.

B. Avantages. — Rappelons d'abord qu'elle permet au malade de supporter un traitement qu'une dose massive aurait rendu beaucoup plus dangereux pour lui, qu'elle lui évite un choc hémoclasique trop brutal, qu'elle lui permet de supporter la résorption des éléments néoplasiques désintégrés; rappelons encore que cette méthode permet d'irradier certaines tumeurs que l'on n'aurait pu traiter par doses massives (néoplasmes des voies respiratoires et digestives).

Ceci mis de côté, cette méthode d'irradiation fractionnée présente surtout le très grand avantage de s'adapter à cette loi fondamentale de la radiothérapie, nous indiquant que les cellules néoplasiques sont particulièrement sensibles au moment de leur division. Regaud (Congrès de chirurgie de 1920) nous a montré, à la suite de travaux sur l'épithélium séminal des mammifères à spermatogénèse continue, que la radiosensibilité est inhérente à certains états ou moments physiologiques de la cellule, dont le plus important est l'état de reproduction.

Les rayons X agissent comme un poison électif de la chromatine nucléaire en évolution. Nous avons donc beaucoup de chances de détruire une tumeur en l'irradiant pendant tout le temps de son évolution kariokinétique. En allongeant la durée de l'irradiation, nous profitons du moment de la grande sensibilité des cellules pour les détruire successivement.

Cette idée de proportionner la durée de l'irradiation au temps des mitoses a été reprise par l'école de Proust, à Tenon. Mallet (*Société de radiologie*, 10 août 1923), de Nabias et Forestier (*L'Hôpital*, fév. 1923), à l'aide de leur index kariokinétique, ont essayé de préciser la durée moyenne de l'évolution mitosique d'une tumeur. En proportionnant la durée de l'irradiation à cet index kariokinétique, on a toutes les chances, selon les auteurs déjà cités de détruire successivement toutes les cellules néoplasiques en évolution. N'exagérons, cependant, pas la valeur de cette indication et avec Regaud, rappelons les difficultés que l'on peut avoir à établir ce critérium quasi mathématique et contentons-nous de considérer l'index, non pas comme la clé de l'irradiation, mais comme un facteur qui, réuni à d'autres, nous permet d'ajouter quelques précisions au mode de distribution des doses de rayonnement.

III. **Conduite à tenir.** — Comme nous venons de le voir, nous sommes pris entre deux ordres de danger, les uns inhérents à la méthode brutale d'irradiation massive et rapide, les autres inhérents à la méthode trop lente.

La méthode rapide présente des dangers certains que nous avons exposé plus haut, et qui sont suffisants pour nous la faire absolument abandonner. Il est possible, d'autre part, qu'une tumeur traitée par la méthode lente se vaccine rapidement, mais nous ne pouvons préciser le temps dans lequel cette vaccination aura lieu. En tout cas, ce temps ne sera pas tellement court que nous soyons obligés de donner notre dose totale en une seule journée.

En tenant compte de ces notions voici comment nous agissons en pratique. Nous appliquons notre dose totale par séances successives en douze ou quinze jours. Dans ce laps de temps, nous ne pensons pas diminuer la radiosensibilité de la tumeur en la vaccinant, et nous avons toutes les chances d'irradier successivement la totalité des cellules néoplasiques en évolution, sans diminuer cependant la radiorésistance des tissus généraux et sans porter atteinte à la vitalité du tissu conjonctif de défense.

Nous ne considérons pas cependant ce laps de temps comme immuable. Nous l'augmentons où nous le diminuons, nous rassemblons, nous étalons notre dose d'après les caractères histologiques de la tumeur, sa situation, et d'après l'examen rigoureux de la résistance du malade. Les caractères histologiques de la tumeur nous fixent tout d'abord sur son degré spécifique de radiosensibilité (Regaud). L'étude de l'index kariokinétique sans rien avoir d'absolu nous fixe sur le mode de distribution de la dose totale. En présence d'une tumeur à mitoses nombreuses, nous rassemblerons notre dose en huit ou dix jours, mais s'il s'agit de tumeurs à mitoses

rares, nous l'étalons en une quinzaine de jours environ.

Nous procédons plus lentement en présence de néoplasme très radiosensible qui, en se désintégrant rapidement produisent un choc colloïclasique plus brutal.

Nous tenons compte ensuite de la situation de la tumeur. Pour un néo du pharynx, redoutant toujours l'œdème de la glotte et la dysphagie, nous fractionnons notre dose et nous l'étalons en quinze ou vingt jours, suivant le mode de réaction des muqueuses.

Nous agissons de même quand nous avons à traiter des tumeurs siégeant sur les organes creux; prévoyant toujours la possibilité d'une perforation, nous agissons par doses lentes de façon à permettre au tissu de néoformation, de proliférer et de se substituer au tissu néoplasique détruit.

Nous examinons enfin, avec le plus grand soin, l'état de résistance du malade. Si la formule sanguine est bonne, si la constante d'Ambard est satisfaisante, si le foie est en bon état, nous agissons plus vite; augmentant la durée de nos irradiations journalières, nous rassemblons notre dose totale. En présence d'un malade anémié, à formule sanguine précaire, à émonctoires médiocres, en présence d'un malade déjà cachectisé, nos irradiations sont plus lentes, plus prudentes et nous étalons notre dose.

En résumé, la répartition de la dose totale dans le temps est un véritahle problème qui se pose pour chaque malade et pour chaque tumeur.

Pour le résoudre, au lieu de rester dans le cadre étroit d'une technique par trop schématique, nous nous entourons de tous les renseignements que peut nous donner la clinique, le laboratoire et l'histologie.

Ici, comme dans toute thérapeutique, nous ne ferons pas œuvre de technicien, mais de clinicien.

ACTUALITÉS

L'ALASTRIM

L'alastrim est une maladie infectieuse, contagieuse et épidémique, ayant comme symptôme essentiel une éruption qui se rapproche des exanthèmes de la variole et de la varicelle. Elle a été décrite en 1904 par de Kortes dans *The Lancet* sous le nom de *amaas* ou *kaffir milk-pox*; de Kortes avait observé cette fièvre éruptive au Cap, mais il ne s'agissait pas d'une maladie nouvelle, car Anderson avait relaté en 1867 une épidémie de varicelle-varioloïde survenue à la Jamaïque, Fersen avait connu la variole cafre dès 1876, Arnold l'avait signalée de nouveau en 1898 et, en 1902, une épidémie de varicelle-varioloïde avait sévi dans les Indes occidentales. C'est Ribas qui, en 1910, lui donne le nom d'*alastrim* (1), terme emprunté aux indigènes de la province de Bahia. Depuis 1910, l'alastrim a été observé en Amérique, dans le Sud de l'Afrique et, au cours des trois dernières années, dans toutes les Antilles. Des cas sont survenus en France, importés de l'épidémie des Antilles dans les grands ports où abordent les navires venant de l'Amérique centrale. Aussi plusieurs travaux ont-ils été consacrés à cette fièvre éruptive; nous signalerons entre autres ceux de Légé Marie (1), de S. Chauvet (2) et de A. Raybaud (3) dans lesquels on trouve une excellente description de l'alastrim. A l'Académie de médecine (4), le professeur Léon Bernard (4) a fait une communication très intéressante sur cette maladie exotique dont L. Camus (5) a discuté la place dans le groupe des fièvres éruptives.

(1) D'*alastra*, qui signifie : se propageant rapidement.

L'alastrim atteint surtout la race noire; d'après L. Bernard, seuls les nègres contractent cette maladie; pour Blin, les noirs ont seulement une réceptivité plus accusée; d'autres pensent que les nègres ne sont surtout atteints que parce qu'ils manquent d'hygiène, la contagion étant, de ce fait, rendue plus facile. La dissémination de la maladie paraît se faire, soit par contact direct, soit par l'intermédiaire des objets manipulés par les malades, peut-être même par l'air. On ne sait si l'alastrim est contagieux avant l'éruption; on ignore combien de temps le malade reste dangereux pour son entourage. En attendant des précisions, on doit considérer comme contagieux le liquide des vésico-pustules, le mucus nasal, la salive et les crachats.

Après une incubation de durée mal connue, deux à sept jours pour certains auteurs, dix à quatorze d'après de Kortes, quinze à vingt-cinq d'après Légé Marie, la maladie commence par une période d'invasion, avec un malaise général (courbature, céphalée), des troubles digestifs (syndrome d'embarras gastrique), quelquefois un peu d'angine, de catarrhe nasal et d'enrouement; on a signalé aussi de l'adénopathie cervicale; la fièvre est plus ou moins forte, 38°5, 39 degrés, quelquefois 40 degrés; l'invasion dure de deux à quatre jours. Au moment où commence la période d'éruption, la température tombe brusquement à 37 degrés et même au-dessous (36°2 à 36°8) et on voit apparaître des papules.

C'est à la face, autour de la bouche et du nez, sur le front et les joues, que l'on constate des boutons en saillie, rouges, de la grosseur d'un grain de mil; très vite, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs sont envahis par l'éruption. Ces boutons rouges donnent naissance en deux ou trois jours, en augmentant de volume, à des vésicules qui sont le plus souvent confluentes à la tête et aux extrémités, envahissant par la suite les espaces interdigitaux, les surfaces palmaire et plantaire, surgissant même sur certaines muqueuses, au pharynx, à la marge de l'anus, au sillon balano-préputial; la conjonctive et la cornée ne sont jamais atteintes. D'après S. Chauvet, les éléments éruptifs sont disposés selon une distribution nerveuse et même assez nettement radiculaire, avec prédilection pour certains territoires cutanés, la toxine de l'alastrim se fixant surtout au niveau de certains centres (partie inférieure du renflement cervical; segment médullaire dorsal moyen; partie inférieure du renflement lombo-sacré).

Les vésicules, d'abord rondes, deviennent pointues, acuminées, jamais ombiliquées; cependant, aux parties déclives du corps ou exposées à la pression,

(1) LÉGÉ MARIE. *Arch. méd.-chir. de Normandie*, oct. 1923.
(2) S. CHAUVET. *La Clinique*, nov. 1923.
(3) A. RAYBAUD. *Marseille méd.*, 25 nov. 1923.
(4) LÉON BERNARD. *Acad. de méd.*, 2 oct. 1923. *Gaz. des hôpit.*, 1923, p. 1288.
(5) L. CAMUS. *Acad. de méd.*, 2 oct. 1923. *Gaz. des hôpit.*, 1923, p. 1288. — Voir encore : THOREL. *Bull. méd.*, 1923, n° 44; — BLAMOUTIER. *Paris méd.*, 22 déc. 1923; — *Arch. méd.-chir. de province*, oct. 1923; — *Monde méd.*, 1er nov. 1923.

les vésicules s'écrasent et se vident au frottement, donnant en s'aplatissant un aspect de fausse ombilication (Légé Marie). Ces vésicules, qui peuvent mesurer de 1 à 3 millimètres de diamètre à leur base, sont des cônes soulevant l'épiderme; elles contiennent un liquide gris blanchâtre ressemblant à du lait (milk-pox), quelquefois tirant sur le jaune. En quatre jours, elles aboutissent à la formation de pustules qui peuvent se flétrir sans donner lieu à une véritable issue de pus, mais qui empèsent et maculent les draps du malade d'une lymphe lactescente gris jaunâtre. Pendant toute cette phase, il n'y a pas de phénomènes généraux, sauf parfois de petites ascensions thermiques annonçant une nouvelle poussée éruptive, et le fait se montre assez fréquent le cinquième ou sixième jour de la maladie.

La dessiccation commence rapidement, vers le sixième jour, sans fièvre secondaire; quelques éléments s'aplatissent sans former de croûtes; les autres prennent au centre la teinte de la cire jaune qui se fonce de plus en plus, tandis que le liquide de la pustule, s'échappant du milieu du bouton, forme croûte en se séchant; les croûtes tombent en petites écailles brunes laissant à leur place une surface colorée en rouge foncé qui pâlit à la pression ; c'est une macule colorée, une tache pigmentaire sans saillie, sans perte de substance; ce n'est pas une cicatrice, la vésicule sous-épidermique et non intradermique de l'alastrim ne provoquant pas la formation d'un tissu de réparation (Légé Marie). La macule pigmentée est brunâtre aux parties découvertes du corps, plus claire dans les régions non exposées à la lumière; sur les membres et le tronc, elle est, le plus souvent, blanchâtre, entourée d'un cercle marron qui s'estompe progressivement et disparaît le premier. En quatre mois au plus, les macules pigmentaires s'effacent et il ne reste alors aucune trace de la maladie.

Cette forme moyenne de l'alastrim évolue en deux à quatre semaines, l'éruption ayant plusieurs poussées successives et la dessiccation étant parfois un peu lente. On a décrit plusieurs formes cliniques : forme discrète; forme très confluente; forme prolongée avec éruption sortant péniblement, ce qui peut donner à la maladie une durée de deux mois.

Les complications sont très exceptionnelles, voire presque inconnues; les grands parenchymes, foie, reins, ne sont pas touchés. Cependant, si l'alastrim survient chez un sujet déprimé par une maladie antérieure (dysenterie, paludisme, tuberculose), le pronostic s'assombrit et la mort peut survenir plutôt du fait de la maladie antérieure que de par l'alastrim. La grossesse n'est pas influencée par l'alastrim et suit son cours normal; on ignore si l'enfant né dans ces conditions est ou non réfractaire à l'alastrim.

Le diagnostic différentiel est à faire avec la variole et la varicelle, en réservant toutefois la question des liens de parenté qui peuvent unir l'alastrim à l'une ou à l'autre de ces fièvres éruptives. La variole débute très brusquement, avec une violente hyperthermie, une rachialgie intense, une atteinte marquée de l'état général; les rash sont fréquents; l'éruption est fébrile avec des pustules toujours ombiliquées; la variole laisse des cicatrices déprimées qui persistent toute la vie; dans la variole, les complications sont très nombreuses, le pronostic toujours grave. Quant à la varicelle, par son éruption, la marche de sa température, son manque total de complications, son allure bénigne, elle a de nombreux points de ressemblance avec l'alastrim; on fait remarquer cependant que l'alastrim est fréquent chez les adultes habituellement réfractaires à la varicelle, que les blancs vivant dans le même milieu que les nègres atteints d'alastrim ne contractent pas la varicelle. Notons encore que l'alastrim peut récidiver, que c'est une affection non immunisante, caractère qui la distingue de la varicelle et de la variole.

La place de l'alastrim dans le cadre des fièvres éruptives est aujourd'hui très discutée. Légé Marie incline à considérer l'alastrim comme « une entité morbide spécifique », comme une fièvre éruptive nouvelle, ne frappant que les gens de couleur, contre laquelle la variole, la vaccine et une atteinte antérieure ne confèrent pas l'immunité. Le professeur Léon Bernard rapproche l'alastrim de la varicelle, mais sans qu'on puisse confondre les deux maladies. D'après L. Camus, l'alastrim est une varioloïde; c'est aussi l'opinion des médecins anglais et américains (Price, Moody, Leake). Un argument en faveur de cette dernière théorie serait fourni par l'efficacité de la vaccination jennérienne pour préserver les sujets exposés à l'alastrim et réduire une épidémie de cette maladie; cette efficacité, admise par les uns en particulier par Moody, est très contestée par d'autres observateurs qui ont vu survenir des cas d'alastrim dans des milieux vaccinés; Légé Marie est très affirmatif : la vaccination jennérienne n'immunise pas contre l'alastrim.

La question n'a pas qu'un intérêt doctrinal; au point de vue pratique, il serait absolument nécessaire de la résoudre. Quand un navire arrive dans un port avec des cas d'alastrim, le Service de la santé est mis dans l'embarras (1). Si l'alastrim est une fièvre éruptive distincte de la variole, n'atteignant que la race nègre, si c'est la varicelle, le navire n'est pas bien dangereux; s'il apporte dans ses flancs la variole, il faut le tenir à distance et le désinfecter. Souhaitons donc que, le plus tôt possible, on nous apprenne définitivement ce qu'est l'alastrim.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 16 JANVIER 1924)

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle, mercredi à 4 heures, devant une nombreuse et brillante assistance dans laquelle on remarquait le maréchal Joffre.

M. MAUCLAIRE, président sortant, a prononcé l'allocution d'usage, hommage aux morts, bienvenue aux nouveaux membres. Il a annoncé que la Société avait reçu un nouveau legs pour la fondation d'un prix destiné au meilleur ouvrage sur la chirurgie de guerre. A ce propos, M. Mauclaire a exprimé le regret que la Société de chirurgie n'ait pas plus de prix à décerner. Il a ensuite parlé d'affaires intérieures telles que les modifications apportées aux bulletins, l'amélioration de la bibliothèque, etc.

M. le Président a terminé en constatant les succès toujours

(1) Les autorités sanitaires de la Guadeloupe assimilent l'alastrim à la varicelle et estiment que la déclaration n'en est pas prévue par la loi du 10 février 1902. Le Service de santé de la Martinique porte « alastrim » sur les patentes de santé délivrées aux navires, biffant le mot « variole » (Légé Marie). Le bureau d'hygiène de Sao-Paulo enregistre les cas d'alastrim avec le nom de variole (Carini, Raybaud).

croissants de la chirurgie et la propagande bienfaisante de la Société.

Il a ensuite proclamé les noms des lauréats pour 1923 (voir n° 6, aux « Informations », p. 89).

M. OMBRÉDANNE, secrétaire annuel, avait la tâche ingrate de rappeler les travaux de la Société au cours de la dernière année. Il s'est contenté de rappeler les diverses discussions et communications relatives aux maladies de la poitrine, de l'abdomen, des membres et des os. Il n'a pas omis les discussions sur la curiethérapie et la radiothérapie. Comme il aurait eu trop de noms à citer, il n'en a cité aucun. Il s'est excusé en comparant son rapport à un indicateur des chemins de fer dont la lecture peut encore avoir son charme en rappelant les beaux pays, les beaux sites qu'on a eu le plaisir de parcourir.

M. Ombrédanne a terminé son spirituel rapport en reconnaissant qu'on pourra lui reprocher d'avoir été incomplet, mais en espérant qu'on voudra bien reconnaître qu'il a un mérite : celui d'être bref.

ÉLOGE DE FARABEUF

Une vieille légende prétendait qu'un chirurgien, par le fait même de sa profession, ne pouvait être qu'un homme dur, sans cœur, dépourvu d'imagination et de toute poésie. S'il est un chirurgien qui a donné à cette légende un complet démenti c'est bien notre éminent confrère J.-L. FAURE qui, depuis longtemps déjà, dans ses écrits, dans ses discours, nous a montré qu'un maître chirurgien pouvait être doublé d'un parfait écrivain, d'un merveilleux orateur, d'un véritable artiste et d'un charmant poète.

Son éloge de Farabeuf, malheureusement le dernier qu'il ait à prononcer, son temps de secrétariat général étant écoulé, est un modèle du genre, ainsi qu'on en pourra juger par les extraits que nous donnons plus loin. C'est aussi une magnifique leçon que devront lire et méditer ceux qui se destinent à la chirurgie.

Contrairement à la coutume qui réserve l'honneur des éloges aux anciens présidents de la Société de chirurgie, M. J.-L. Faure a choisi Farabeuf qui fut pendant peu de temps membre de la Société et qui n'était pas chirurgien. Mais, dit-il, « cet homme est peut-être celui qui a eu l'influence la plus profonde et la plus décisive, non pas sur l'évolution de la chirurgie, que domine de très haut le grand nom de Pasteur, mais sur la perfection de la technique opératoire et sur le développement incomparable de l'art chirurgical français. »

M. Faure fait ici revivre la figure de Farabeuf dans ce tableau saisissant :

« Dans l'ombre grise d'une brumeuse après-midi d'hiver, sous la lumière incertaine et tremblante, un peu avant l'heure du cours, on voyait sortir de l'étranglement ténébreux de la rue de l'École-de-Médecine un être à l'aspect étrange, tassé, voûté, courbé, traînant péniblement ses pieds endoloris recouverts de feutres informes, vêtu d'un vieux manteau à longue pèlerine, coiffé d'un vieux chapeau enfoncé jusqu'aux yeux et le bas du visage enseveli sous le triple repli d'un cache-nez immense, vieux comme tout le reste et dont les extrémités descendaient en désordre jusqu'au milieu du dos. Dans l'intervalle, entre le vieux chapeau et le vieux cache-nez, on devinait un nez que chevauchaient plusieurs lorgnons superposés, dont un, au moins, muni de verres noirs pour protéger ses pauvres yeux qui l'ont tant fait souffrir.

« Et puis, quelques minutes après, on voyait entrer dans le grand amphithéâtre, dont les gradins ne laissaient pas voir une place vide, sous la grande clarté des lumières, le même homme, toujours un peu courbé, mais débarrassé de ses étranges vêtements dont il ne conservait qu'une redingote un peu longue. Il était agité, il était nerveux, car la leçon qu'il allait faire était toujours pour lui une épreuve émouvante. Sa figure osseuse, au front large et dégarni, aux sourcils accusés, au nez énergique et bien dessiné, aux lèvres minces, au menton volontaire qu'encadraient des favoris grisonnants — sa figure osseuse, sous l'influence de l'émotion intérieure et peut-être aussi de quelque souffrance cachée — car il souffrait toujours — présentait une sorte de crispation contenue, une rigidité douloureuse, qu'accentuait encore la profondeur des plis qui se creusaient sur son visage. Il s'avançait ainsi jusque vers le milieu de la longue table dont il effleurait machinalement le tapis vert du bout de ses doigts amaigris. Et puis, lorsque l'agitation causée par son entrée dans l'immense auditoire s'était un peu calmée, il levait vers les hauteurs de l'amphithéâtre son visage aux yeux douloureux et il commençait sa leçon. Sa voix était faible, cassée, chevrotante, avec des intonations sourdes, des résonances métalliques. Des mots, des phrases entières échappaient à l'oreille la plus attentive. Peu à peu, cependant, sa parole devenait plus ferme, sa voix plus forte et plus mordante, sa physionomie s'éclairait, elle s'égayait même parfois d'un sourire et sa démonstration s'accompagnait de gestes expressifs et quelquefois d'un pittoresque qui dépassait la mesure commune. Car il ne reculait devant rien lorsqu'il voulait se faire comprendre et faire pénétrer sa pensée dans la pensée de ceux qui l'écoutaient. Je l'ai vu, pour illustrer l'explication de certains mouvements articulaires, monter sur une chaise et peut-être même sur la table, je l'ai vu retirer la manche de son vêtement pour y chercher des comparaisons incroyables mais qui frappaient par leur vérité l'esprit des élèves d'une façon qui ne s'effaçait plus. Je l'ai vu sortir de la poche ou prendre sous sa table des appareils extraordinaires, des machines avec des ressorts et des élastiques, appareils qu'il avait profondément étudiés et construits lui-même et qui démontraient avec une clarté merveilleuse le rôle et le mécanisme de certaines articulations. Et lorsqu'il prenait ses crayons de couleur pour illustrer ses descriptions de dessins qu'il exécutait au tableau avec une exactitude, une précision et une élégance sans pareilles, en montrant en même temps l'action de chaque muscle, le rôle de chaque saillie osseuse, la fonction de chaque ligament, sa leçon devenait une magnifique évocation et comme une résurrection de la nature elle-même. Il ne restait plus trace alors de son émotion du début; il se donnait tout entier et malgré les marques d'une fatigue parfois trop visible lorsqu'il était dans tout le feu, dans toute l'ardeur, dans tout l'enthousiasme de sa description, nul n'eût pu reconnaître l'étrange et pitoyable passant qui se traînait péniblement dans la rue, dans cet homme extraordinaire, dans ce démiurge à la parole ardente et aux gestes illuminés, qui connaissait les secrets de la vie et qui savait faire pénétrer dans l'âme de ceux qui l'écoutaient ce qu'il avait appris lui-même en cherchant à surprendre les secrets de la mort. »

Farabeuf était né à Beton-Bazoches, dans la Brie, où ses parents possédaient une grosse ferme. C'est là qu'il passa sa jeunesse avant d'aller faire ses études au collège de Provins.

En 1859, il vint à Paris et commença ses études de médecine ; il devint externe, puis interne.

« C'est vers cette époque que survint un événement qui eut une influence profonde sur l'orientation définitive de sa carrière ». Appelé en hiver auprès de son père gravement malade, il prit froid et des phénomènes d'otite se manifestèrent. « Il sortit de cette crise à peu près sourd, avec des bourdonnements d'oreille incessants et terribles qui le harcelèrent sans cesse et qui furent la torture de toute sa vie... »

Farabeuf, à peine remis, aborde les concours :

« Il était interne de Verneuil lorsqu'il se présenta à l'adjuvat. Quand le concours fut terminé, Paul Broca, qui était juge, rencontra son ami Verneuil : « Nous avons eu dans ce concours, lui dit-il, un nommé Farabeuf. C'est un candidat remarquable. Aucun de nous n'en avait entendu parler, et c'est la seule raison pour laquelle il n'a pas été nommé. » Car à cette époque, comme aujourd'hui peut-être et sans doute comme toujours, il pouvait être utile d'être appuyé dans un concours par une sympathie agissante. — « Le connais-tu? » ajouta Broca. — « Mon interne s'appelle Farabeuf, lui répondit Verneuil, mais j'ignore s'il a concouru. » Et le lendemain, interpellant son interne : « Dites-donc, mon petit, n'est-ce pas vous qui avez concouru à l'adjuvat? — Oui, monsieur. — Petit imbécile. Pouquoi ne me l'avez-vous pas dit? Vous auriez été nommé. »

Cet échec, aussi honorable que peut l'être un échec, n'était pas fait pour le décourager et l'année suivante il fut nommé premier, à l'unanimité du jury et aux acclamations de ses concurrents qui le portèrent en triomphe jusqu'au coin de la rue de l'Ecole-de-Médecine, au café de la Rotonde, où cet événe-

ment mémorable fut célébré, comme il convient, par l'absorption obligatoire d'une grande quantité de bocks. »

En 1869, il eut pour élève Pinard, avec lequel il devait collaborer plus tard pour la plus grande gloire de l'obstétrique française.

Puis vint la guerre. Farabeuf s'engagea, assista au siège de Paris et à la bataille de Champigny comme médecin de la garde nationale.

En 1871, il passe sa thèse sur *la confection des moignons*, en 1872 il est prosecteur, en 1873 il affronte le concours de l'agrégation d'anatomie et il est battu par Mathias Duval. En 1876, il est nommé agrégé et dès le mois de mai de la même année il publie dans le *Progrès médical* tout un plan de réformes au sujet de l'enseignement de l'anatomie.

« C'est, qu'en effet, ceux qui n'ont pas connu l'enseignement de l'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, avant les réformes profondes qui sont dues exclusivement à Farabeuf — et à lui seul — ont quelque peine à s'imaginer qu'un état de choses aussi lamentable ait pu persister si longtemps, et qu'il ait fallu attendre jusqu'à ce révolutionnaire pour porter la hache dans les errements du passé, et pour organiser un enseignement d'après les règles du simple bon sens. Il y avait bien un professeur d'anatomie, Sappey, un chef des travaux anatomiques, Marc Sée, des prosecteurs, des aides d'anatomie. Mais malgré tout ce personnel, l'enseignement était, en fait, inexistant. En réalité, disséquait qui voulait, ou qui pouvait ! L'Ecole pratique de dissection siégeait à cette époque dans les vieux bâtiments de la rue Vauquelin qu'ont connus pas mal d'entre nous, avec ses pavillons en bois, qui, bien que provisoires, ont cependant fini par disparaître. Et ceux qui ont connu ces masures antiques avec leurs vieilles cours et leurs murs délabrés, ne sauraient oublier certains de leurs recoins, comme ce funèbre dépôt où s'entassaient dans des cuves immondes d'affreux débris anatomiques, têtes aux yeux absents, thorax décapités, membres épars à demi dévorés par des rats monstrueux que l'on mettait en fuite en pénétrant dans cet abominable et lugubre charnier.

« Il n'y avait, dans ces pavillons humides et glacés, ni appels des élèves, ni leçons régulières ; les aides d'anatomie et les prosecteurs, qui ne recevaient qu'une indemnité dérisoire, se bornaient à donner des leçons particulières aux élèves qui voulaient bien, pour s'instruire, faire quelques efforts et quelques sacrifices. On ne tenait aucun compte de leur état d'instruction relative. Des étudiants de troisième et de quatrième année, qui avaient déjà quelques notions anatomiques, disséquaient sur le même sujet que des élèves de première année qui voyaient un cadavre pour la première fois. Ceux-ci étaient, d'ailleurs, en nombre insuffisant, mal conservés, mal injectés. Chose incroyable, il n'y avait pas assez de sièges pour tous les étudiants. Certains pavillons manquaient de lavabos, de tableaux noirs, et l'administration de la Faculté avait une fois refusé de dépenser plus de 2 francs par an pour acheter les crayons de couleur réclamés par l'Ecole pratique !

« Bref, l'inorganisation de l'enseignement anatomique touchait au scandale.....

« Tout est prévu dans les articles du *Progrès médical* auxquels je viens de faire allusion : moyens de se procurer des cadavres en plus grand nombre, de les injecter, de les conserver dans des dépôts dont Farabeuf décrit les dispositions nécessaires ; architecture et dimensions des pavillons de dissection, avec leur vestiaire et leurs robinets à eau chaude, avec leur chauffage et leur éclairage, leurs tables en ardoise d'un nettoyage facile, avec l'estrade et le tableau noir pour les leçons, les pièces anatomiques dans des vitrines et les planches sur les murailles.

« L'organisation de l'enseignement n'est pas moins bien étudiée que l'organisation matérielle.....

« Farabœuf n'avait pas que l'amour de l'anatomie, il avait les qualités nécessaires à son étude, il disséquait admirablement. Disséquer mal, dit-il quelque part, c'est s'exercer à la maladresse, c'est se préparer à l'incapacité médicale la plus absolue. »

La passion de Farabeuf pour l'anatomie l'amena à publier son *Précis de manuel opératoire*, « œuvre durable », d'une précision merveilleuse et qui ne sera jamais dépassée. En 1872, avait paru son petit livre sur les *Ligatures* et c'est seulement dix ans après, en 1881, que paraissait à son tour le *Manuel des amputations*. Ces deux ouvrages réunis constituèrent le livre que nous avons tous entre les mains, livre auquel il ajouta plus tard *les Résections*. »

L'œuvre écrite de Farabeuf doit une partie de sa valeur à la précision des détails et aux incomparables dessins qui l'illustrent. Car Farabeuf fut un dessinateur merveilleux.

« Mais son œuvre iconographique ne se limite pas à celle que nous trouvons dans ses livres, aussi bien dans son *Manuel opératoire* que dans son *Introduction à l'étude des accouchements* — écrite avec Varnier — magnifique travail d'anatomie obstétricale. Il avait dessiné pour l'Ecole pratique un grand nombre de planches murales, qui ont rendu aux étudiants d'inappréciables services, qui ont servi de modèle aux planches analogues exécutées depuis et qui constituent aujourd'hui une collection qui n'a, que je sache, son équivalente dans aucune Ecole du monde.

Ce talent de dessinateur, il ne le possédait pas seulement lorsqu'il était penché sur sa table de travail, dans le silence de son cabinet. Il le possédait encore, il l'exaltait même, s'il est possible, devant le tableau de l'amphithéâtre au cours de ces leçons extraordinaires que n'oublieront jamais ceux qui, comme nous, ont eu le privilège, maintenant bien lointain, de les suivre et de s'en nourrir. »

C'est en 1877 que Farabeuf fut nommé membre de la Société de chirurgie. L'année précédente il avait envoyé à la Société « son travail si intéressant sur les luxations du pouce en arrière, travail dans lequel il avait donné la mesure de l'ingéniosité de son esprit en découvrant dans le renversement des sésamoïdes la cause de l'irréductibilité de ces luxations, mais pendant les quelques années de son séjour parmi nous il y parla assez rarement. Il y donna la technique précise de quelques ligatures, l'anatomie de l'articulation scapulo-humérale, la théorie de la réduction de certaines luxations et en particulier de l'articulation temporo-maxillaire.....»

En 1888 il donna sa démission en raison de sa surdité devenue de plus en plus forte.

En 1886 Farabeuf avait succédé à Sappey dans la chaire d'anatomie. « C'est alors qu'il inaugura au grand amphithéâtre de la Faculté ces leçons d'anatomie qui donnèrent à son enseignement un si magnifique éclat car il était alors dans la pleine puissance de son enthousiasme et de son talent. »

C'est à la même époque qu'il se prit d'une passion soudaine pour les études obstétricales et qu'il collabora avec Pinard et Varnier, aux études sur la symphyséotomie et l'ischiopubiotomie. « Cette période pendant laquelle il se passionna pour les études obstétricales fut une des plus fécondes de sa vie, une de celles où son activité créatrice se donna le plus libre cours et où ses recherches originales ont laissé des traces durables. »

Malheureusement, Farabeuf qui avait sur tous les points de l'anatomie des vues personnelles et profondes, n'a point écrit tout ce qu'il savait, c'est un irréparable malheur. Mais Farabeuf n'en est pas responsable, il n'en faut accuser que l'éternelle souffrance qui a fait de sa vie un interminable supplice.

En 1902 il quittait avant l'heure cette chaire où il n'avait pas eu le temps de donner sa mesure.

« ... Si les chirurgiens français présentent dans leur ensemble, pour tout ce qui concourt à l'acte opératoire, une incontestable supériorité, ce n'est pas seulement parce qu'ils sont des Français, c'est-à-dire des hommes pénétrés de l'esprit latin, épris de simplicité, amoureux de clarté. C'est parce qu'ils ont subi une discipline commune, discipline qui les a soumis à une éducation bien comprise et a développé merveilleusement leurs qualités naturelles. Or, cette discipline, qui fait leur force et leur grandeur, c'est à Farabeuf qu'ils la doivent. C'est son génie qui l'a découverte. C'est sa volonté persévérante qui la leur a imposée. Il faut le dire et le redire aujourd'hui, où certains semblent perdre de vue les principes qu'il a posés et paraissent croire que l'étude approfondie de l'anatomie n'a pas l'importance qu'on a coutume de lui attribuer, et que c'est perdre son temps que de s'appliquer, comme nous l'avons fait autrefois, aux exercices de médecine opératoire cent fois renouvelés qui ont été le lot des hommes de notre génération, et qui ont fait de nous ce que nous sommes...

« ... A la base de ces hautes questions de morale, de conscience, de devoir qu'on ne saurait agiter nulle part avec plus de raison que devant des chirurgiens, parce qu'elles sont la substance de notre vie de chaque jour et dont cependant l'incessante répétition ne saurait atténuer l'importance ni diminuer l'angoissante rigueur, à la base du droit que nous pouvons avoir de nous livrer d'un cœur tranquille à l'exercice de notre art, en même temps bienfaisant et terrible, il y a la connaissance de l'anatomie et de la médecine opératoire qui constituent, avec la science du diagnostic et des règles imprescriptibles de l'asepsie, les principes définitifs de la chirurgie moderne.

« La connaissance approfondie de l'anatomie donne donc au chirurgien cette sécurité morale, ce sentiment intérieur qu'il sait où il est, qu'il sait où il va, qu'il sait ce qu'il fait, cette vision claire de son action, hors de laquelle tout n'est qu'incertitude, hésitation et maladresse. De même, les exercices de médecine opératoire, leur constante répétition, chez ceux qui aspirent à devenir des chirurgiens dignes de ce nom, n'ont d'autre raison d'être que de faire chez eux l'éducation de la main, de leur donner cette sûreté, cette précision, cette sobriété et même cette élégance du geste, qui est, elle aussi, une des qualités du chirurgien, de leur apprendre, en un mot, le mécanisme opératoire qui est inséparable de l'art chirurgical comme le mécanisme instrumental est inséparable de l'art qui nous transporte aux régions sereines de la divine harmonie. C'est cette précision, c'est cette élégance qui font d'une opération sanglante et parfois tragique un acte empreint d'une véritable grandeur, d'une sorte de souveraine beauté, qui élève celui qui l'exécute au-dessus du niveau commun de ces hommes qui ne semblent pas se douter de tout ce qu'il peut y avoir de magnifique dans cet art admirable de la chirurgie auquel nous avons consacré notre vie!

« Farabeuf nous l'a dit dans cette langue vigoureuse qui traduisait si bien la puissance de sa pensée.

Ecoutons le maître des maîtres :

« Est-il donc si utile de bien opérer?

« Les vrais chirurgiens, doués et expérimentés, disent « oui; les autres, non. Ceux-ci, eunuques ou contempteurs « de ce qu'ils ignorent, ne méritent le nom de chirurgiens « que parce qu'ils vivent de la chirurgie. N'écoutez pas ces « corrupteurs de la jeunesse. »

« Voilà donc l'œuvre de Farabeuf, du maître sans pareil que nous célébrons aujourd'hui. Il n'est plus là pour la poursuivre, mais son esprit demeure, mais ses élèves lui survivent. Ils doivent à sa mémoire, ils doivent au culte de la chirurgie, ils doivent à la gloire scientifique de la France de transmettre à leurs successeurs l'enseignement du maître et de perpétuer la tradition qu'il a si magnifiquement établie.

« A l'heure où le vieux monde semble en proie au vertige — dit en terminant M. Faure — où dans une Europe fiévreuse, comme un vaisseau puissant battu par la tempête, la France, après avoir étonné l'univers par son énergie surhumaine, offre aujourd'hui parmi tant de nations hostiles ou jalouses, dont l'âme, généreuse aux jours du sacrifice, est maintenant empoisonnée par le génie malfaisant de quelques hommes qui prostituent l'amitié sainte, et trahissent les morts tombés pour la justice, — à l'heure où notre France offre aujourd'hui l'exemple de ce calme que donne la conscience de sa force et la certitude de son droit, nous devons, nous tous qui avons l'honneur de faire partie de ces hommes auxquels la destinée a confié la haute mission de rendre la Patrie plus grande aux yeux qui la surveillent et aux esprits qui la jugent, — nous devons suivre la voie que le maître nous a tracée, et enseigner à ceux qui viendront après nous à ne pas s'écarter de cette route lumineuse, s'ils veulent que la chirurgie française, qu'ils représenteront à leur tour, quand nous n'y serons plus, conserve dans le monde inconnu qui monte à l'horizon le rang dominateur qu'elle occupe aujourd'hui.

« C'est le vœu le meilleur que j'aie le droit de formuler à l'heure où je vais pour toujours quitter la place où m'a porté votre confiance et où j'ai fait ce que j'ai pu pour ne pas m'en montrer indigne.

« J'ai conscience d'obéir ainsi au désir secret et de suivre l'inspiration suprême de celui qui dort là-bas, sous la terre natale, dans le pauvre cimetière de son village, de ce bon Français qui a bien travaillé pour la gloire de sa Patrie, et dont les cendres ont dû tressaillir le jour où, dans leur tombe à peine refermée, elles ont tout à coup, dans le fracas de la bataille, senti passer sur elles les voix d'airains de nos clairons amenant la Victoire, pour retomber ensuite dans cette paix silencieuse qui, chaque soir, descend des profondeurs du ciel sur les campagnes endormies! »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1923)

Ostéopathies et moelle osseuse. — M. Emile FEUILLIÉ a repris les expériences qui servent de base à la théorie classique de l'hématopoièse. Pour conclure il faut faire abstraction de toute idée préconçue et ne considérer que les faits. En saisissant le processus dès la sixième heure on ne voit dans la moelle osseuse que congestion et infiltration par les hématies et les leucocytes du sang. Des polynucléaires font retour à l'état mono en conservant leurs granulations. Du lymphocyte normal dérivent tous les érythrocytes et leucocytes normaux ou pathologiques du sang et de la moelle osseuse. Les lymphocytes et mononucléaires du sang renferment toujours un nucléole vrai. Le néant d'une moelle graisseuse n'a rien créé. On arrive ainsi à l'unicisme intégral. On comprend mieux de cette façon que l'histologie de la moelle soit la même dans les ostéites et dans les anémies.

L'autopsie complète des animaux montre que l'état de la moelle osseuse n'est qu'un cas particulier de ce qu'on trouve dans les autres viscères, rein et poumon surtout : congestion, hémorragies, catarrhes et infiltrations leucopathiques, emphysème suraigu définitif.

En répétant soit des injections toxiques, soit des chocs peptoniques ou anaphylactiques on arrive ensuite à l'ostéite raréfiante, à la décalcification et à une diathèse hémorragipare.

M. JOLLY. Il est difficile d'admettre la transformation décrite par M. Feuillié. Que la masse chromatinienne d'un polynucléaire puisse, lorsqu'elle dégénère, se condenser en une masse arrondie unique, soit, mais cette masse n'est pas organisée : ce n'est plus un noyau.

M. FEUILLIÉ. Ce que j'ai dit s'applique uniquement aux faits observés à la sixième heure.

Valeur de l'épreuve au salicylate de soude pour le diagnostic de l'insuffisance hépatique. — MM. F. VON DOOREN et P. DESTRÉE montrent que la petite méthode décrite par MM. Roch et P. Schiff pour déceler l'insuffisance hépatique ne donne pas de résultats utiles. Appliquant cette méthode, ils en ont précisé les détails en employant toujours 1 centimètre cube d'urine, 5 centimètres cubes de perchlorure de fer à 1 p. 100 et appliquant cette épreuve d'heure en heure après l'ingestion de 4 centigrammes de salicylate de soude. Sur 31 cas, au foie cliniquement sain, 24 présentèrent une réaction positive deux heures après l'ingestion. Sur 15 hépatiques elle fut 12 fois positive. L'élimination se présentait au même moment, avec la même intensité et selon le même rythme chez les hépatiques et les non hépatiques. Dans plus de la moitié des cas la réaction fut positive dès la première heure. Quel que soit l'état du foie la réaction très sensible décrite par Hérissey, décelant des quantités infinitésimales de salicylate était positive déjà dix minutes après l'ingestion et durait plus de 24 heures.

Les constatations de MM. Hérissey et Fiessinger rendaient déjà discutable le principe même du procédé indiqué par MM. Roch et Schiff. Les auteurs ont vu en outre qu'il est impossible d'admettre que cette méthode puisse déceler une fixation relativement diminuée par le foie malade. En effet le salicylate, s'il est presque toujours retrouvé dans l'urine des hépatiques, l'est aussi très souvent dans celle des sujets à foie sain.

Recherches sur les formes filtrables du bacille tuberculeux. — MM. Paul HAUDUROY et Albert VAUDREMER montrent que dans certains échantillons du bacille tuberculeux poussés sur pomme de terre glycérinée, il existe des éléments susceptibles de traverser la bougie Chamberland L. 3; les auteurs ont filtré, d'une part, les bacilles poussés sur la

tranche de la pomme de terre et émulsionnés dans l'eau physiologique; d'autre part, l'eau peptonée glycérinée du fond du tube.

Une culture est apparue dans les deux filtrats : après quarante-huit heures dans celui de l'eau peptonée glycérinée; après quinze jours seulement, dans celui de l'émulsion bacillaire dans l'eau physiologique.

Ces cultures sont composées de filaments mycéliens granulifères non acido-résistants, elles sont repiquables en série et reproduisent le même aspect mycélien. Les essais des auteurs ont porté sur six échantillons différents de bacilles tuberculeux pathogènes.

— Communication à la Société de biologie de Marseille, (séance du 18 décembre) :

A propos de l'embryologie du vagin. — MM. Marcel Caudière et Jean-Robert Henry. Dans un cas d'absence congénitale totale du vagin opéré par le docteur Poucel (de Marseille), l'étude histologique de l'appareil génital rudimentaire excisé a montré les faits suivants :

Ovaires et portion supérieure des trompes à peu près normaux;

Partie inférieure des trompes rudimentaire;

Cornes utérines rudimentaires représentées uniquement par leur musculature sans tractus épithélial;

Corps utérin et vagin totalement absents;

Vulve normalement constituée.

Ces faits traduisent l'aplasie de la partie inférieure des canaux de Müller et paraissent favorables à l'hypothèse de l'origine müllerienne du vagin.

Sur un cas de pasteurellose de la conjonctive. — MM. Aubaret, Rouslacroix et Hermann signalent le cas d'une femme de quarante-deux ans, qui présente des symptômes de conjonctivité à chémosis ayant l'aspect d'une conjonctivité d'origine animale à symptômes atténués. Elle l'avait contractée en soignant ses poules malades. L'examen bactériologique a permis d'identifier chez la femme et chez les poules un coccobacille polymorphe ayant tous les caractères morphologiques et cultureux d'uue pasteurellose.

Notes sur l'aspect et l'évolution des lésions du trachome. — MM. Aubaret, Rouslacroix et Hermann ajoutent quelques détails cytologiques et histologiques observés sur des préparations de tissu trachomateux pris sur les sujets aussi près que possible du début de leur infection. Ces détails sont utiles à connaître afin d'éviter d'attribuer à une action sérothérapique des modifications tissulaires relevant de l'évolution habituelle des lésions.

Notes sur la structure des ectropions séniles. — MM. Aubaret, Rouslacroix et Hermann donnent quelques nouveaux documents sur l'histologie des ectropions dits séniles ou lacrymaux. Ils donnent des détails sur l'hyperplasie épithéliale parfois considérable et les altérations cellulaires. Ils signalent en outre le développement glandulaire anormal, parfois énorme et décrivent un véritable type adénomateux pseudo-néoplasique.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 14 décembre 1923)

Travaux annuels de l'hôpital d'urologie. — M. Cathelin présente la cinquième série de ses travaux annuels, sous forme d'un beau volume, orné de nombreuses figures et d'aquarelles : c'est une véritable encyclopédie de chirurgie urinaire avec la collaboration de tous ses assistants.

Traitement des distensions gastriques faussement appelées dilatation ou ptose gastrique. — M. R. Gaultier étudie à l'aide de son appareil de gastrotonométrie clinique, les distensions gastriques appelées couramment dilatations ou ptoses de l'estomac et en expose le traitement curateur favorisé par le massage pneumatique des parois de cet organe soumises aux insufflations gazeuses d'oxygène et d'acide carbonique que facilite cet appareil.

Traitement des métrites chroniques. — M. Lacapère traite les métrites chroniques par le radium total à faible dose. Il a d'abord essayé avec des appareils à sels collés nécessitant une instrumentation coûteuse. Il se sert actuellement de crayons fusibles contenant une très faible quantité de bromure de radium. Ce topique provoque en quelques heures un flux leucocytaire abondant amenant l'expulsion d'une quantité considérable de microorganismes. En quelques jours, après deux ou trois applications, l'exsudat disparaît complètement, les ulcérations du col se cicatrisent et la métrite guérit.

A propos de l'insuline. — M. Tilmant attire l'attention sur l'importance de la distinction entre les fabrications de l'insuline dans les laboratoires ou dans l'industrie. Dans ce cas, la perte d'alcool est considérablement abaissée et le prix de revient très diminué. Pour ce titrage, il faut conserver le mode de titration de Banting et Best et ne pas troubler le praticien avec l'introduction de nouvelles unités.

Assemblée générale. — Sont nommés pour l'année 1924 : Président : M. Marcel Labbé; vice-présidents : MM. Dartigues, Léopold-Lévi, Laignel-Lavastine; secrétaire général : M. Blondin ; trésorier : M. Lematte.

NOTE DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir); interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES RÉFORMÉS POUR TUBERCULOSE

M. Edouard Soulier, député, expose à M. le ministre de la Guerre que les réformés atteints de tuberculose ouverte sont renvoyés dans les villes et dans leur famille, de façon dangereuse pour tous, et demande : 1° Combien existent, soutenus ou subventionnés par l'Etat, les départements ou les communes, de sanatoriums ou d'établissements curatifs, combien de malades y peuvent être recueillis sans encombrement, en observant toutes les règles d'une scrupuleuse hygiène, et quelle en est la liste; 2° quels sont ceux de ces établissements qui sont gratuits, et quels sont ceux qui sont à bon marché. (*Question du 15 déc. 1923.*)

Réponse. — 1° L'honorable député est prié de bien vouloir donner des précisions sur les faits particuliers qui ont motivé sa question écrite, en ce qui concerne le renvoi dans leurs foyers, des réformés atteints de tuberculose ouverte; 2° le nombre des sanatoriums subventionnés par l'Etat, les départements, les communes, les Sociétés de secours mutuels, les établissements publics et les associations reconnues d'utilité publique, et recevant des tuberculeux pulmonaires (hommes, femmes et enfants) est de 25, comprenant au total 3.476 lits. Ces établissements sont les suivants : Bellecombe (Ain), F. Mercier, au Montet (Allier), Plougonven (Finistère), Pessac (Gironde), Bon-Accueil à Montpellier, Seissuet (Isère), Saint-Jodard (Loire), Montfaucon (Lot), Monbran (Lot-et-Caronne), Clavières (Mayenne), Pignelin (Nièvre), Angicourt (Oise), Larressore (Basses-Pyrénées), la Guiche (Saône-et-Loire), Groslay (Seine-et-Oise), Yerres (Seine-et-Oise), la Tuyolle (Seine-et-Oise), Gorbio (Alpes-Maritimes), Sainte-Feyre (Creuse), Bel-Air (Indre-et-Loire), Chavannes (Loire), Mardor (Saône-et-Loire), la Baronnie (Seine-et-Oise), Villepinte (Seine-et-Oise), Ris-Orangis (Seine-et-Oise). En outre, différents traités ont été passés avec des sanatoriums privés,

affectés aux tuberculeux pulmonaires, soit par l'Etat (pour l'hospitalisation des réformés), soit par les départements (pour l'hospitalisation des réformés), soit par les départements (pour l'hospitalisation des malades de l'Assistance médicale gratuite). Le nombre de ces établissements est de 7. Le chiffre des lits dont ils disposent est de 620. Ces établissements sont les suivants : Engayresque (Aveyron), Villeneuve d'Amont (Doubs), Moncan (Morbihan), Villa Saint-Patrick à Pau, Bayère (Rhône), Bligny (Seine-et-Oise), la Croix-Montoire (Indre-et-Loire) ; 3° tous les établissements ci-dessus sont gratuits pour les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, et pour les malades de l'Assistance médicale gratuite, qui sont placés en vertu d'une décision régulière prise, soit par le ministre de l'Hygiène, soit par le préfet, suivant les catégories auxquelles appartiennent les intéressés. Les malades qui ne bénéficient ni de l'article 64 susvisé, ni de l'Assistance médicale gratuite, et qui n'ont pas les ressources suffisantes pour payer la totalité du prix de journée, peuvent être admis gratuitement ou à tarif réduit, dans les sanatoriums compris dans la première des deux listes ci-dessus, si le placement est proposé par un dispensaire d'hygiène sociale (loi du 7 septembre 1919, art. 3, paragr. 3). *(J. O., 18 janv. 1924.)*

NOTES POUR L'INTERNAT

BRONCHES EXTRA-PULMONAIRES [1]

II. Segment de pédicule constitué. — 1. LA BRONCHE EST LE CENTRE DU PÉDICULE.

2. L'ARTÈRE PULMONAIRE EST EN AVANT. — Gagne progressivement le bord antéro-supérieur, commençant là le demi-tour de spire par en dehors qui la fera contourner la bronche pour venir en arrière d'elle.

3. LES VEINES PULMONAIRES AU NOMBRE DE DEUX. — *La veine pulmonaire supérieure. — Supérieure par sa distribution, mais antérieure* par ses rapports (Farabeuf).

— est en avant de l'artère.

La veine pulmonaire inférieure. — Inférieure par sa distribution, mais antérieure par ses rapports, se met sur le bord inférieur de la bronche, ayant tendance à gagner sa face postérieure.

4. ARTÈRES BRONCHIQUES. — Nées souvent par un tronc commun de l'aorte thoracique, se mettent en rapport avec la face postérieure des bronches, mais gagnent rapidement leur bord supérieur (la droite passant généralement en avant de l'œsophage).

5. VEINES BRONCHIQUES. — Vont à l'azygos.

6. PLEXUS PULMONAIRE. — Il est habituellement incrusté dans la paroi postérieure, formé par les pneumogastriques et le sympathique.

Tous ces éléments qui comportent en plus les lymphatiques efférents des ganglions du hile sont plongés dans un tissu d'emballage et ce pédicule qui n'a pas moins de 6 centimètres de haut est engainé par la plèvre viscérale au moment où elle se réfléchit dans la pariétale, selon *son bord supérieur, sa face antérieure, sa face postérieure.*

Les deux feuillets antérieur et postérieur, en effet, au bord inférieur du pédicule s'accolent pour constituer le *ligament triangulaire,* sorte de rideau appendu au pédicule pulmonaire qui descend de la cavité pleurale et la cloisonne en deux compartiments.

CONCLUSION. — *La face antérieure des bronche est inabordable. La face postérieure est libre.*

III. Segment d'épanouissement. — 1. LE HILE. — Boîte profonde de 2 centimètres.

A droite, quadrangulaire de 8-10 centimètres de haut, 4-6 centimètres antéropostérieur.

A gauche, raquette à poignée inférieure, 7-8 × 4 centimètres.

L'angle postéro-inférieur de ces boîtes étant continué par insertion du ligament triangulaire.

Le pédicule y pénètre entouré *par une lame fibreuse* décrite par Schwartz et de toute importance chirurgicale.

Lame unique, résultant de la coalescence des deux feuillets pleuraux, qui permet l'abord chirurgical extrapleural du hile, en permettant de récliner sans l'ouvrir le cul-de-sac de réflexion de la plèvre.

2. PÉDICULES SECONDAIRES DROITS. — a. Le *supérieur*, schématisé par V. A. B. d'avant en arrière : veine, artère, bronche.

b. Le *moyen*, schématisé par V. B. A. : veine, bronche, artère.

c. L'*inférieur*, schématisé par B. A. V., etc., (disposition inverse du supérieur).

3. PÉDICULES SECONDAIRES GAUCHES. — Au nombre de deux et qui sont semblables aux supérieur et inférieur du côté droit.

Les pédicules secondaires comportent de même les ramifications des éléments nourriciers, *artère* et *veine* bronchiques, et plexus nerveux, qui suivent l'arbre aérien à sa face postérieure. Le tout enveloppé par du tissu cellulaire, véritable tissu d'emballage très abondant, dans lequel sont les ganglions collecteurs lymphatiques du poumon, ganglions du hile, 6-8, normalement peu volumineux, et qui sont généralement les premiers à réagir dans toutes les affections du poumon, en particulier dans la tuberculose et peuvent apparaître à la *radioscopie*, et plus ou moins disposés en trois groupes lobaires assez mal systématisés.

PROJECTION. — 1. **De la bifurcation trachéale.** — CLASSIQUEMENT. — Union des deux pièces sternales en avant. D_4 en arrière.

SCHWARTZ. — Troisième cartilage en avant. D_5 à D_6 en arrière.

2. **Du hile.** — EN AVANT. — Sans intérêt.

Languette pulmonaire et cul-de-sac costo-médiastinaux antérieurs *rendent l'auscultation impossible*, et encore plus à gauche le cœur, et les gros vaisseaux interposés gênent par leurs bruits plus superficiels.

EN ARRIÈRE. — De côte 4 à côte 8, de la région interscapulo-vertébrale. Mais là il n'y a pas de languette pulmonaire et les culs-de-sac interaortico ou azygo-œsophagiens sont purement séreux. Auscultation facile du souffle bronchique.

ABORD CHIRURGICAL. — Les bronches sont à égale distance du plan antérieur et du plan postérieur du thorax.

1. **Abord antérieur.** — PRATIQUEMENT IMPOSSIBLE.

BRONCHE GAUCHE ABSOLUMENT INABORDABLE.

BRONCHE DROITE seulement à son origine par la *fente* de Ricard, fente entre deux vaisseaux qui battent, donnant un écartement à peine marqué (1 centimètre), simple boutonnière verticale, avec pour ainsi dire deux commissures inextensibles :

La *supérieure* formée par le tronc brachio-céphalique, l'inférieure par le péricarde qui saute de l'aorte sur la veine cave supérieure.

De plus, fait tomber sur le paquet ganglionnaire, et en tous les cas mène sur la partie antérieure, *cartilagineuse* de la trachée.

2. **Abord postérieur.** — La plèvre se récline parfaitement.

La BRONCHE GAUCHE, inabordable dans ses 3 premiers centimètres à cause de l'aorte, mais l'écartement du poumon mène sur les 3 centimètres suivants.

BRONCHE DROITE abordable dans sa totalité, si on lie l'azygos, et même si on récline l'œsophage on peut aborder la trachée.

Et, dans cette intervention, c'est sur la partie membraneuse de la bronche qu'on est mené.

D'ailleurs, aujourd'hui, ces voies d'abord sont devenues inutiles depuis la *trachéobronchoscopie* car les mêmes raisons qui font que les corps étrangers tombent dans la bronche droite font aussi que l'exploration directe en est possible.

CONSTITUTION. — Comme trachée. (Voir.)

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 5, p. 86.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 24 mars 1924, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Inscriptions du lundi 25 février au samedi 8 mars 1924 inclusivement.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 17 mars 1924, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Inscriptions du lundi 18 février 1924 au samedi 1er mar inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

— Concours de pharmacien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mardi 11 mars 1924, à 14 heures, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Inscriptions depuis le lundi 11 février jusqu'au lundi 25 février 1924 inclusivement.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1924-1925. — MM. les élèves internes et externes en médecine, actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1924-1925, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1924) : internes et internes provisoires, le samedi 9 février, à 14 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1924) : ceux de 8e, 7e années (militaires), de 6e et de 5e années (externes ayant concouru en 1911, 1912, 1913, 1919 (concours militaire) et 1920 (1er concours), le vendredi 15 février, à 14 heures; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1920, 2e concours), le samedi 16 février, à 14 heures; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1921), le lundi 18 février, à 14 heures; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1922), le mercredi 20 février, à 14 heures; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1923), le vendredi 22 février, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Concours de l'internat en médecine. — *Chirurgie et accouchements.* — M. Moulonguet est proposé pour la médaille d'or.

Médecine. — Jugement des mémoires. — « Recherche sur l'acte respiratoire à l'état pathologique et sur une nouvelle fonction du poumon. » M. Binet, 26.

« Le rhumatisme cardiaque évolutif et son traitement. » M. Pichon, 24.

Epreuve orale. — Question donnée : « Hémoglobinurie paroxystique. » M. Binet, 19.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Fibre musculaire cardiaque. Herpès. » M. Binet, 28.

— Concours d'interne en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1924 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 12 mars 1924, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Inscriptions depuis le lundi 4 février au lundi 25 février inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours de l'internat du 17 janvier.* — Candidats inscrits : 29.

Questions sorties : « Rougeole. Luxations de l'épaule. Nerf radial à partir du plexus. »

Questions restées dans l'urne : « Rapports des reins. Insuffisance aortique. Fractures de la rotule. Canal inguinal. Scarlatine. Hernie inguinale étranglée. »

Candidats admissibles à l'oral : MM. Ashtrany, 22,5; Jouanneau, 22; Bascau et Wilbedt, 21; Cavalier, Coignet et

Blanc, 20,5; Monod, 19,5; Mugnier, 19; Malfuson, 18; Gallois, 17; Clitandre, Derancourt et Limal, 16,5.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le mardi 19 février 1924, s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie, à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation des candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 16 mars 1924 au 15 mars 1925 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire, mises au concours, est actuellement fixé à six.

Le traitement annuel est de 4.000 fr., y compris l'indemnité de logement. Une indemnité spéciale de nourriture est allouée aux internes de garde. Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris-Saint-Lazare et la Garenne-Bezons est remboursé aux internes.

Le registre d'inscription est ouvert dès maintenant à la préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le 5 février 1924, à 16 heures.

Conditions pour l'inscription : Etre Français, âgé de moins de trente ans, pourvu de 12 inscriptions (ancien régime) ou 16 (nouveau régime), avoir accompli le stage obstétrical, ne pas être reçu docteur en médecine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours pour une place de chef de clinique et une place de chef de clinique adjoint de la clinique des maladies des voies urinaires du professeur Duvergey s'est terminé par la nomination du docteur Dax, chef de clinique, et du docteur Ramarony, chef de clinique adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Gasnault, professeur au lycée d'Angers, est chargé d'un cours de chimie à l'Ecole de médecine.

M. Thézée, professeur d'histoire naturelle, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— BESANÇON. — M. Prieur, professeur d'histologie, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er novembre 1923.

— CAEN. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des fonctions de suppléant :

MM. Chauvenet, professeur à la Faculté des sciences, chimie; Danjou, ancien suppléant, pharmacie et matière médicale.

Sont nommés chefs de travaux :

MM. Charbonnier, professeur, anatomie; Desbouis, professeur, physiologie; Gidon, professeur, histoire naturelle; Lebailly, docteur en médecine, bactériologie; Guégan, pharmacien de 1re classe, physique et chimie.

Sont chargés des cours ci-après désignés :

MM. Chrétien, chef de travaux à la Faculté des sciences, chimie et toxicologie; Audigé, maître de conférences à la Faculté des sciences, histoire naturelle; Danjou, ancien suppléant, pharmacie et matière médicale.

M. Vigot, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, a été chargé d'un cours de clinique médicale.

— CLERMONT. — M. Buy, professeur d'anatomie, est chargé d'un cours complémentaire d'embryologie.

— GRENOBLE. — M. Salva, professeur d'anatomie, est chargé d'un cours de clinique ophtalmologique.

M. Sigaud, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours d'anatomie, en remplacement de M. Salva.

M. Traversier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de pathologie interne.

— LIMOGES. — M. Séméillon, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé d'un cours de pharmacie et matière médicale.

Il est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie.

— MARSEILLE. — Ont été chargés des cours ci-après désignés :

MM. Chauvin, suppléant, médecine opératoire; Moiroud, suppléant, clinique gynécologique.

M. Corsy, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, a été chargé d'un cours d'anatomie topographique.

— NANTES. — Sont chargés des cours de cliniques annexes ci-après désignés :

MM. Sébilleau, clinique des maladies infectieuses; Conlonjou, clinique des maladies mentales; Jossou, clinique de stomatologie; Le Meignen, clinique des maladies infantiles; Gourdet, clinique des voies urinaires; Texier, clinique d'oto-rhino-laryngologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Castex (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Blaising (de Ligny-en-Barrou), Françon (de Tenay), Durand (du Pont-de-Salars).

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 23 janvier 1924 publie, p. 820 à 834, une circulaire relative à l'admission en 1924 à l'École du Service de santé militaire. Le concours d'admission s'ouvrira le 8 juillet 1924, à 8 heures. Les candidats devront se faire inscrire dans les préfectures des départements à partir du 12 mai. La liste d'inscription sera close le 7 juin. Les demandes de bourse seront déposées dans les préfectures du 12 mai au 15 juin inclus.

HOMMAGE AU PROFESSEUR MERKLEN. — Dimanche dernier, les élèves et amis de Prosper Merklen se sont réunis à l'hôpital Tenon pour lui offrir un souvenir à l'occasion de sa récente nomination comme professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg.

M. le professeur Hutinel présidait la réunion. Il rappela en termes émus les débuts de Prosper Merklen qui fut jadis un de ses meilleurs élèves aux Enfants-Assistés. Après lui, M. le professeur Nobécourt et M. Michel, au nom des amis de Merklen; M. Heuyer, au nom de ses élèves, M. le sénateur Penancier vinrent dire leur joie de voir Prosper Merklen, chargé d'un enseignement auquel il donnera un éclat tout particulier.

Avec sa modestie habituelle, M. Merklen, en remerciant, reporta sur ses maîtres et ses élèves, l'honneur qui lui était fait et il dit la grande joie et la grande émotion qu'il avait éprouvées en qualité d'Alsacien, à faire partie de la glorieuse Université de Strasbourg.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR CABANÈS. — Le jeudi, 31 janvier, le docteur Cabanès fera, dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, à 21 h., une conférence sur le sujet suivant : *Madame de Sévigné, médecin consultant.*

FILMS CHIRURGICAUX DU DOCTEUR VICTOR PAUCHET. — *Gastrectomie pour cancer. Enervation gastrique* : Société de médecine de Paris, 51, rue de Clichy, samedi 26 janvier 1924, à 17 h. 45.

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE DE BRETAGNE (siège social : Faculté des sciences, Rennes). — Réunion de la Section médicale, le vendredi 25 janvier 1924, à 17 heures, amphithéâtre de géologie.

Ordre du jour : 1° Allocution du Docteur Castex; 2° Docteur Quentin : Diverticule épiphrénique de l'œsophage; 3° Docteurs Castex et Le Gal-La Salle : Corps étranger des voies digestives; 4° Docteur Bourdinière : La dysenterie épidémique en Bretagne; 5° Docteur Le Moniet : Traitement conservateur dans les grossesses compliquées de fibromes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouverot (de Lyon), Buisson, médecin colonial Belge, au Congo; Paul Cuvillier (de Paris); Guettier (de Berck-sur-Mer), Louis Martin, médecin de la marine en retraite (à Toulon); J. Martinenq (à Toulon).

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES ARYTHMIES

Par M. JEAN RATHELOT,
Interne des hôpitaux de Marseille.

« Au diable les arythmies cardiaques », écrivait à Lian un médecin qui ne mettait pas de fausse honte à dissimuler son ignorance. — « Je suis complètement désorienté, disait-il, par les quelques articles que je lis çà et là dans les journaux médicaux. Je vois des tas de mots nouveaux : extrasystole, fibrillation auriculaire, tachysystolie auriculaire, faisceau de His, noyaux de x et de z..., voire même, Dieu me pardonne, des mots anglais comme heart-block, flutter, etc.

Qu'est-ce que tout cela? Comment se reconnaître dans ce dédale? Où sont là dedans mes vieilles intermittences vraies et fausses (1)? »

Il y a une part de vérité dans les amères réflexions de ce modeste praticien. On commence à voir clair dans les arythmies, mais au prix de quels termes barbares et de quelles subdivisions spécieuses !!

On étudie sous le nom de « arythmie » *toutes les modifications du rythme normal du cœur.*

Il faut comprendre dans la question, non seulement les altérations pathologiques du rythme cardiaque, mais encore les simples accélérations ou ralentissements du rythme normal, attendu qu'entre les deux ne se trouve pas une barrière infranchissable.

Nous étudierons donc ici, avec les arythmies proprement dites, les tachy et bradycardies banales qui ne peuvent ni théoriquement ni surtout pratiquement être séparées du sujet.

Avec une telle compréhension, le mot de « arythmie » n'est plus assez large à cause du sens étymologique (ἀ privatif, ῥυθμὸς mesure).

Nous le conserverons néanmoins à cause de l'usage, au détriment de celui de « dysrythmie » plus conforme à la définition.

Historique. — L'étude des arythmies est de date relativement récente.

Sénac le premier (1749) parle d' « intermissions » et d' « irrégularités ».

Laënnec parle de l'Intermittence cardiaque en 1819 dans son *Traité de l'auscultation des maladies du poumon et du cœur.*

Bouillaud, en 1841, les étudie aussi dans son *Traité des maladies du cœur.*

Lasègue, en 1872, reprend ce thème des « intermittences » et, marchant sur les traces de ses devanciers, il les divise en vraies et fausses :

Les premières consistent en un repos prolongé du cœur au milieu de contractions normales par ailleurs;

Les secondes consistent en une intermittence du pouls radial, alors que le ventricule s'est contracté.

Depuis, grand silence.

Les données de Lasègue, vieilles de cinquante ans, ont prévalu jusqu'à ces dernières années où se fit une éclosion de nombreux travaux :

Wenkebach, *Les Irrégularités du cœur* (1908);
Bard, *Les Divers types d'arythmie cardiaque* (1909);
J. Mackenzie, *Les Maladies du cœur* (1910);
Vaquez, *Les Arythmies* (1911);
Leconte, l'extrasystole, *Th. de Paris* (1911).

Et depuis les travaux se succèdent en articles épars dans les journaux. Nos connaissances se précisent chaque jour grâce aux appareils perfectionnés qui nous donnent des tracés délicats, grâce aux expériences cliniques sur l'atropine et le nitrite d'amyle, autant de méthodes d'investigation inconnues du temps de Lasègue.

Citons : Vaquez, Josué, Lian, Gallavardin, Laubry, Lutembacher, Perrin et Richard, Donzelot, et à l'étranger : Mackenzie, Lewis, Erlanger, Wenckebach, Pezzi, Danielopolu.

Moyens d'étude. — La compréhension des arythmies dépend entièrement de la compréhension du faisceau de His et de son fonctionnement. Nous ne pouvons nous attarder ici sur les notions anatomiques et physiologiques du système embryonnaire du cœur.

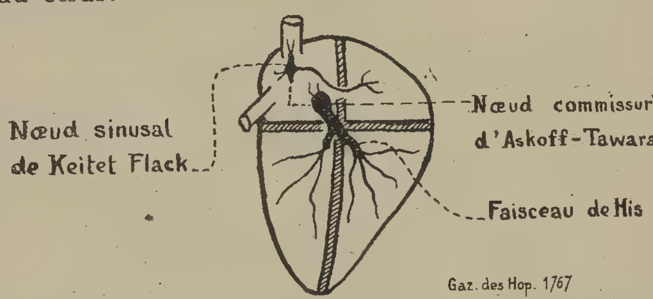


FIG. 1. — *Système embryonnaire du cœur* (1). — Le stimulus est élaboré par le noyau sinusal qui détermine la systole auriculaire. De là il est transmis (faisceau hypothétique de Thorel) au nœud commissural, puis au faisceau de His, et enfin aux cellules sous-endocardiques de Purkinje qui déterminent la systole ventriculaire.

Il nous paraît plus utile de nous attarder un peu sur les moyens d'exploration de la contraction cardiaque.

Sans chercher à être complet nous n'étudierons que les méthodes les plus intéressantes pour notre sujet.

1° **L'auscultation directe.** — L'auscultation attentive permet à elle seule d'obtenir une précision suffisante de diagnostic pour peu que l'on s'efforce de répondre à chacune des trois questions suivantes :

a. Les systoles se succèdent-elles dans un rapport de temps constant? (Arythmies sinusales et la plupart des commissurales.)

b. Les altérations du facteur temps sont-elles seulement momentanées? (Extrasystoles.)

c. Les altérations du facteur temps sont-elles constantes et d'importance variable? (Arythmie complète.)

2° **La radioscopie.** — Elle est un excellent moyen puisqu'elle permet de voir mieux qu'avec des graphiques l'ordre de succession des systoles auriculaires et ventriculaires.

Malheureusement la rapidité et l'irrégularité du rythme constituent une gêne sérieuse à l'examen.

3° **Le tracé du pouls radial.** — A lui seul il donne peu de renseignements, mais associé au phlébogramme (polygraphes de Jacquet et de Mackenzie)

(1) LIAN. Diagnostic clinique des arythmies, *Concours méd.*, 22 mars 1922.

(1) D'après PERRIN et RICHARD. *Arythmies dans la pratique journalière.*

il est souvent d'un grand secours. Son brusque soulèvement *ab* (v. fig. 2) permet toujours de repérer le moment de la systole ventriculaire, quelle que soit la complexité de la courbe du phlébogramme.

4° **Le tracé jugulaire.** — Fortement prôné par Mackenzie, le phlébogramme est actuellement la méthode de précision par excellence. Il est malheureusement souvent d'une interprétation délicate.

PRINCIPE. — Au cours de la révolution cardiaque le courant veineux de la jugulaire subit des modifications de pression qui se traduisent par des soulèvements et des affaissements de la paroi.

Ces soulèvements et affaissements sont enregistrés et transcrits sur un papier par un style enregistreur.

RÉSULTATS :

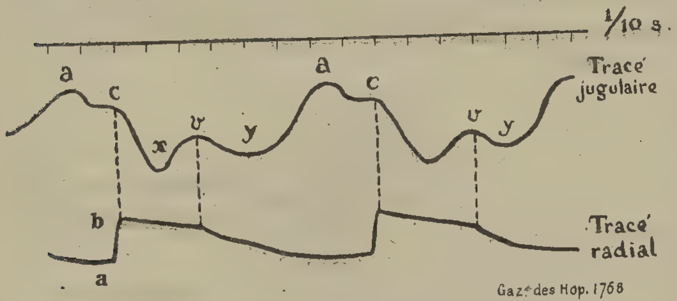


FIG. 2. — *Schéma du tracé jugulaire.*

On note :

1° Un soulèvement *a* ou auriculaire dû à la contraction de l'oreillette droite et à un temps d'arrêt dans l'écoulement du sang.

2° Dépression *x* due au relâchement de l'oreillette. Va du soulèvement *a* au soulèvement *v* ; est momentanément interrompu par l'accident *c*.

3° Accident *c* ou soulèvement carotidien dû au pouls de la carotide (ébranlement de voisinage) ou à la fermeture brusque de la tricuspide (onde vibratoire se propageant dans la jugulaire).

4° Soulèvement *v* ou ventriculaire. Marque la fin de la systole. Il s'agit probablement d'un remous causé par la réplétion de l'oreillette pendant la systole ventriculaire.

5° Dépression *y* due au relâchement du cœur et à l'ouverture de la tricuspide.

Il ne faut pas attacher d'importance à la hauteur des soulèvements, mais plutôt aux intervalles qui les séparent.

Toute modification du rythme se traduira, en effet, par l'allongement ou le raccourcissement de l'un des espaces.

5° **Auscultation du pouls veineux.** — Méthode préconisée par Josué et Godlewski.

Le malade est couché tête basse. Avec un stéthoscope à petit pavillon on ausculte entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien.

Pression *très* légère, inclinaison en bas et en dedans du stéthoscope.

Prendre le pouls et reconnaître trois bruits :

Premier bruit : contraction de l'oreillette, correspond à *a*.

Deuxième bruit : claquement tricuspidien, synchrone à *c*.

Troisième bruit : claquement des sigmoïdes, synchrone à *v*.

Méthode très délicate.

6° **Inspection des jugulaires.** — Plus simple est la seule inspection des jugulaires dont les battements nous indiquent la systole auriculaire, tandis que le pouls perçu simultanément par le doigt nous indique la systole ventriculaire.

Il est facile ainsi d'établir des rapports de durée dans la transmission et surtout des rapports de nombre (intéressant dans les cas de dissociation auriculo-ventriculaire).

7° **Electrocardiographie de Einthoven.** — PRINCIPE. — « Tout muscle qui se contracte devient électro-négatif. »

Entre lui et les parties non contractées s'établit une différence de potentiel qui est la source d'un courant électrique qu'un galvanomètre interposé peut enregistrer.

En application de ce principe, si l'on réunit la base et la pointe du cœur un courant s'établit qui va tantôt de la base à la pointe, tantôt de la pointe à la base, suivant la région du cœur qui se contracte.

Dans la pratique de l'électrocardiographie on se contente de réunir les deux bras ou bien un bras et la jambe gauche, et l'on obtient des tracés comparables sinon identiques.

INTERPRÉTATION. — Toute contraction de la base détermine une élévation au-dessus de la ligne isoélectrique.

Toute contraction de la pointe détermine un abaissement au-dessous de la ligne isoélectrique.

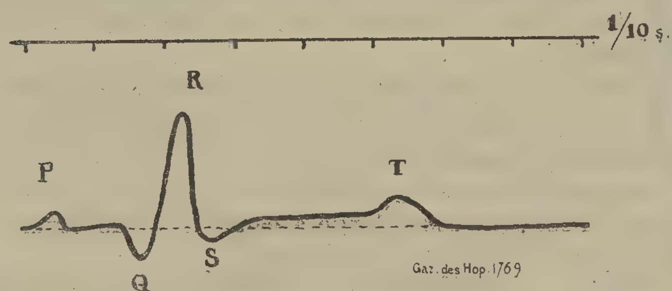


FIG. 3. — *Schéma de l'électrocardiogramme.*

Dans le tracé on note :

1° Un soulèvement *p* peu élevé, représentant la systole auriculaire.

2° Une dépression inconstante *q*, liée à la systole de colonnes charnues.

3° Un soulèvement très haut et très aigu *r* correspondant à la contraction des ventricules.

4° Une dépression peu profonde *s* ou contraction de la pointe.

5° Une ligne isoélectrique indiquant la contraction en masse de tout le cœur.

6° Un soulèvement arrondi et peu élevé *t* à interprétation délicate (contraction des fibres du cœur avoisinant les orifices artériels ?)

L'espace *p r* est l'homologue de *a c* du tracé veineux et leur variation a la même signification.

8° **Epreuves physico et pharmacologiques.** — Moins parfaites que les précédentes en ce sens qu'elles ne permettent pas de localiser exactement le point touché, elles permettent néanmoins en agissant sur les nerfs extrinsèques du cœur de distinguer les arythmies fonctionnelles des arythmies organiques.

Elles se font en agissant, soit sur le sympathique, soit sur le pneumogastrique.

a. EPREUVES EXCITANT LE VAGUE. — Ce sera surtout le *réflexe oculo-cardiaque* qui occasionne normale-

ment un ralentissement de 6 à 10 par minute avec une pression d'environ 500 grammes sur les yeux (Barré, Galup).

Si le ralentissement est exagéré, il y a hypervagotonie et celle-ci justifie une bradycardie.

Si le ralentissement est nul, l'épreuve est négative. Il y a hypersympathicotonie et celle-ci suffit à expliquer une tachycardie.

L'épreuve à l'*ésérine* est pratiquement inemployée.

b. EPREUVES PARALYSANT LE VAGUE. — Ce sera l'*épreuve à l'atropine* (0mmg001 en injection sous-cutanée) qui nécessite une observation minutieuse du malade pendant une heure et demie.

Ce sera encore l'*épreuve au nitrite d'amyle* (V gouttes en inhalation) beaucoup plus rapide et qui tend à supplanter la précédente. Ces deux épreuves, supprimant l'action des fibres modératrices du X annuleront une bradycardie causée par une hypervagotonie.

Un résultat négatif est en faveur d'une lésion du faisceau de conduction.

c. EPREUVES AGISSANT SUR LE SYMPATHIQUE. — Elles sont pratiquement délaissées parce qu'il n'est pas de produit agissant uniquement sur le sympathique. Ainsi l'adrénaline aux doses thérapeutiques ralentit le cœur par l'intermédiaire du vague. A doses plus fortes et dangereuses, sa prédominance sympathique réapparaît et le rythme s'accélère. Son mode d'action est donc double. Il en est de même pour la pilocarpine.

Seule en somme l'atropine réalise d'une manière à peu près parfaite la dissociation vago-sympathique qui a permis d'apprécier d'une manière très exacte la valeur de l'un et de l'autre (vagotonimétrie-sympathicotonimétrie) (1).

Classification. — Plusieurs modes de classification ont été essayés.

A. On a voulu faire une **classification anatomique**, et distinguer des arythmies nerveuses et des arythmies myocardiques, mais cette classification ne répond à rien de pratique.

B. On a fait une **classification purement clinique** comprenant :

— les tachycardies simples permanentes ou paroxystiques,

— les bradycardies simples,

— les arythmies proprement dites comprenant elles-mêmes :

— les arythmies rythmées,

— les arythmies irrégulières simples,

— les arythmies perpétuelles.

Mais cette classification utile au point de vue pratique n'est pas assez méthodique au point de vue théorique.

Elle rapproche des variétés voisines par les symptômes mais très différentes par leur signification.

On a donc proposé :

C. **Une classification physiologique**. — Celle-ci nécessite la connaissance anatomique et physiologique du système de conduction, et l'on distingue ainsi :

1° DES ARYTHMIES SINUSALES dans lesquelles la progression du stimulus contractile se fait dans un ordre normal. Seul le déclanchement en est modifié (avancé ou retardé) ;

2° ARYTHMIES COMMISSURALES dans lesquelles le départ du stimulus s'opère normalement, mais la transmission aux autres noyaux est défectueuse.

Ce sont des *arythmies par lésion du faisceau de conduction*. Les ventricules répondent mal aux incitations de l'oreillette.

3° ARYTHMIES MYOCARDIQUES dans lesquelles l'incitation motrice se fait normalement ainsi que la conduction. Mais le myocarde défectueux manque d'énergie pour répondre au stimulus.

Ce sont les *arythmies par défaut de réceptivité du myocarde*.

4° LES EXTRASYSTOLES dans lesquelles l'incitation motrice s'élabore accidentellement en dehors du foyer normal de l'élaboration.

Par conséquent à une systole normale d'origine sinusale succèdera aussitôt une systole répondant à une incitation extrasinusale.

5° L'ARYTHMIE COMPLÈTE dans laquelle des stimuli contractiles s'élaborent simultanément en plusieurs points de l'oreillette, amenant ainsi une véritable fibrillation du myocarde auriculaire.

Les ventricules au contraire ne recevant qu'une très minime partie de tous ces stimuli ne se contractent que très irrégulièrement.

Cette classification physiologique présente le grand avantage d'être claire, méthodique, et du même coup complète. Elle donne le summum de précision.

Malheureusement pour réaliser ce summum il faut avoir recours aux méthodes d'exploration délicates que nous avons mentionnées plus haut. Or nous n'ignorons pas que les phlébographes et les électrocardiographes sont des instruments dispendieux et qu'on a rarement la possibilité d'y recourir même dans les hôpitaux bien montés.

Pour la commodité de l'exposé nous étudierons chacune des variétés des arythmies en suivant la classification physiologique, mais en terminant nous reviendrons sur la classification clinique qui est dans la plupart des cas la seule accessible.

I. — CLASSIFICATION PHYSIOLOGIQUE

A. **Arythmies sinusales.** — « On peut comparer, a dit Josué, la systole cardiaque à autant de voyages accomplis à intervalles de temps égaux et réglés suivant un trajet et une vitesse, toujours les mêmes dans les conditions normales.

Dans l'arythmie sinusale, rien n'est changé au trajet ni à la vitesse; par contre les heures de départ sont modifiées » (1).

L'anomalie se passe en effet dans la zone d'élaboration de l'ordre moteur, c'est-à-dire dans le noyau sinusal de Keit et Flack.

1° CARACTÈRES. — *Cliniquement* c'est un simple ralentissement ou accélération du rythme. Le ralentissement peut aller jusqu'à 40, l'accélération jusqu'à 160, mais *tous les caractères de la systole normale se retrouvent*.

Au phlébogramme a c v sont dans un rapport normal; *a c v* (comme l'explique Josué) sont autant d'étapes que doit franchir le convoi, et que celui-ci

(1) Il serait hors de sujet d'exposer ici la manière simple d'exprimer en chiffres l'hyper ou l'hypovagotonie ainsi que l'hyper ou hyposympathicotonie, mais on lira avec profit l'article de DANIELOPOLU, Les épreuves végétatives, dans la *Presse médicale* du 25 juillet 1923.

(1) JOSUÉ. In *Séméiologie cardiaque actuelle*, p. 35.

franchit normalement puisque l'horaire de marche n'est pas changé. Par contre l'espace *v a* (indiquant le temps écoulé entre deux voyages) varie avec la normale, soit en plus, soit en moins. (Se reporter à la fig. 2).

A l'électrocardiogramme, mêmes remarques pour les espaces *p q r s t* et pour l'espace *t p*.

Enfin, caractère très important, les diverses *épreuves physio-pharmacologiques* les impressionnent toujours et permettent de les distinguer entre toutes.

2° VARIÉTÉS. — Sont au nombre de deux : tachycardies, bradycardies.

a. **Tachycardies sinusales.** — a_1) Il en est dont le rythme est *régulièrement rapide.*

Telles sont :

Les tachycardies physiologiques (effort, digestion, enfant de naissance).
— des maladies infectieuses aiguës.
— des maladies infectieuses chroniques et cachectisantes (tuberculose pulmonaire par ex.).
— des intoxications par alcool, thé, café...
— de certaines maladies nerveuses (goître exophtalmique et diverses névroses).
— des hyposystoliques avec lésions orificielles.
— émotives dont la durée peut être très courte.

a_2) Il en est dont le rythme est *irrégulièrement rapide.*

Telles sont l'arythmie de station et l'arythmie respiratoire :

L'*arythmie de station* consiste en une accélération de 4 à 20 pulsations dans le passage de la position horizontale à la position verticale.

L'*arythmie respiratoire* consiste en un ralentissement du cœur au moment de l'expiration. C'est une arythmie rythmée par la respiration et cessant avec elle.

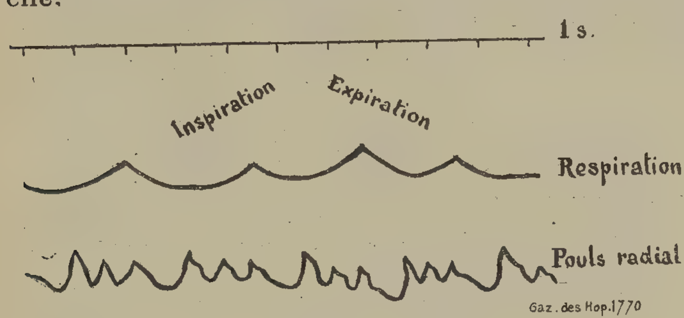


FIG. 4. — *Arythmie respiratoire* (1).

N. B. — On appelle *pouls paradoxal de Kusmaul* l'inversement du phénomène sus-décrit, c'est-à-dire le ralentissement du cœur au moment de l'inspiration.

Cela se voit dans la symphyse du péricarde, dans les pleurésies à grands épanchements.

Ce phénomène est sous la dépendance du X.

Au point de vue du *diagnostic*, les tachycardies sinusales sont facilement reconnaissables :

Toute accélération du rythme sans altération dans la succession des phénomènes est d'origine sinusale.

Seule la *tachycardie paroxystique* pourrait prêter à confusion; nous retrouverons celle-ci au chapitre des extrasystoles; disons seulement ici que ces tachycardies ne battent pas à moins de 140.

Au point de vue *pronostic* aucune de ces arythmies n'est grave sérieusement.

Traitement. — Certaines tachycardies sinusales peuvent devenir gênantes par leur ténacité et nécessitent une médication régularisatrice de la contraction cardiaque :

Sulfate d'ésérine, 1 à 2 granules de 1 milligramme ou teinture de digitale V gouttes pendant dix jours ou sulfate de quinidine de 0,20 centigrammes à 1 gramme par jour.

Les arythmies respiratoires et de station ne nécessitent jamais un traitement spécial.

b. **Bradycardies sinusales.** — Comme les tachycardies, les bradycardies ont soit une cause extracardiaque, soit une cause intracardiaque.

Les premières seules nous intéressent ici, puisque seules elles ont un point de départ sinusal. On les appelle encore *bradycardies totales.*

Pathogénie. — Elles se voient dans les intoxications médicamenteuses (digitale-strophantus) ou autres (urémie-surmenage-ictère...)

— dans les méningites, adénopathies trachéo-bronchiques, affections gastro-intestinales et toutes les causes amenant une excitation directe ou indirecte du X.

— dans certaines maladies infectieuses (rhumatisme articulaire, fièvre typhoïde, pneumonie...)

Souvent enfin elles ont un caractère héréditaire et familial sans aucune signification.

Symptômes. — Elles sont normalement modérées (40 à 60).

En aucun cas on ne peut déceler une modification des tracés veineux ou électrocardiographiques dans les espaces *a c v* ou *p q r s t*. Seuls les espaces *v a* et *t p* sont allongés. (Se rapporter aux fig. 2 et 3).

Diagnostic. — L'atropine ou le nitrite d'amyle sont les meilleurs moyens de diagnostic. En paralysant les fibres du X, ils font cesser les bradycardies sinusales et permettent de les distinguer d'avec les *bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire* que nous retrouverons plus loin. Ces dernières d'ailleurs battent en général à moins de 40.

Pronostic. — Elles n'ont d'habitude aucune conséquence fâcheuse. Exceptionnellement on a vu des syncopes.

Traitement. — Se fait en s'adressant à la cause s'il y en a une. S'il s'agit d'une bradycardie de type familial, ne rien prescrire.

B. **Arythmies commissurales.** — On peut encore les appeler arythmies de transmission.

En effet le stimulus contractile est élaboré normalement au niveau du sinus veineux, mais des obstacles à la transmission se présentent dans les diverses étapes qu'il lui faut franchir avant d'atteindre les cellules de Purkinje.

Dans ces conditions, tel un convoi aux prises avec une série de difficultés, le stimulus se comportera de diverses manières :

Ou bien il *arrivera à destination*, mais avec du retard. C'est le 1er degré.

Ou bien il *n'arrivera pas à destination,* et dans ce cas la systole auriculaire reste sans effet; elle n'est pas suivie de la systole ventriculaire.

(1) D'après PERRIN et RICHARD. *Arythmies dans la pratique journalière.*

Mais là encore deux degrés :

Ou bien le *fait est passager* on a une dissociation auriculo-ventriculaire momentanée ou *blocage incomplet*.

Ou bien le *fait est devenu constant*, c'est la dissociation auriculo-ventriculaire complète ou *blocage complet* (heart-block des Anglais).

Dans ce cas le ventricule réduit à ses propres ressources, organise un moyen de fortune en élaborant un stimulus contractile qui lui est propre. C'est le *rythme idioventriculaire* battant à raison de 30 à la minute. Désormais oreillettes et ventricules s'ignorent dans leur fonctionnement.

Les trois degrés ci-dessus mentionnés (retard simple, blocage partiel, blocage complet) sont généralement les trois étapes d'une seule et même maladie qui fut décrite en 1827 par Adams et en 1847 par Stockes, et séparée des bradycardies sinusales par Gaskell, Engelmann, Hering, Tawara, après les découvertes anatomiques de His (1895).

Elle est désignée sous la dénomination de POULS LENT PERMANENT OU MALADIE DE STOCKES-ADAMS qu'il nous faut maintenant étudier.

ETIOLOGIE. — Dans plus de la moitié des cas ce syndrome est dû à la syphilis (gomme-artérite).

Mais les infections antérieures (diphtérie-rhumatisme articulaire aigu), l'artériosclérose du cœur, tumeurs du myocarde et surtout l'endocardite ulcéreuse peuvent le provoquer.

Enfin, il peut être congénital.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions relevées à l'autopsie intéressent toujours la partie supérieure de la cloison interventriculaire (portion membraneuse du septum).

ETUDE CLINIQUE. — Cliniquement les trois étapes signalées se rencontrent successivement.

a. *Phase de début* ou de *simple retard*. La bradycardie est modérée, et le malade ne se plaint que de troubles nerveux passagers (vertiges).

Sur les tracés on note un allongement de l'espace *a c* au phlébogramme, de l'espace *p r* à l'électrocardiogramme, comme si le stimulus avait de la peine à progresser.

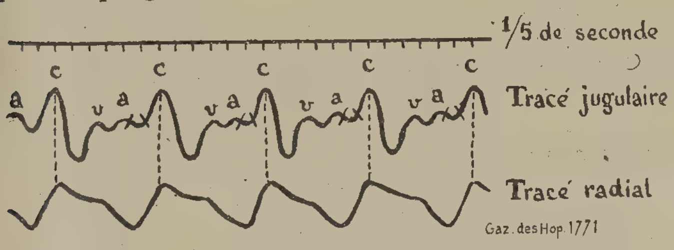


FIG. 5. — *Retard de conductibilité* (1). — Allongement de *ac*.

Ce genre de bradycardie est cliniquement bien voisin des bradycardies sinusales déjà décrites. Seuls les appareils spéciaux peuvent les différencier nettement.

Cependant les épreuves de l'atropine et du nitrite d'amyle améliorent toujours les bradycardies sinusales, tandis qu'elles laissent *souvent* indifférentes les bradycardies commissurales. Avec ces épreuves seules on peut donc obtenir une présomption.

b. *Phase d'état* ou de *blocage partiel*. Deux grands signes se présentent au clinicien : la bradycardie et les accidents nerveux.

(1) D'après MARTINET. *Diagnostic clinique.*

1° La *bradycardie* est plus accentuée que dans la phase précédente.

Elle est due à la *dissociation auriculo-ventriculaire partielle*.

Celle-ci s'installe progressivement :

Pour commencer le rythme est irrégulier, attendu que les systoles auriculaires restent sans résultat de temps à autre seulement (1 fois sur 3 ou 4).

Puis le fait se multiplie. C'est bientôt une systole sur 2, puis 2 sur 3 qui restent sans réponse, et celà s'exprime par rythme 2/1 ou 3/1 c'est-à-dire 2 ou 3 systoles auriculaires pour une systole ventriculaire. A ce moment le rythme ventriculaire est de nouveau régulier.

Le *phlébogramme* enregistre un soulèvement *a*, l'*électrocardiogramme* un soulèvement *p*, tous deux non suivis de la série des autres :

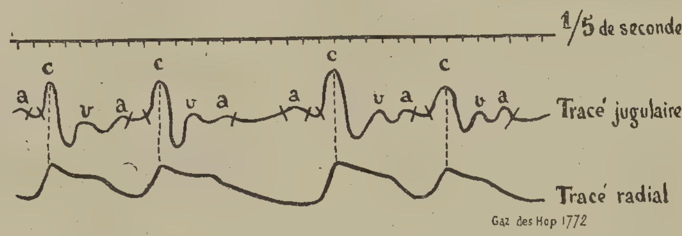


FIG. 6. — *Blocage partiel* (1). — Le retard de *c* sur *a* s'accentue de systole en systole jusqu'à arrêt complet. Il y a alors un silence. Sur cette figure le rythme est 3/2.

A l'*auscultation*, au début du blocage partiel, lorsque le rythme est encore 4/3-3/2, on a un silence ventriculaire toutes les 3 ou 4 systoles.

Plus tard lorsque le rythme est devenu 2/1-3/1 on a 30 à 40 systoles ventriculaires d'une intensité toute spéciale et séparées par un long silence. Celui-ci permet *parfois* d'entendre un ou deux bruits lointains, légers, correspondant aux systoles auriculaires inefficaces. Ce sont les *systoles en écho*.

Mais ces bruits supplémentaires sont très difficiles à percevoir, et la numération des systoles auriculaires se fait plus simplement par l'*examen des jugulaires* dont on compare le nombre des battements au nombre des pulsations.

De 30, les systoles ventriculaires peuvent tomber par moment à 20 et même à 10. Ce sont les *phases paroxystiques* de la dissociation (bradycardies paroxystiques) phases qui coïncident avec l'éclatement des accidents nerveux.

2° Les *accidents nerveux*. Ce sont :

— de simples vertiges pouvant aller jusqu'à la chute,

— des syncopes blanches,

— des crises épileptiformes généralisées sans morsure ni émission d'urine.

— La mort peut être la terminaison de ces crises.

Tous ces accidents sont dus à l'ischémie passagère des centres nerveux, et l'importance de l'accident est proportionnel à la durée de l'ischémie.

c. *Phase terminale* ou de *blocage complet*. Le ventricule désormais bat suivant son rythme propre de 30 à la minute, et l'organisme entier s'en accomode. Cette troisième période constitue une amélioration très notable pour le malade qui sans sa bradycardie permanente pourrait se croire guéri. Néanmoins il n'est pas à l'abri de tout accident nerveux.

A l'examen :

Le *pouls* est lent, régulier, bien frappé et inva-

(1) D'après MARTINET. *Diagnostic clinique.*

riable. La marche, les travaux de force n'accélèrent pas son rythme.

L'*examen des jugulaires* révélera des battements deux ou trois fois plus rapides que le pouls radial.

L'*auscultation du cœur* rassemblera les signes déjà décrits : systoles en écho survenant entre des systoles ventriculaires d'intensité toute particulière.

Le *phlébogramme* indiquera régulièrement un soulèvement *c* (suivi de son satellite le soulèvement *v*), survenant n'importe quand dans la série des soulèvements *a*.

Parfois ils peuvent se confondre et l'on a un soulèvement unique plus intense.

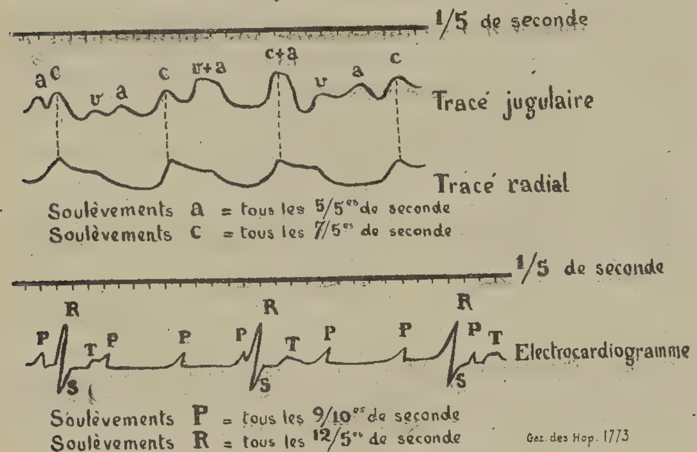


FIG. 7. — *Blocage complet* (1). — Le rythme des ventricules est indépendant du rythme des ventricules.

Mêmes réflexions pour l'*électrocardiogramme* et les soulèvements *r* (suivis des soulèvements *t*) qui surviennent régulièrement 30 fois par minute au milieu de soulèvements *P* plus fréquents.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic d'avec une *bradycardie sinusale* sera facile si le rythme idioventriculaire est établi (troisième période), parce que : 1° une bradycardie sinusale ne battra jamais au voisinage de 30 ; 2° le nombre des battements jugulaires pour un temps donné, sera différent du nombre des pulsations.

A la première période de la maladie, le diagnostic sera moins aisé. Les réactions à l'atropine et au nitrite d'amyle nous donneront une présomption.

Enfin les tracés trancheront les difficultés.

A la deuxième période (blocage incomplet) une systole restant sans réponse de temps à autre, on pourrait croire à une *extrasystole*. Le diagnostic sera fait plus loin lorsque nous connaîtrons ces dernières.

TRAITEMENT. — La dissociation auriculo-ventriculaire, qu'elle soit complète ou incomplète, se traite en infligeant au malade un repos sévère de manière à éviter les accidents nerveux.

Rechercher la cause et s'adresser à elle avec énergie : syphilis, rhumatisme, artériosclérose.

Pendant les accès de bradycardie paroxystique avec accidents nerveux, la thérapeutique est assez désarmée.

L'atropine seule en supprimant l'action parfois adjuvante du pneumogastrique donne quelquefois des résultats, mais on ne peut y compter.

Les tonicardiaques (digitale-strophantus) soutiennent le cœur mais ne calment pas les accidents nerveux.

Les bromure, valériane calment les phénomènes nerveux mais n'activent pas la contraction cardiaque.

(*A suivre.*)

(1) Pouls jugulaire, d'après CASTAIGNE. *Examen du cœur*, t. II. — Electrocardiogramme, d'après JOSUÉ et PAILLARD. *Maladies de l'appareil circulatoire.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1924)

La cellule primitive du sang. — M. BÉTANCÈS.

Sur la signification de la glande génitale rudimentaire droite chez la poule. — M. Jacques BENOIT.

« Encephalitozoon rabiei », parasite de la rage. — MM. Y. MANOUÉHAN et J. VIALA.

L'immunité dans la diphtérie aviaire et l'épithélioma contagieux des volailles. — MM. L. PANISSET et J. VERGE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1923)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort du professeur Duplay, doyen de l'Académie, et invite M. Hartmann à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe, au nom de l'Académie.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses approbations.

Sur un nouveau mode de drainage des abcès du cerveau. — M. le professeur E.-J. MOURE (de Bordeaux) appelle l'attention de ses collègues sur les difficultés que l'on a lorsqu'un abcès du cerveau a été diagnostiqué et ouvert, d'en assurer le drainage.

Tous les auteurs sont, en effet, unanimes à s'ingénier pour trouver le moyen de laisser le pus s'écouler spontanément au dehors et d'éviter la rétention, malheureusement si fréquente en pareil cas.

Ayant eu récemment l'occasion de soigner une jeune fille de vingt-cinq ans, porteur d'une récidive d'abcès cérébral qu'il avait opérée une première fois il y a trois ans et qui avait paru guérie, se trouvant aux prises avec les mêmes difficultés que la première fois, M. Moure a eu l'idée de faire construire deux valves parallèles, ayant environ 8 millimètres de largeur, destinées à être placées dans la cavité de l'abcès. Ces deux valves sont maintenues écartées à l'aide d'un ressort assez doux, mais toutefois suffisant pour maintenir éloignées les parois de la cavité suppurante; de cette façon, il a pu obtenir un drainage parfait et guérir rapidement sa malade.

La longueur des valves a été raccourcie à mesure que la poche se rétrécissait et diminuait de volume.

Il croit utile de signaler à ses confrères ce procédé qui pourrait naturellement être modifié à l'occasion, suivant l'importance de la cavité à drainer.

On évite ainsi l'accolement des parois et la formation du stratum fibrineux qui cloisonne l'intérieur des abcès cérébraux et augmente encore les difficultés du drainage.

M. Moure présente une série de radiographies montrant l'instrument en place, et aussi les instruments dont il s'est servi.

Discussion sur l'assistance aux enfants séparés de leur mère. — M. Léon BERNARD développe les amendements qu'il a proposés dans une précédente séance (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1924, nº 4, p. 67).

M. WALLICH fait observer que si intéressantes que soient les remarques de M. Bernard, elles ont trait à des questions de détails et qu'il lui semblerait préférable de s'occuper d'abord des questions générales si importantes concernant l'assistance aux enfants séparés.

— Une discussion quelque peu confuse s'engage entre M. le

Président; M. Bernard, M. Wallich et M. Bar sur la meilleure manière de conduire la discussion.

L'insuline dans le traitement du diabète. — M. Marcel Labbé a d'abord établi que l'insuline n'est pas un remède pour diabètes bénins, mais bien pour diabètes graves et notamment pour ceux que compliquent l'acidose et sa menace de coma.

M. Labbé a étudié l'influence et le mode d'action du nouveau médicament sur l'utilisation par l'organisme de trois sortes d'aliments hydrocarbonés, aliments azotés et sucrés, et il a montré de façon très frappante le mécanisme de cet agent en même temps qu'il fixe les règles de son emploi.

M. Labbé apporte de nouveaux faits relatifs à l'emploi de ce médicament. Il rapporte plusieurs observations qui semblent bien probantes, dans lesquelles l'injection d'insuline a fait tomber brusquement le taux de l'acidose et a agi de même d'une façon extrêmement rapide dans des cas de coma diabétique.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section des sciences biologiques.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Regaud; en deuxième ligne, ex æquo, MM. Camus, Antony et Laffitte. Après un premier tour de scrutin, il y a eu ballottage. Au second tour, le nombre des votants étant de 84, majorité 43, M. Regaud atteint 43 suffrages, M. Camus, 39 et M. Antony, 2.

En conséquence M. Regaud est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1924)

M. Ménétrier, président sortant et M. Vaquez, président pour 1924 prononcent les discours d'usage.

La dilution sanguine dans la pathogénie et le traitement de l'accès de goutte (présenté par M. Chauffard). — MM. Laporte et Rouzaud rapportent plusieurs observations de goutteux ayant fait un accès de goutte à l'occasion d'une cure alcaline.

Ils montrent que la cause immédiate de l'accès chez le goutteux est l'augmentation de la teneur du sang en eau.

Un goutteux de viscosité basse fait un accès si par une cause quelconque, même légère, cette viscosité s'abaisse encore.

Un goutteux de viscosité basse supporte une cure alcaline si par le régime sec on relève sa viscosité.

Un goutteux de viscosité élevée ne fait pas d'accès de goutte.

MM. Laporte et Rouzaud pensent que la dilution sanguine provoque l'accès de goutte en augmentant dans de grandes proportions la teneur du plasma en acide urique.

Ils proposent le régime sec comme moyen préventif et curatif de l'accès de goutte chez le malade de viscosité basse.

Syndrome protubérantiel aigu probablement d'origine encéphalitique. — Depuis qu'est apparue l'épidémie de grippe actuelle, MM. Clovis Vincent et J. Darquier ont eu l'occasion d'observer un certain nombre de troubles tels que raideur de la nuque, paralysie faciale, névralgie occipitale, mais surtout trois cas de lésions protubérantielles aiguës, lésions survenues chez des personnes assez jeunes ne présentant aucun signe de syphilis. Elles venaient d'avoir la grippe ou vivaient dans un milieu de grippés.

Chez la première malade, jeune femme de vingt-deux ans, le début fut rapide sans être brusque. Au bout d'une semaine environ, sans température ni réaction méningée appréciable, elle présentait un syndrome de Millard-Gubler (paralysie VIe et VIIe paires droites à type périphérique, hémiplégie gauche, accompagnée de troubles sensitifs : dissociation syringomyélique) auquel s'ajoutait une hémiplégie organique (membres supérieurs et inférieurs droits), sans anticipation de la face à gauche.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montra une légère lymphocytose, légère hyperalbuminose, taux de glucose normal.

Les phénomènes présentés sont légers, fugaces, comme dans les troubles d'origine toxi-infectieuse.

Chez les deux autres malades, une douleur de la nuque pendant cinq à six jours, puis un vertige de Menière typique ont précédé les troubles nerveux proprement dits.

Du même côté que la lésion du nerf vestibulaire existe une lésion du trijumeau caractérisée par l'abolition du réflexe cornéen et une dissociation syringomyélique de la sensibilité dans le domaine du trijumeau.

Il n'existait pas d'autres signes d'une maladie organique du système nerveux : pas de réaction méningée clinique, anatomique ou humorale. L'amélioration s'est produite rapidement.

L'absence de syphilis évidente, la coïncidence avec l'épidémie de grippe, les caractères propres des troubles nerveux indiquent qu'il s'agit de la localisation d'un processus toxi-infectieux sur la protubérance.

Il se peut que ce processus soit encéphalitique : Chez deux des malades existaient les phénomènes de l'hypertonie faradique provoquée du trapèze, le phénomène du jambier antérieur, l'hypertonie passive provoquée des muscles fléchisseurs de la jambe.

L'hypertonie parkinsonnienne, ajoute M. Clovis Vincent, lors de la discussion, dépend plus de l'encéphalite que de la grippe.

L'ébauche de ces phénomènes parkinsonniens peut se voir au cours de l'encéphalite comme aux périodes postencéphalitiques. Leur association avec un syndrome de Menière est rare (3 cas publiés), elle est moins rare avec une labyrintite fruste.

Traitement de la leucémie myéloïde par le thorium X. — M. Aubertin a traité par le thorium X, substance qui, chez les sujets, à sang normal, produit une leucopénie considérable et durable, sans troubles fonctionnels appréciables, un cas de leucémie myéloïde fruste à 24.000 leucocytes (32 p. 100 de myélocytes). Il fit sept injections hebdomadaires de 300, 400, puis 200 microgrammes.

Le chiffre leucocytaire tomba rapidement à la normale, puis au-dessous (1.500 par millmètre cube), cependant que les myélocytes tombaient à 5 p. 100.

Après cessation du traitement, l'amélioration s'est poursuivie, puisque actuellement, sept mois après, la leucopénie persiste. Le chiffre des globules rouges baisse en même temps. La rate ne diminua notablement de volume qu'après l'interruption du traitement. L'action du thorium X est donc très lente et se poursuit longtemps après la suspension du médicament.

Le maniement de ce dernier semble moins délicat que celui du benzol, il est à la portée de tous les praticiens.

Quatre cas de leucémie aiguë observés en quelques semaines. — MM. Aubertin et Grellety-Bosviel rapportent quatre cas de leucémie aiguë observés à l'hôpital Saint-Louis dans l'été 1922.

Ces cas se caractérisent par leur évolution suraiguë, température en plateau à 40 degrés, l'intensité des phénomènes hémorragiques (syndrome hémorragique, forte proportion de cellules primordiales), la rapidité de la déglobulisation.

Ni splénomégalie, ni hypertrophies ganglionnaires.

On pourrait donner à ces leucémies l'épithète : suraiguë, car elles évoluent en quelques jours.

Le fait intéressant est l'allure sporadique de l'affection qui pose la question de l'épidémicité de la leucémie aiguë, affection dont la nature infectieuse est d'ailleurs probable.

L'hémoculture a toujours été négative.

Un cas de septicémie colibacillaire avec néphrite aiguë et parotidite. — M. Delater rapporte et commente l'observation d'un malade hospitalisé en état d'insuffisance rénale aiguë par localisation d'une septicémie colibacillaire et dont l'état qui s'améliorait s'est aggravé subitement par suite d'une parotidite double.

Le même colibacille a été trouvé dans le sang, l'urine et le pus parotidien.

Comme l'autopsie n'a montré aucune rétention bacillaire chirurgicale le long des uretères et que l'histologie a révélé des lésions de néphrite aiguë surajoutée à une néphrite chronique, l'auteur pense qu'il s'est produit à l'origine une de ces

pullulations microbiennes sanguines, parties de l'intestin, comme il s'en réalise fréquemment, mais sans conséquence à la suite du fléchissement momentané de l'immunité locale acquise par la muqueuse intestinale contre ses saprophytes normaux.

Ici, la pullulation s'est aggravée par une première étape dans un rein déjà malade, puis dans une seconde localisation sur les deux parotides.

L'évolution a été trop rapide pour qu'on ait pu tenter un autovaccin.

A propos de la disparition de la chlorose. — M. Rist présente une communication de M. Roches (de Genève). Celui-ci a constaté d'après les statistiques des hôpitaux de Suisse, une réelle diminution du nombre de chlorose. Il l'attribue à la disparition du port du corset.

Séquelles pleuro-pulmonaires tardives des plaies de poitrine. — M. Babonneix présente une statistique de M. Brelet (de Nantes).

Celui-ci a examiné, en 1922 et 1923, trente-quatre (34) anciens combattants atteints de plaies de poitrine par balle, shrapnell, éclats d'obus ou de grenade.

Treize blessés n'ont presque aucune séquelle, dix-sept présentent des signes cliniques et radioscopiques d'adhérences pleurales de pachypleurite.

Un autre atteint par une balle au poumon droit a eu, quelques mois plus tard, un abcès froid costal à gauche.

Les trois derniers sont des tuberculeux pulmonaires, mais dans deux cas, la tuberculose qui siège au poumon n'ayant pas été atteint par le traumatisme a débuté trois ans après la blessure.

Un cas de fièvre de Malte à forme fruste. — MM. d'Œlnitz, Degroote et Pin rapportent l'histoire clinique d'un cas fruste de mélitococcie ayant débuté quelques jours après l'ingestion de fromage blanc préparé avec du lait de brebis chauffé à faible température.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 29 décembre 1923)

Jeûne thérapeutique et auto-intoxication. — M. Nattier a pu constater par le retour partiel de certains troubles très atténués que sa résistance organique avait été notablement fortifiée par l'action de cures répétées de jeûne. Conclusion : si la désintoxication est insuffisante, nouvelle cure.

Sur la récupération de l'énergie musculaire dans les états de fatigue. — MM. Livet et Roger montrent que le développement de la fatigue au cours du travail se fait suivant une courbe progressive et régulière liée aux phénomènes du rayonnement cutané : certains agents médicamenteux peuvent redresser cette courbe et retarder la chute du potentiel énergétique (expériences) les cyclanols polyméthyléniques en solution subcolloïdale, économiseurs du travail physiologique.

Traitement des grosses perforations du duodénum. — M. Pauchet pense que ces perforations sont trois fois plus fréquentes que les gastriques. Il faut suturer la perforation et compléter une fois sur deux par une gastro-entérostomie antérieure, avec jéjuno-jéjunostomie. Si la perforation est trop large, fermeture en cul-de-sac du pylore et du duodénum et gastro-entérostomie antérieure.

Traitement de la maladie de Lans par la colyse. — M. Pauchet. La stase intestinale chronique provoque de nombreux malaises et favorise nombre de maladies; la colyse consiste à couper ces adhérences intestinales et à redresser les coudures du côlon se vidant mal. La plupart des maladies chroniques, le cancer en particulier, sont influencées surtout par deux états pathologiques : la syphilis et la constipation. Le traitement médical sera fait dans tous les cas.

Emploi thérapeutique de l'insuline. — M. Lematte estimant que les injections hypodermiques ou intraveineuses ne

sont pas toujours acceptées, pense qu'il serait intéressant de rechercher si la voie rectale ne serait pas utile. L'insuline ne donne pas de résultats chez certains diabétiques. La diminution de la glycémie ne veut pas dire que le sucre est carburé, mais elle traduit une aptitude des organes à fixer le sucre de réserve.

A propos de la réaction de formol-gélidification dans le diagnostic de la syphilis. — MM. GASTOU, PONTOIZEAU, FOYATIER, ont étudié dans 325 cas comparativement cette réaction avec le Wassermann dans la syphilis et hors d'elle, et ont trouvé 40 p. 100 de discordance dans ces résultats. Cette méthode du fait de sa sensibilité, ne peut donner que des présomptions et pas de certitudes.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ÉPREUVES RADIOGRAPHIQUES. DÉFAUT DE COMMUNICATION. FAUTE

La Cour d'appel de Bruxelles a rendu, le 4 juin 1923, un arrêt qui statue sur la responsabilité d'un médecin dans des circonstances tout à fait particulières : un blessé ou un malade peut-il exiger la communication des épreuves radiographiques ? Oui, dit la Cour de Bruxelles, si la communication de la radiographie, commentée avec tact et discrétion par le médecin, ne peut présenter aucun inconvénient grave pour le blessé ou le malade ; c'est qu'en effet les constatations radiographiques et leur révélation peuvent déterminer une intervention chirurgicale nouvelle ou l'établissement d'un autre traitement susceptible d'améliorer l'état du malade ou du blessé.

La Cour s'exprime ainsi :

« Attendu que l'appelant, à l'appui de sa demande, invoque principalement la façon défectueuse dont fut opérée la réduction de fracture de sa jambe, que l'intimé jugea à propos de pratiquer après qu'une première réduction plus favorable avait été faite par un autre chirurgien, ainsi que le défaut de soins subséquents en vue de remédier à la coaptation défectueuse des os fracturés ;

« Attendu qu'il est constant que la radiographie révélait, après l'intervention de l'intimé, une fracture de très mauvais aspect et une coaptation insuffisante des fragments osseux, et qu'il était à craindre une déviation et un plus fort raccourcissement du membre que ne révélait la radiographie de la jambe après la première réduction faite par le docteur C... ;

« Attendu qu'il importe de vérifier si, étant donnés les résultats de cette première intervention, tels qu'ils étaient démontrés par la radiographie, la nouvelle réduction opérée par l'intimé s'imposait, d'après les règles de l'art médical ;

« Attendu que les experts désignés par le premier juge n'ont pas donné des motifs d'ordre technique suffisamment précis pour justifier leurs conclusions sur cette première question ;

« Attendu que, pour répondre sur les autres points sur lesquels ils avaient à donner leur avis, les experts ont invoqué principalement des principes de discrétion et de conscience, semblant, dans leur thèse, prédominer les questions d'ordre technique ;

« Attendu que la responsabilité des médecins, comme celle des autres citoyens, dérive des mêmes règles légales ;

« Qu'il appartient exclusivement au juge de fonder sa décision en tenant compte des faits et circonstances et en appréciant les motifs de conscience souvent délicats à discerner qui ont incité l'auteur à agir ainsi qu'il l'a fait ; que, toutefois, ces motifs ne peuvent prévaloir et ne suffiraient pas pour dégager la responsabilité de celui qui aurait commis une faute ou une négligence causant un dommage à autrui ;

« Attendu qu'il est constant que l'intimé, ayant pris connaissance des radiographies faites après l'intervention litigieuse, dissimula à l'appelant l'une d'elles révélant exactement la défectuosité de la coaptation et qu'il ne lui laissa voir qu'une autre épreuve, prise sous un autre angle, d'après laquelle les os fracturés paraissaient mieux remis en place qu'après la première réduction pratiquée par le docteur C... ;

« Attendu que l'appelant fait grief à l'intimé de l'avoir, de cette façon, induit en erreur sur la gravité de sa blessure et sur les prévisions des conséquences de celle-ci ;

« Attendu que l'on peut admettre que, dans les cas graves, le médecin peut et doit considérer les épreuves radiographiques comme documents médicaux qu'il a le droit de dissimuler parce que la communication de ceux-ci aggraverait l'état physique du malade et influencerait son état moral en lui enlevant la confiance et l'espoir de guérison ou d'amélioration de son état ;

« Attendu qu'en l'espèce il s'agissait d'une blessure ne paraissant nullement mettre en danger la vie de l'appelant, qui était dans toute la force de l'âge et de constitution robuste ; que la communication de la radiographie, commentée avec tact et discrétion comme il convient, par le médecin, ne pouvait présenter pour le blessé aucun inconvénient grave ; qu'il n'y avait donc pas de motif suffisamment plausible de lui cacher les résultats défavorables de l'Intervention litigieuse et de ne pas lui faire prévoir avec ménagement les conséquences de la coaptation défectueuse, telle qu'elle était révélée par la radiographie ; qu'il importait d'autant plus de le renseigner sans lui dissimuler l'état réel, qu'il s'agissait d'un blessé qui n'avait autour de lui aucun parent auquel le médecin aurait pu faire connaître la situation et ses prévisions ;

« Attendu qu'il est donc très vraisemblable, ainsi que le soutient l'appelant, que si celui-ci avait connu l'état réel de la fracture à la suite de l'intervention de l'intimé, il aurait pris la décision d'appeler en consultation quelque autre chirurgien pour aviser aux mesures à prendre et contrôler le traitement de l'intimé, mais qu'il s'en abstint parce qu'il croyait à sa guérison parfaite, ayant été induit en erreur par l'exhibition de l'épreuve radiographique qui lui fut montrée par l'appelant ;

« Attendu que, à raison de ces circonstances, il échet de faire vérifier avec plus de certitude et de précision si, après les résultats de la réduction opérée par l'intimé et les constatations radiographiques postérieures à celle-ci, il ne paraissait pas utile, d'après les règles de l'art médical, de pratiquer une nouvelle intervention pour tenter d'obtenir une coaptation plus parfaite ou, à défaut de ce faire, d'instituer quelque autre traitement, d'usage courant à cette époque, destiné à prévenir ou à atténuer le raccourcissement et la déviation du membre. »

La Cour a, en conséquence, nommé trois experts qui :

« 1° Vérifieront et diront si, après le résultat de la réduction pratiquée par le docteur C..., la réduction faite postérieurement par l'intimé paraissait nécessaire, tout au moins utile et conforme à l'enseignement de l'art médical ;

« 2° Rechercheront et déclareront si, après que furent révélés par les radiographies les résultats de la réduction opérée par l'intimé, il était utile ou non de tenter une nouvelle intervention, qui aurait pu produire une coaptation plus parfaite des os fracturés ;

« 3° Dans l'hypothèse où les experts seraient d'avis qu'il n'y avait pas lieu de recourir à une nouvelle intervention, ceux-ci auraient à dire si, d'après les règles de l'art, d'usage pratique et courant à l'époque, il n'y avait pas lieu d'ordonner un autre traitement que celui prescrit par l'intimé en vue de prévenir et d'atténuer plus efficacement le raccourcissement et la déviation de la jambe de l'appelant pour, le rapport déposé, être conclu ensuite par les parties et statué par la Cour comme il appartiendra. »

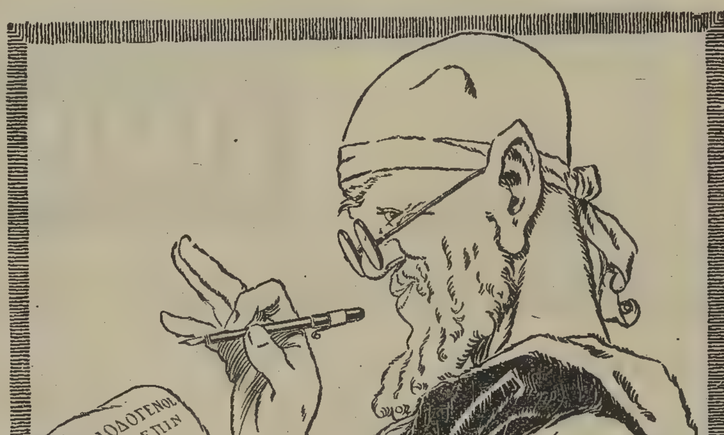
H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Manuel de petite chirurgie et de technique médicale journalière (3e édition), par P. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Alger, et P. SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médcine de Montpellier. 3e édition entièrement revue. In-8 raisin de 928 pages avec 507 figures dans le texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les processus de désintégration nerveuse, par le docteur Ivan BERTRAND. Préface du professeur Pierre MARIE. Un vol., 209 pages, avec figures. — Paris, Masson et Cie.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — MM. les externes sont avisés que la liste des places vacantes pour le 1er mars 1924 sera affichée deux jours avant chacune des séances de répartition d'externes.

— HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Cinq places d'externe sont actuellement vacantes dans le service temporaire de médecine générale de la Salpêtrière (M. le docteur Flandrin). — S'adresser au Service de santé.

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS. — *Concours de l'internat.* — *Ecrit.* — Questions sorties : « Hernie inguinale étranglée. Cirrhoses du foie. Rétention placentaire. »

Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Derancourt et Garrin;

Internes provisoires : MM. Gallois et Person.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANCY. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Créhange, Chatelain, Francfort, Hoche, Hartemann, Rény (P.), Rény (J.), Lévy (Gaston).

Internes provisoires : MM. Simon, Cornu, Carrot, Winstel, Sénicourt.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par la nomination de MM. Giraud, Morel, Franchimont, Chaumette, Chalnot, Carillon, Mosinger, Colesson, Jochum, Louyot (J.), Colson, Louyot (D.), Valory, Aubertin, Brausch, Lucien.

Externes à la suite : MM. Sadler, Cosserat, Crunel.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination de deux chefs de laboratoire d'électroradiologie de Rouen s'ouvrira le 13 février prochain, à l'hôpital de la Pitié, à Paris.

Font partie du jury : MM. Roullard, président, membre de la Commission des hospices, et les docteurs Halipré, Seyer (de Rouen), et Delherm, Ménard, Bouchacourt, chefs de laboratoire d'électroradiologie des hôpitaux de Paris.

Candidats : MM. Decoularé-Delafontaine, Charpy, Lessertisseur et Saintot.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — M. Veluet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours d'histologie.

M. Perdoux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et médecine opératoire.

— REIMS. — M. Bouvier, chef des travaux de physiologie, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Jacquinet, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Colleville, admis à la retraite.

Sont chargés des cours ci-après désignés :

MM. Landry, suppléant, anatomie; Quinquaud, préparateur au Collège de France, physiologie.

M. Landry, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— RENNES. — Sont chargés des fonctions de chefs de travaux :

MM. les professeurs Caille, travaux biologiques et chimiques; Castex, travaux de physique médicale; Houlbert, travaux de micrographie; Lefeuvre, travaux de physiologie; Lenormand, travaux de chimie pure.

— ROUEN. — M. Lecaplain, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, d'un cours de parasitologie.

M. Guillaume, suppléant des chaires de physique et chimie, est nommé professeur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Mesnard, décédé.

M. Richard, professeur de physique, est chargé, en outre, jusqu'à la désignation d'un nouveau titulaire, des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— TOURS. — M. Guillaume, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours d'anatomie.

M. Vialle, professeur de bactériologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de bactériologie.

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES. — M. le docteur Jacques, professeur de thérapeutique et de pharmacodynamie, atteint par la limite d'âge a été nommé professeur honoraire. M. le docteur Edgard Zunz, professeur ordinaire, a été appelé à le remplacer.

M. le docteur Robert Danis, chargé de cours à la Faculté de médecine, a été élevé à l'ordinariat.

M. le docteur A. Dalcq, assistant, a été nommé chef des travaux d'anatomie et d embryologie.

Ont été nommés agrégés, les docteurs spéciaux : MM. Henri Renauld-Capart, Paul Spehl, Jacques de Harven, Paul Govaerts, Adrien Lippens, Marcel Danis, Oscar Weill, André Gratia, Eugène Van de Put, Marcel Lefèvre de Arric et Jules Moreau.

Le mandat d'assistant de M. le docteur Paul Spehl a été prorogé jusqu'à la fin de l'année académique 1923-1924.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Officiers rayés des cadres.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-major de 1re classe Castex.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de 2e classe Medieux.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors ou aides-majors Truffet, Fage, Franceschi, Koenig, Durand, Vailhe, Pillard et Gaffeau.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Müller (de Nicosie-Chypre), Saïas (de Salonique), Schwob (de Genève).

(Au titre étranger.) M. le docteur Bassim (Libanais).

GUERRE. — Un concours sera ouvert, le 8 avril 1924, pour l'admission à l'emploi d'infirmières des hôpitaux militaires (cadre permanent). (Voir *J. O.*, numéro du 19 janvier 1924, p. 631.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le médecin inspecteur Rigollet.

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Clapier (Gabon), Le Vilain (Tamatave), Castelli (Nice).

Médailles d'argent. — Mlle le docteur S. Broïdo (Maroc), MM. les docteurs Bui-van-Quy (Yuannanfou), Baus (Dakar), Bouron (Bamako), Bonau (Tunis).

Médailles de bronze. — MM. Mantelin, interne des hôpitaux de Lyon; Christy, externe des hôpitaux de Lyon.

MM. Escande, Mathieu, Briault, Clément, Wauthier, Mlles Reitlinger et Nageotte, externes des hôpitaux de Paris.

MM. Lemonnier, Boulanger-Pillet et Fatou, internes des hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs Trarieux (Ben-Gardane), Tran-Dinh Que (Indo-Chine), Razanamahefa et Rabenjoro (Tananarive), Bauvallet (Grand Bassam), Houillon (Côte-d'Ivoire).

MM. Amadou-Dia (Tiranouane), Abdoulaye Seck (Saint-Louis), Lafforgue et Fernandez (Dakar).

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — Les Journées médicales de Bruxelles auront lieu les 29 et 30 juin, 1er et 2 juillet. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Beckers, 36, rue Archimède, Bruxelles.

FILMS CHIRURGICAUX DU DOCTEUR VICTOR PAUCHET. — *Amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer. Court-circuit intestinal (iléo-sigmoïdostomie)* : Société des chirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes, vendredi 1er février 1924, à 17 h. 15.

— *Colectomie totale pour dolichocôlon. Kyste de l'ovaire. Kyste de la thyroïde., Transfusion du sang* (par le docteur Bécart) : salle des séances de la Société de médecine, 51, rue de Clichy, mardi 12 février 1924, à 17 heures.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le docteur Genevrier fera, à partir du samedi 2 février, une série de conférences pratiques sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose, avec présentation de malades et examen radioscopique.

Ces conférences, gratuites, auront lieu tous les samedis, à 4 h. 1/2, 191, rue de Vanves (Autobus : Plaisance-Hôtel-de-Ville).

NOUVELLE REVUE. — Nous recevons le premier numéro d'un beau magazine scientifique édité par MM. J.-B. Baillière et fils.

La Science moderne, qui paraîtra mensuellement, est destinée au grand public et nous ne doutons pas qu'elle reçoive le plus favorable accueil

Le premier numéro contient des articles de MM. Bigourdau, Olmer, Guillet, Nicolardot, A. Lumière, Wéry, Le Gavrian, A. Broca, Montpetit (de Montréal) et Defos du Rau. Ce sont des noms qui dispensent de tout commentaire.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

Le manganèse est infiniment utile dans ces états anémiques ou dystrophiques — qu'il soit employé sous forme de tablettes de mangaïne (bi-oxyde de Mn) qui donnent d'excellents résultats, ou par utilisation d'un sel de manganèse officinal glycérophosphate, carbonate, etc.).

De grosses doses sont inutiles.

Trois à six centigrammes par jour suffisent d'un sel soluble, un peu plus d'un sel insoluble — soit deux tablettes de mangaïne. Au surplus : repos, grand air, alimentation *comme on pourra.*

Il n'est pas du tout exceptionnel de voir la fillette, ou le gamin, changer d'aspect, d'allure, etc., en deux ou trois semaines. (CAMESCASSE *La Clinique*, juillet 1923.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE

M. Duboys-Fresney, député, expose à M. le ministre de l'Hygiène qu'une commission interministérielle présidée par M. Strauss, sénateur, a été instituée, en 1921, dans le but de rechercher les conditions dans lesquelles il était possible de réglementer les études dentaires, et lui demande si cette commission s'est réunie, si son fonctionnement a donné des résultats et, dans le cas de l'affirmative, quels sont ces résultats. (*Question du 12 déc. 1923.*)

Réponse. — Bien que la question posée par l'honorable député rentre dans les attributions de M. le ministre de l'Instruction publique, le ministre de l'Hygiène n'hésite pas à répondre en raison du rôle qui lui incombe pour l'exercice de la profession dentaire. La commission interministérielle d'études chargée d'examiner les moyens d améliorer l'enseignement dentaire n'a tenu qu'une séance, le 12 décembre 1921, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur. Des raisons diverses ont contribué à l ajournement des travaux de la commission. (*J. O., 18 janv. 1924.*)

LE PREMIER JOURNALISTE MÉDICAL

ET SES MULTIPLES AVATARS

Par le docteur CABANÈS.

Il s'appelait Nicolas de Blégny. Il est superflu de dire qu'il avait usurpé la particule, se disant faussement issu de la très noble et très ancienne maison de Blégny. Or, Blégny est un petit village du département de la Haute-Marne, dans l'arrondissement de Chaumont, dont le madré compère semble avoir emprunté le nom, pour forger le sien.

D'aucuns le font naître à Paris, sans preuve décisive, d'ailleurs. La date de sa naissance n'est pas moins controversée : a-t-il vu le jour en 1652 ou en 1659, les avis sont divergents. Son père était, nous dit-on, maître apothicaire ; sa mère, « une bonne bourgeoise de la Champagne pouilleuse » (1).

Il avait débarqué dans la capitale sans sou ni maille; il était venu loger chez un de ses parents, bedeau ou concierge des Ecoles de chirurgie, alors établies dans l'ancien collège de Danville, au coin de la rue des Cordeliers, que le percement du boulevard Saint-Germain a fait disparaître.

On présume qu'il apprit les premiers rudiments de notre art en se glissant furtivement dans la salle où se faisaient les leçons, les opérations et les dissections et, un peu plus tard, en entrant comme compagnon chirurgien chez un barbier tenant boutique.

A en croire un factum, découvert par le docteur Dureau dans les archives de l'Ecole de pharmacie, dénué de toutes ressources, Blégny en aurait été réduit à vendre des allumettes et une eau spéciale pour la destruction des punaises. Des allumettes! cela étonne de prime abord; on les croyait d'invention plus récente. Mais, si nous nous en rapportons à Littré, les allumettes existaient dès le XIVe siècle, et il en est question un siècle plus tard, dans le *Grand Testament*, de Villon.

Blégny fut-il reçu maître en chirurgie? Il n'en existe aucune preuve; ce qu'on sait de plus positif, c'est qu'il suivit, pendant quatre ans, la clinique d'un chirurgien de la Salpêtrière, Antoine Le Duc, qui s'est surtout distingué dans la pratique obstétricale. On possède un certificat de Le Duc, portant la date du 1er août 1674, et qui constate que Blégny a été assidu à ses cours.

(1) Dr Ach. CHEREAU. *Essai sur les origines du journalisme médical français*. Paris 1867.



L'ABBÉ BOURDELOT
Médecin du grand Condé.

En cette même année 1674, Blégny se fit recevoir apothicaire. « Devenir apothicaire était presque aussi difficile que d'arriver chirurgien-barbier. La confrérie des épiciers-apothicaires était aussi florissante que celle des barbiers. Pour le vulgaire, l'apothicaire avait une mission de confiance : il allait en ville au domicile des riches clients, avec un tablier blanc, une seringue dans un fourreau de drap ou de velours, et muni de plusieurs canules, soit en bois, en ivoire ou en argent, qu'il devait employer selon la position du malade, position étant prise ici pour position sociale (1). »

Grâce à l'appui d'un des médecins du roi, et médecin particulier de Condé, l'abbé Bourdelot, la charge de médecin de la Reine (Marie-Thérèse) étant devenue vacante, fut attribuée à Blégny; le brevet lui en fut délivré le 17 avril 1674.

Blégny fut, ensuite, nommé médecin des pauvres de la paroisse Saint-Cosme, ainsi que l'atteste le certificat du curé de cette paroisse, dont l'église était à peu près en face des Ecoles de chirurgie, rue des Cordeliers, presque au coin de la rue de la Harpe.

Entre temps, Blégny s'était logé au faubourg Saint-Germain et s'était marié avec une sage-femme.

Il eut de nombreux démêlés avec les sages-femmes, j'entends celles qui étaient régulièrement reçues. Il se fit nommer procureur-syndic des sages-femmes irrégulières, c'est-à-dire celles qui ne passaient qu'un examen à l'Hôtel-Dieu ou ailleurs, mais n'avaient pas pris leur grade au Collège de chirurgie.

En 1678, Blégny obtenait le brevet de chirurgien privilégié de la Cour; ils étaient quatre, titulaires de ce poste envié. On ne doit pas oublier que les médecins du Roi et de la maison royale étaient dispensés de tout titre universitaire, et que la Faculté n'intervenait jamais dans leur choix. Mais le Roi s'en rapportait toujours à son archiâtre, qui lui proposait un candidat, que le monarque agréait sans discussion. Blégny avait eu l'adresse de se faire bien venir de Daquin, alors tout-puissant, et dont la recommandation auprès du Roi l'avait grandement servi. Il fut, de même, nommé, presque à pareille époque, chirurgien du corps de Monsieur, frère unique de Louis XIV, aux gages de 1.700 livres. Malgré les appointements de ces diverses charges, Blégny arrondissait ses revenus en tenant boutique de bandagiste-herniaire; il avait établi, place du Collège-des-Quatre-Nations, une « Manufacture royale des bandages », qui devint bientôt très achalandée.

(1) Dr DUREAU. Nicolas de Blégny (extrait du *Bulletin de la Société historique du VIe arrondissement*, janv.-juin 1900).

Blégny avait inventé plusieurs appareils de suspension et de contention; mais il a surtout perfectionné ceux qui existaient avant lui. On lui doit un livre sur « l'Art de guérir les hernies ou descentes de toute espèce dans les deux sexes », que Malgaigne n'a pas dédaigné de mentionner.

C'est deux ans après cette publication qu'arriva, à notre personnage, une mésaventure qui faillit mal tourner pour lui. Nous en empruntons le récit à notre regretté confrère et ami, Dureau.

Les cadavres, très rares à cette époque, je parle de ceux délivrés, pour les études anatomiques, à la Faculté, au Collège de chirurgie et au Jardin du Roi, ne pouvaient être distribués qu'à ces trois établissements.

Blégny, qui donnait des leçons aux sages-femmes de son syndicat, avait, de concert avec un chirurgien nommé Desnoues, fait enlever le cadavre d'un enfant. La Faculté fut prévenue et envoya un huissier saisir le petit cadavre. Cet huissier, accompagné de la maréchaussée, perquisitionna chez de Blégny, et l'on finit par découvrir le petit corps dans une gouttière. Procès-verbal, procès, tout suivit son cours : de Blégny fut condamné, par contumace, à la peine du bannissement, et Desnoues, condamné à être fouetté. Mais de Blégny avait des protecteurs... il appela du jugement, et la peine fut reduite à une forte amende (1).

Un des principaux protecteurs de notre bonhomme fut, nous l'avons dit, le premier médecin du Roi, Daquin, alors au faîte des grandeurs, en attendant de tomber dans une complete disgrâce. Daquin avait tout de suite compris le parti qu'il pourrait tirer d'un homme tel que de Blégny, « assez bien fait, toujours proprement vêtu », qui « parloit et écrivoit très aisément »; en outre, « studieux, inventif et laborieux », mais qui gâtait tous ces avantages par une ambition démesurée et des façons qui sentaient leur charlatan.

Avant d'en venir à la période de sa vie qui fut passablement aventureuse et tourmentée, signalons ce qui constitue, à nos yeux, son principal titre de gloire, ce qui nous a fourni l'occasion de nous occuper du personnage : de Blégny a créé le journalisme médical; c'est notre ancêtre incontestable, et n'aurait-il d'autre invention à son actif, celle-là seule mériterait de garder son nom de l'oubli.

Le premier périodique médical a fait son apparition en 1679, sous le titre de : *Les Nouvelles Découvertes sur toutes les parties de la médecine*, par N. D. B., chirurgien du Roy, maistre et Juré à Paris. Il fut édité par Laurent d'Houry, « sur le quay des Augustins, à l'Image Saint-Jean. »

L'avertissement, placé en tête du premier numéro, nous fait connaître dans quel dessein le journal a été conçu. L'auteur s'est proposé « de recueillir toutes les Descouvertes, les expériences et les observations qu'il pourra recouvrer concernant la médecine, et qu'il trouvera estre, tout ensemble, curieuses, utiles et nouvelles... Le seul moyen qu'il veut employer pour en assurer le succès, est de prier... Messieurs les Médecins, Chirurgiens et Apoticaires, Galénistes ou Chimistes, tant du Royaume que des Pais étrangers, de faire tenir au Libraire, qui en fera la distribution, des mémoires exacts et fidèles de ce qu'ils auront découvert de nouveau, soit en méditant, soit en travaillant, et de leur proposer, pour reconnaissance de leurs soins, les bénédictions qu'ils s'attireront de la part de ceux qui en recevront de l'utilité, et la réputation qu'ils se procureront en faisant connaître leur génie, et en publiant leurs recherches par un moyen si facile ».

Ce nouveau journal devait paraître « vers la fin de chaque mois, en deux cahiers de douze feuillets chacun ». Ces cahiers, « pour être mieux conservés et rendus portatifs », auront « la forme d'un livre in-12 », et pourront être reliés tous ensemble à la fin de chaque année.

Lorsqu'il sera nécessaire d'ajouter des figures au texte, « pour l'intelligence des matières, on les fera graver en taille-douce, le plus exactement qu'il sera possible ».

Le prix des deux fascicules mensuels, qui comprendront douze feuillets chacun, ne dépassera pas cinq sols, somme suffisante pour le remboursement des frais. Il est, toutefois, recommandé aux collaborateurs d'affranchir l'envoi de leurs manuscrits.

Le volume annuel, constitué par l'ensemble des cahiers, ne devait revenir qu'à un écu ; et, tout relié en veau, à trois livres huit sols, « ces sortes de reliures ne coûtant que sept ou huit sols au plus. »

Afin d'éviter les contrefaçons, l'auteur visera chaque cahier de son paraphe, écrit de sa propre main; « et on promet vingt louis d'or à celuy qui indiquera les Libraires, les Imprimeurs, ou les autres gens qui en vendront de contrefaites. » Les contrefacteurs étaient passibles d'une amende de 3.000 livres, dont un tiers revenait au Roi, un autre tiers à l'Hôpital général des Enfants trouvés, le dernier tiers à Blégny lui-même.

Le dépôt légal existait déjà; deux exemplaires devaient être remis à la Bibliothèque publique : un, pour le Cabinet des Livres du Château du Louvre; l'autre, destiné au Chancelier de France.

Le premier numéro des *Nouvelles Découvertes*, paru au mois de janvier 1679, est consacré au « Fébrifuge du médecin anglais », à base de quinquina ; il y est aussi parlé de l'élixir du sieur Rabel, dont, entre parenthèses, il n'est pas dit grand bien. L'inventeur de ce remède, avec lequel il prétend guérir toute sorte de plaies, a complètement échoué sur « un homme d'environ vingt-cinq ans, robuste et jouissant d'une fort grande santé », qui avait reçu un coup d'épée à la partie supérieure et externe du bras gauche. Pressé de guérir, il a, sur le conseil d'un chirurgien, ami et collègue de Rabel, consulté ce dernier, qu'il a fait « venir, pour cet effet, à son auberge, rue des Vieux-Augustins, à l'enseigne des Quatre-Saisons ». Blégny, qui s'y trouvait, dit-il, par hasard, a vu opérer l'empirique, lequel s'est contenté d'appliquer, sur la plaie, un linge, imbibé d'un vin rouge additionné de quelques gouttes de son élixir; le malade devait boire de cette même mixture, et il fut néanmoins trente-deux jours à guérir; d'où Blégny conclut, assez judicieusement, que cette méthode n'a aucun avantage sur la pratique ordinaire.

Les *Nouvelles Découvertes en médecine* avaient paru sous les simples initiales de Nicolas de Blégny, N. D. B.; la seconde année, celui-ci changea le titre de sa feuille, qui devint : *Le Temple d'Esculape*, ou le dépositaire des Nouvelles Découvertes qui se font journellement dans toutes les parties de la médecine, par Nicolas de Blégny, Chirurgien du Roy, Maistre et Juré à Paris. Ce second volume est placé sous le haut patronage de M. Lisot, « Conseiller du Roy en ses Conseils, Médecin ordinaire de S. M., et Premier Médecin de Monsieur ».

Le premier fascicule de l'année 1680 débute par une série d'Aphorismes, dont les jeunes médecins

(1) Dr Dureau. Loc. cit., 97.

devront s'inspirer, pour régler leur conduite; suit la formule d'un remède contre les fièvres intermittentes, qui consiste en une infusion d'oranges amères dans du vin blanc.

Chaque numéro contient, sous la rubrique de *Nouveautés concernant la médecine et les médecins*, ce que nous pourrions appeler des Informations et Nouvelles. Ainsi nous apprenons que M. Fagon, « docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin ordinaire de la Reyne et professeur au Jardin Royal des Plantes, a esté nommé par le Roy pour remplir la charge de premier médecin de Mme la Dauphine »; que Rabel, l'inventeur du fameux élixir, « est prisonnier à la Bastille depuis quelques jours, « mais on ne sçait pas encore bien pour quelle raison ». On annonce d'autre part, que M. Daquin a succédé à M. de la Chambre, comme médecin ordinaire de S. M.; que « M. Lémery, Apothicaire du Roy, recommence ses cours de chimie, le mercredi treizième du courant (février 1680). Ce même mois, Blégny inaugurait ses Conférences, et à la séance d'ouverture, le savant anatomiste du Vernay, de l'Académie Royale des sciences, prononçait un très beau Discours.

Le numéro de mars du *Temple d'Esculape* nous apporte une nouvelle qui intéresse au plus haut point l'histoire littéraire : il s'agit de la dernière maladie et de la mort de la Rochefoucauld. L'auteur des *Maximes* a succombé à un accès de goutte remontée, dont ni les saignées, ni même le Remède de l'Anglais ne sont parvenus à le guérir. Sans doute, les lecteurs de la feuille de Blégny se sont-ils montrés friands de détails sur cette fin inopinée, car nous trouvons, dans les numéros d'avril et suivants, la relation très circonstanciée de la dernière maladie et de l'ouverture du corps de Mgr le duc de la Rochefoucauld, aussi explicite que nous la pourrions souhaiter pour établir un diagnostic rétrospectif; il s'agit manifestement en l'espèce, ainsi que l'a établi notre collègue, le docteur Henri Bouquet, dans un travail analysé par la *Chronique médicale* (1), d'une pleuro-pneumonie, aggravée par la diathèse goutteuse.



N. DE BLÉGNY.

Dans le dernier fascicule de 1680 du *Temple d'Esculape*, de Blégny avait annoncé que son recueil porterait désormais pour titre : *Nouveautés journalières, concernant les sciences et les arts qui font partie de la médecine.* Ce nouveau Recueil devait être de format in-4, et on en distribuerait régulièrement trois cahiers toutes les semaines, pour le prix de 5 sols. Il devait paraître tous les samedis au matin. Ce projet n'eut pas de suite : par un arrêt du Conseil privé du Roi, les lettres portant permission d'imprimer les *Nouvelles Découvertes en médecine*, accordées à Blégny le 2 février 1679, étaient rapportées, et il était fait « très expresse inhibition et défense à tous marchands, libraires et autres de vendre ni distribuer la feuille en question ». Blégny s'expatria dès lors en Hollande, à Amsterdam, où il fonda le *Mercure savant*, en 1684, sous le pseudonyme ou avec l'aide de Gauthier, médecin de Niort. Cette feuille eut une existence éphémère; elle n'aurait, à en croire Ed. Fournier (1), duré que deux mois, et se serait arrêtée après son second numéro. Elle donna, du moins, à Bayle, comme celui-ci le reconnaît lui-même, l'idée de la célèbre publication périodique connue sous le nom de *Nouvelles de la République des lettres*, où fut inaugurée la critique littéraire.

A dater de 1684, l'existence de Blégny est une suite d'aventures. Il s'était fait, tour à tour, fabricant de perruques, avait créé un laboratoire de chimie, préconisait quantité de « remèdes merveilleux pour toutes sortes de maux », entre autres, la liqueur de Jouvence, qui « désobstrue les viscères obstrués et rajeunit », et des « eaux odoriférantes et médicinales qui servent aux cassolettes philosophiques, pour parfumer les chambres et guérir les maladies par sympathie ».

Entre temps, il avait été obligé d'opter entre sa profession d'apothicaire et celle de médecin : pourvu du diplôme de docteur de la Faculté de Caen, où il avait été reçu le 8 octobre 1683, il dut céder son officine à un sieur Armand; mais cette cession n'ayant pas été reconnue valable, il eut un procès, suivi bientôt d'une quantité d'autres, car notre bonhomme était très processif.

En 1686, il fut mis à la Bastille, pour avoir dit « des impertinences ». L'année d'après, il publiait le *bon usage du thé, du café et du chocolat, pour la préservation des maladies*.

En 1691, il mettait au jour le *Livre commode des adresses de Paris*, véritable Bottin, où est indiqué « tout ce qui se trouve à Paris de bon à acheter, de curieux à voir. »

L'annonce de remèdes propres à toutes les maladies y occupe quatre grandes pages, et les incrédules pouvaient s'assurer de la réalité des cures annoncées, en demandant au libraire, qui débitait l'ouvrage, les noms et adresses des personnes guéries.

De Blégny avait fondé comme une espèce d'Académie, sous le nom de Société Royale de médecine, qui tenait des conférences publiques, tous les dimanches après vêpres, rue de Pincourt, faubourg Saint-Antoine. Il y avait annexé un Jardin médicinal, en « faveur des médecins, des chirurgiens et des

(1) *Correspondant méd.*, 15 fév. 1908; cf. *Chronique méd.*, 15 mars, p. 194.

(1) Le *Livre commode des adresses de Paris pour 1692*, par Abraham du Pradel (Nicolas de Blégny), par Ed. FOURNIER, t. Ier (Introduction).

opticiens artistes ». Mais il avait fait mieux : il avait établi à Pincourt (c'est-à-dire Popincourt), « dans une grande et belle rue, qui était naguère un hameau, et qui fait maintenant partie des faubourgs de Paris..., entre la porte Saint-Louis et la porte Saint-Antoine », il avait fait bâtir, au milieu de cette rue, une maison qui était une véritable maison de santé, telle qu'on le comprend de nos jours. Les Provinciaux et les Etrangers qui tombaient malades à leur auberge, les bons bourgeois domiciliés même à Paris, étaient assurés de trouver là « un séjour agréable, pour y prendre l'air et de nouvelles forces ». Il y a même, dit un Guide de Paris du commencement du XVIII° siècle, — car la maison existait encore en 1715 — « des dames qui vont y faire leurs couches, pour jouir d'un plus grand repos, et y trouver, plutôt qu'ailleurs, les secours qui, pour lors, sont nécessaires. Il n'y a point de maladies qu'on n'y traite, excepté les maux vénériens... A cela près, on y reçoit tous ceux qui veulent y aller, de quelque condition qu'ils soient. Il y a... des pensions... proportionnées aux moyens des malades qui s'y font porter. On y est même traité à forfait si on le souhaite, et le médecin soir et matin n'y manque point ».

Il n'en coûtait qu'un écu par jour, et même quarante sols, lorsqu'il s'agissait « de fièvres, de pleurésies, et généralement des maladies qui réclament un régime exact ». On ne saurait être plus honnête ni plus accommodant.

Le *Livre commode des adresses* nous renseigne sur les baigneurs et les étuvistes, sur les fabricants d'yeux artificiels, dont l'industrie était prospère, sur les appareils à désinfecter, etc. Nous allions oublier qu'il contient également les noms et adresses des principaux médecins, parmi lesquels Blégny et ses amis n'avaient eu garde de s'oublier: empiriques, chirurgiens, opérateurs pour la pierre et pour les loupes, dentistes et oculistes, accoucheurs et sages-femmes trouvent place dans cet Annuaire, qui a précédé les nôtres de trois siècles.

Comment, malgré tant de talents, notre Blégny vit-il sa carrière brusquement interrompue? On a raconté qu'il s'était attiré les foudres de l'Eglise orthodoxe, en chargeant de conférences, dans sa maison de Pincourt, des ecclésiastiques en révolte contre l'autorité de l'Eglise.

Les ennemis du sieur de Blégny l'accusaient, en outre, d'avoir fait construire un établissement hospitalier sans permission; ce n'est pas la première fois qu'on portait cette accusation contre le malin personnage.

Dès 1687, il avait été condamné à cent livres d'amende, avec défense de récidive, pour avoir tenu dans sa maison de Pincourt une infirmerie publique et y avoir hospitalisé un grand nombre de malades. La police avait opéré une perquisition, et il avait été reconnu que cette infirmerie publique était une pension privée, et que son propriétaire n'y exerçait d'autres œuvres hospitalières que celle « de donner la table, tous les dimanches, à douze pauvres du voisinage, et de distribuer tous les matins quelques remèdes efficaces aux infirmes nécessiteux... qui requéraient son assistance. ».

Cet hôpital, Blégny prétendait en avoir fait don à l'Ordre hospitalier du Saint-Esprit en faveur des soldats des troupes de S. M., et des « pauvres de l'nn et de l'autre sexe, affligez de toutes les espèces de Ruptures et Décentes » (1).

(1) Cf. *Chron. méd.*, 1er janv. 1902, p. 4.

Qu'était cet ordre du Saint-Esprit, dont Blégny se disait « chevalier bienfaiteur et officier capitulaire »? L'origine de cet ordre est très ancienne, et l'on prétend qu'il avait été fondé, dès le Ier siècle de l'ère chrétienne ; il aurait eu « sainte Marthe pour *institutrice*, saint Lazare pour premier Fermier-général, sainte Marie-Madeleine, pour fondatrice de quelques-unes de ses maisons ».

Cet ordre était peu à peu tombé en discrédit, et en 1672, un édit du Roi le déclarait « éteint de fait et supprimé de droit ». Blégny se mit en tête de le restaurer et, en 1692, il provoquait la réunion de solennelles assemblées du chapitre de l'Ordre, se qualifiant lui-même de Commandeur général, d'ancien médecin et administrateur des hôpitaux de la Commanderie. Pour donner confiance aux naïfs à qui il voulait en imposer, il se fit fabriquer un sceau, dans lequel était figuré un agneau triomphant, qui était le signe de l'ordre du Saint-Esprit : il s'était contenté de copier le dessin d'un sceau du XV° siècle ! Blégny s'était réservé de nommer les chevaliers du nouvel ordre, et de leur vendre les diplômes qui les consacraient; il les obligeait à se procurer chez lui les remèdes composés d'après les recettes secrètes des anciens hospitaliers de l'ordre.

Sans doute à la suite de dénonciations, la maison de Pincourt reçut la visite de la police, et l'on découvrit que, sous prétexte de douches et de bains, on s'y livrait aux pires débauches; les traitements médicaux servaient de prétexte à des rendez-vous galants. On aurait même acquis la preuve que Nicolas de Blégny faisait usage de faux documents et avait, notamment, fabriqué de toutes pièces, en 1693, un édit royal qui rétablissait l'ordre du Saint-Esprit (1). Cette fois, la mesure était comble; la maison de Pincourt fut fermée, et Blégny conduit, le 4 juin 1693, à la prison de Fort l'Evêque, située rue Saint-Germain-l'Auxerrois; après quelques mois de détention, il fut transféré à Angers. Il serait resté huit ans prisonnier dans le château de cette ville.

C'est durant son séjour à Angers, que Blégny occupa ses loisirs à composer une sorte de scénario pour un ballet qui ne fut d'ailleurs pas représenté. Nous en connaissons, tout au moins, le sujet : Apollon s'assied sur un trône, entre l'Hymen et la Paix à sa droite, la Gloire et la Renommée à sa gauche; la Victoire est au-dessus de lui, les Divinités prennent place à l'entour, et chacun vient débiter son petit couplet en l'honneur du Roi.

Les Bacchantes, les Saisons, etc., ont leurs entrées marquées par des danses variées, et le tout se termine par une distribution de nectar et d'ambroisie. Il est impossible, dit l'auteur, à qui nous devons la connaissance de ce scénario (2), de pousser plus loin que ne l'a fait de Blégny, la flagornerie envers Louis XIV; c'était, pour lui, prétexte à glisser un placet au Roi, pour obtenir la fin de sa captivité.

Réussit-il dans son entreprise? nous l'ignorons; toujours est-il qu'en quittant Angers, il se serait rendu en Italie, aurait séjourné quelque temps à Naples, et après toutes ces péripéties, aurait enfin trouvé asile en terre papale, à Avignon, où il serait mort, âgé de près de quatre-vingts ans, dans un dénûment voisin de la misère.

(1) Nicolas de Blégny et l'Ordre du Saint-Esprit, par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL (*La Revue héraldique*, 25 août 1905).
(2) Cf. *Bull. histor. du VI° arrond.*, 1901. article de M. HERBERT.

Aurons-nous le courage de porter un jugement sévère sur cette manière d'aventurier, et ne mérite-t-il pas notre indulgence pour l'ingéniosité, pour l'esprit inventif dont il fit preuve, en créant la première Société de médecine, le premier Bottin, le premier Annuaire, la première maison de santé, le premier journal médical? Combien en pourrait-on nommer qui, aussi en avance sur leur temps, comptent tant d'innovations, tant d'inventions originales à leur actif?

LETTRE D'AMÉRIQUE

Dans ma dernière lettre (1), j'ai essayé d'esquisser à grandes lignes les principes fondamentaux qui ont conduit à la découverte de l'*insuline* et aussi de faire entrevoir les possibilités qu'un tel remède offrait au point de vue clinique. Naturellement les travaux sur l'insuline ont été nombreux dans ces derniers mois; néanmoins, il est encore trop tôt, beaucoup trop tôt, pour prétendre que la question est au point. De ce qui a été dit récemment sur l'insuline, retenons l'affirmation de Macleod qu'elle est peut-être encore plus intéressante comme agent d'étude physiologique du métabolisme que comme moyen thérapeutique et la déclaration d'Allen que le fait le plus remarquable de l'insuline, c'est qu'elle introduit la *première note positive* dans un traitement jusqu'ici complètement négatif. Elle ne dispense pas des prescriptions diététiques; au contraire, celles-ci doivent être plus rigoureusement observées et calculées que jamais. Mais l'avantage de l'insuline réside dans le fait qu'il n'est plus besoin d'affamer littéralement le malade pendant de longues périodes pour faire disparaître le sucre de l'urine, périodes pendant lesquelles il est de toute nécessité qu'il soit hospitalisé et ne travaille pas. Avec l'insuline, on peut calculer le nombre de calories qu'il faut pour une vie normale, donner en aliments ce nombre de calories et compter sur l'insuline pour que ces calories soient utilisées de façon normale, au lieu de produire de l'hyperglycémie. L'avantage pour tous ceux qui ont à gagner leur vie est évident. Toutefois, répétons encore que les calculs doivent être faits avec soin et que la surveillance médicale doit être incessante. On ne saurait trop se défier des procédés qui ont soi-disant pour but de mettre le traitement à la portée de tous; tels les suppositoires à l'insuline dont il suffirait d'avoir une boîte dans sa poche pour pouvoir manger de tout. Dans une grande ville de l'Ouest des Etats-Unis, un citoyen important reçut de son médecin, mal informé et désireux de plaire au client, la permission de manger ce qui lui plairait. Un désastre fut évité à grand'peine et ce fut l'insuline qui reçut le blâme.

Une autre substance qui semble promettre des résultats intéressants, c'est la *tryparsamide*, le sel sodique de l'acide N-phényl-glycineamide-p-arsonique, contenant, à l'état desséché, 25,32 p. 100 d'arsenic pentavalent. C'est surtout un agent typanocide, mais il a aussi des propriétés spirochéticides. Il a été employé contre la maladie du sommeil et s'est montré là l'égal de toute autre substance. Dans les stages précoces de la syphilis, il est inférieur aux arsphénamines et ne doit pas être employé à leur place. Mais le fait véritablement remarquable est la faible toxicité de ce composé arsenical. Pearce et Brown ont vu varier la dose fatale entre 0g75 et 2g75 par kilogramme, ce qui, en prenant le chiffre le plus faible, serait, chez un homme de 60 kilos, 45 grammes contenant 12 grammes d'arsenic; 5 grammes peuvent être administrés en une seule fois, sans inconvénients autres qu'une amblyopie transitoire. Lorenz, Lœvenhart, Bleckwenn et Hodges l'ont employée par voie intraveineuse, à la dose de 3 grammes, une fois par semaine, dans la paralysie générale et déclarent avoir obtenu des résultats supérieurs à ceux de n'importe quelle autre méthode. Une forte proportion de leurs malades ont quitté l'asile et repris une vie active. Toutefois, la tryparsamide semble avoir une certaine affinité pour le nerf optique et il faut être prudent. Dans les cas où il est jugé nécessaire de faire passer une forte proportion d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien, la tryparsamide semble bien être la substance à employer.

Ceci m'amène à dire un mot des substances les plus employés ici dans le *traitement de la syphilis*. Les prétendues découvertes soi-disant moins toxiques que l'arsphénamine, ou pouvant être administrées en injections intramusculaires indolores, sont fort nombreuses : pourtant aucune d'elles n'a réussi à détrôner l'arsphénamine (type 606) qui reste l'agent le plus puissant, mais aussi le plus toxique, ni la néoarsphénamine (type 914) qui reste l'agent le plus facile à employer, et celui que le malade accepte le mieux. L'arsphénamine argent, d'origine allemande, a été beaucoup employée : elle a été trouvée égale aux autres arsphénamines au point de vue clinique et inférieure à elles au point de vue sérologique : son avantage principal étant l'absence générale de réactions après son emploi. Les sels de bismuth, solubles et insolubles, commencent à être employés, et quelques-uns étudient l'influence thérapeutique possible de substances non spécifiques. Tout récemment, Kober, un des collaborateurs de Schamberg, a déclaré que toutes les néoarsphénamines employées jusqu'ici, contenaient une forte proportions d'impuretés (alcool méthylique, etc.) et que c'était à ces impuretés que certaine marque, qu'il n'est pas besoin de nommer pour la faire reconnaître, devait sa grande solubilité. Il a préparé une néoarsphénamine pure, où la proportion d'arsenic est la même que dans le salvarsan, et qui, par conséquent, lui correspond poids pour poids. Si le seul avantage de ce produit, naturellement plus cher, est de réduire de 33 p. 100 le poids de la poudre à dissoudre, ceux qui ont donné ensemble des millions d'injections d'arsphénamines « impures » sans résultats fâcheux auront le droit de demander de plus amples renseignements avant d'abandonner leurs marques favorites.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 89, p. 1428.

L'état dyspeptique, par le docteur Léon MEUNIER. In-8 écu de 126 pages avec 44 figures et 1 schéma. (Collect. méd. et chir. prat.) — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les jumeaux, par le docteur APERT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-18. (Biblioth. des connais. médic., dirigée par le docteur APERT.) — Prix : 7 fr. 50. — Paris, E. Flammarion.

ACTUALITÉS

L'HÉLIOTHÉRAPIE ARTIFICIELLE (1),

L'héliothérapie naturelle est une thérapeutique difficilement utilisable et peut-être considérée, selon Dufestel, comme « un médicament de riches » étant donné qu'elle ne peut être réellement bienfaisante que lorsqu'elle est pratiquée dans les régions vraiment favorables à la crise solaire : de plus, il lui reproche avec Pech de Montpellier, de ne pas permettre la mesure de ses éléments. A l'heure actuelle, Dufestel soutient qu'aucune des conditions primordiales pour utiliser pratiquement les rayons solaires n'est remplie.

Dans l'héliothérapie artificielle toute la gamme des radiations peut être étudiée.

Il n'y a en réalité dans la radiation solaire que deux éléments utilisables, en laissant de côté la lumière qui n'est qu'une sensation du nerf optique et qui peut être obtenue à l'aide de n'importe quel excitant électrique, mécanique ou chimique, agissant sur ce nerf :

1° L'action thermique utilisée en thermatologie;
2° Et l'action chimique utilisée en actinothérapie.

Les rayons calorifiques sont les rayons les moins réfrangibles comportant des rayons infra-rouges obscurs et des rayons visibles ou chaleur radiante lumineuse; ils ont pour caractère principal d'être extrêmement pénétrants; on a pu retrouver leur présence après leur avoir fait traverser le corps humain et il a été possible aussi de mesurer la différence d'intensité à l'entrée et à la sortie, c'est-à-dire de connaître approximativement la quantité d'énergie absorbée; ces radiations sont surtout absorbées par les liquides aqueux : le plasma cellulaire, le sérum sanguin, les épanchements pathologiques des séreuses.

Les radiations calorifiques produisent une vasodilatation et une élévation de la température locale.

Carl Soune de l'Institut Finsen a montré que la chaleur lumineuse pouvait faire supporter à la peau de l'avant-bras sans brûlure une quantité de chaleur de 5,11 calories par centimètre cube et par minute, tandis que cette même surface ne peut supporter dans les mêmes conditions que 1,79 calories d'infrarouges internes et 1,33 calories d'infrarouges externes; il conclut que la température du sang, de la peau et des tissus sous-cutanés est de plusieurs degrés plus élevée (max. 5°8) en employant la lumière visible qu'avec les infrarouges seuls. Grâce à ce mode d'action, les Américains ont paraît-il utilisé avec succès la « chaleur radiante lumineuse » au traitement des maladies aiguës.

De nombreux moyens peuvent être employés pour produire ces radiations qui se trouvent dans le spectre aux environs de 59,70, c'est-à-dire dans le rouge à l'extrême limite du spectre visible; les plus simples sont ceux qui transforment l'électricité en chaleur. Le réflecteur parabolique « Calor » que l'on peut approcher ou éloigner du centre de l'ampoule, permet une concentration variable du rayonnement; ceci pour les irradiations générales avec une lampe 1/2 watt de 2000 bougies; pour les traitements locaux une lampe de 600 bougies suffit. On peut aussi sélectionner les radiations en ajoutant un verre rouge comme filtre pour éliminer à coup sûr toutes les radiations chimiques dans les cas où toute irritation de la peau doit être évitée.

Certains auteurs n'emploient que l'infrarouge, ils utilisent différents filtres : soit une mince plaque d'ébonite, soit une feuille métallique, soit un filtre en verre iodé.

La *technique* en est très simple; le malade est placé à environ 0,80 à 1 mètre de la lampe, et l'irradiation peut atteindre dès la première séance une heure de durée. Dans certains cas on aura recours aux irradiations mixtes (thermiques et chimiques). Un procédé simple consiste à asseoir la malade sur un tabouret entre les deux sources et à lui faire faire face successivement à l'une et à l'autre lampe toutes les cinq minutes.

Pour obtenir des rayons actiniques on emploie universellement aujourd'hui l'arc électrique et surtout l'arc électrique entre métaux. Les appareils les plus employés actuellement utilisent comme source l'arc à vapeur de mercure.

1° Parce que la source actinique produite par l'arc traverse la vapeur de mercure;
2° Parce que l'arc devant jaillir en milieu clos on adapte une enveloppe de quartz transparente aux rayons ultraviolets.

Quel que soit le modèle de lampe employé, la partie essentielle en est le brûleur. La puissance optima semble être un brûleur absorbant environ 900 watt-heures et donnant à peu près 3.500 bougies.

Il est préférable de fonctionner sur courant alternatif.

Les propriétés des rayons ultraviolets sont suivies et puissantes, ils possèdent :

1° Des réactions catalytiques; ils produisent avec une remarquable facilité dès la température ordinaire les combustions que la chaleur ne produit qu'au rouge;
2° Des réactions de polymérisation; l'oxygène de l'air sous l'influence des rayons chimiques devient O^3; les carbures d'hydrogène se polymérisent également;
3° Des réactions de photolyse; la photolyse décompose la plupart des corps organiques isolants et donne les mêmes produits de décomposition quel que soit l'état physique du corps;
4° Des réactions d'équilibre. La lampe à vapeur de mercure sans catalyseur réalise toutes les réactions de la synthèse chlorophyllienne et cela en dehors de l'intervention de la matière vivante.

Si l'on veut éliminer les rayons de trop courte longueur d'onde il y aura lieu d'employer des filtres. Le seul filtre actuellement au point est le filtre Uviol qui coupe le spectre au niveau de 2 800 A.

Comme appareil de mesure l'auteur mentionne l'ampoule photo-électrique de M. Belin, employée par lui dans ses expériences sur la télévision. En remplaçant dans cet appareil l'enveloppe de verre par une enveloppe de quartz et en étudiant une série de filtres, on peut espérer posséder un instrument de mesure qui permettra la confrontation des résultats.

L'action à distance des rayons actiniques existe certainement et Schutz dit que le pouvoir de pénétration de la lumière ultraviolette dans la peau est beaucoup plus fort qu'on le supposait jusqu'ici.

Le traitement doit être général, l'action locale n'étant réservée que pour obtenir des effets destructifs.

Les rayons de courte longueur d'onde agissent sur l'homme par de nombreux mécanismes : baisse de la tension artérielle, augmentation des globules rouges, action analgésiante, hémostatique, etc.

Il est avantageux de faire étendre les malades sur un linge blanc et d'opérer dans une salle peinte en blanc. Les yeux de l'opérateur et du malade doivent être protégés; les irradiations doivent être progressives. Un sujet déjà pigmenté pourra supporter d'emblée des doses beaucoup plus considérables qu'une peau blonde ou rousse. Le mieux est d'adopter pour les premières séances une technique uniforme; par exemple en se servant d'un brûleur puissant (alternatif, 3.500 bougies, 150 volts lampe, type Quartz transparent) deux minutes à 100 centimètres sur chaque face; suivant la réaction que le malade accuse deux jours après, le médecin peut fixer la progression des doses (en principe il ne faut pas faire une nouvelle séance sur une peau encore en puissance d'érythème. Vers la huitième ou onzième séance on arrive à une séance d'une heure qui est la durée moyenne des séances; la distance habituelle est de 60 centimètres. Le plus souvent trois séances par semaine ou même deux suffiront.

Le nombre des séances varie de dix à soixante selon la gravité des affections.

On note après la première séance une légère rougeur de la peau; elle disparaît au bout de deux à trois jours pour faire place à la pigmentation.

Les *indications* de l'héliothérapie artificielle sont très étendues. Les tuberculoses pulmonaires, du larynx, du péritoine, des ganglions, des reins, en sont tributaires. Le lupus est une des indications les plus anciennes des rayons ultraviolets.

Parmi les manifestations de la syphilis les plus favorablement influencées sont l'anémie secondaire et l'alopécie en clairière.

(1) *L'héliothérapie artificielle*, par M. L.-G. Dufestel. 2e édition, 1 vol. in-12 de 230 p., avec 17 fig. Prix : 12 fr. — Paris 1924, A. Legrand.

Les spécialistes ont remarqué que cette thérapeutique augmentait le péristaltisme intestinal; il rend les plus grands services dans les cas de constipation chronique; dans les névralgies ce sont surtout les sciatiques qui sont favorablement influencées par des séances courtes à 85 ou 75 centimètres de distance.

Les Allemands et les Américains ont fait prendre au traitement du rachitisme par les rayons ultraviolets une extension considérable.

L'héliothérapie artificielle favorise la cicatrisation des plaies. Le docteur Charles Benoit a mis au point une technique très précise. Les tuberculoses osseuses sont aussi très favorablement influencées par cette thérapeutique; on l'emploie également avec succès en gynécologie.

En dermatologie certaines affections décourageantes, les eczémas chroniques, les affections pustuleuses de la peau, le psoriasis, les nævi peuvent être améliorés par l'actinothérapie.

Les appareils employés sont la lampe de Krohmayer, la lampe de Lesioneck, la lampe de l'Hervittic Electric, la lampe du docteur Vignard, la lampe Lumière, les lampes Gallois, les appareils de la Société du Quartz transparent.

DELHERM et Mme GRUNSPAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1924)

Un cas d'encéphalite épidémique à localisation bulbo-protubérantielle. — MM. F. RATHERY et R. KOURILSKY. (A propos de la communication de M. Clovis Vincent.) La malade, âgée de trente-huit ans, entre à l'hôpital pour une paralysie faciale droite totale datant de quarante-huit heures. On constate, en outre, des contractions fibrillaires très marquées au niveau de nombreux groupes musculaires.

L'affection avait débuté quinze jours auparavant par des malaises, des crampes, des fourmillements dans les jambes et dans les bras; pas de fièvre. Six jours après la paralysie faciale droite, survient une paralysie faciale gauche totale et du trismus, quatre jours ensuite, de la paralysie du voile fait son apparition et les troubles de la parole s'accentuent, au bout de cinq jours s'installe une paralysie récurrentielle totale gauche et on note une disparition complète des réflexes tendineux des membres. Des accidents broncho-pulmonaires emportent la malade. Les résultats des inoculations au lapin, pratiquées avec la collaboration du docteur Harvier et la description des lésions anatomo-pathologiques seront publiés ultérieurement.

Rapport. — M. LEMOINE fait un rapport au sujet du prix Legendre décerné à MM. Ledoux et Marcel Sieur.

Palogrammes. — M. GILCASARIS présente une série de palogrammes intéressants par les renseignements fournis notamment dans les arythmies et l'insuffisance aortique. Cette méthode graphique mécanique fournit des détails qui sont de l'ordre de ceux de l'électrocardiographie dans la tachysystolie auriculaire.

Présentation d'un cas de paralysie du nerf cubital par compression, chez un nourrisson de quatre mois, couché à côté de sa mère. — M. VARIOT.

Néphrite scarlatineuse azotémique pure. Confusion mentale. Myosis. Hypothermie. Cheyne-Stokes. Symptômes méningés. — MM. Fr MERKLEN, HIRSCHBERG et R. TURPIN ont assisté à l'évolution d'une néphrite aiguë scarlatineuse dont l'histoire offre des particularités intéressantes. Il s'agissait d'une néphrite purement azotémique, ce qui est rare en cas de scarlatine. Non seulement faisait défaut la rétention chlorurée, mais encore l'hypertension. Ce dernier point surtout est assez insolite. De plus cette néphrite s'est accompagnée d'un syndrome typique de confusion mentale, avec torpeur ou agitation selon ses moments. La confusion a évolué parallèlement à l'azotémie; elle a cédé en même temps qu'elle. On est en droit de conclure que, dans ces circonstances, l'état mental était bien sous la dépendance de l'azotémie; or, on le sait, les accidents psychiques de l'urémie par rétention azotée ne sont pas fréquents.

Par ailleurs, le malade avait du myosis et une hypothermie notable. Ces manifestations doivent par suite relever du même mécanisme de rétention uréique, conformément à la manière de voir de M. Lemierre. Si bien, qu'en définitive on peut, chez un même malade, relever déjà trois symptômes importants d'origine urémique et rattachables, les uns et les autres, à la seule azotémie. Cette constatation offre un intérêt général évident pour l'étude de la pathogénie des symptômes urémiques. Encore convient-il d'établir une discrimination. S'il semble bien, en effet, que le myosis et l'hypothermie s'observent toujours chez des azotémiques les réactions psychiques appartiennent à toutes les modalités d'urémie; tout au moins le fait actuel prouve-t-il, à son tour, la possibilité du rôle exclusif de l'azotémie.

Enfin, il y a lieu de mentionner du Cheyne-Stokes et des symptômes méningés cliniques sans réactions biologiques. Force est de les relier aussi chez ce malade à l'azotémie, donnée d'autant plus à retenir que l'on a beaucoup discuté sur la cause de Cheyne-Stokes.

Granulomatose maligne médiastinale à début pleural. — M. MÉNÉTRIER et Mme BERTRAND-FONTAINE rapportent l'observation d'une malade ayant succombé en six mois à une granulomatose maligne. Le début fut marqué par une pleurésie, puis apparurent des signes de tumeurs médiastinales, sous-cutanée et ganglionnaire en même temps qu'une fièvre irrégulière à grandes oscillations.

Le diagnostic fut fixé, malgré l'absence de prurit et d'éosinophilie sanguine, par l'examen d'un ganglion prélevé par biopsie: un traitement radiothérapique ne put empêcher l'évolution fatale.

L'examen histologique de la tumeur médiastinale, des noyaux sous-cutanés et des ganglions, montre partout la même structure, caractéristique de la maladie: infiltration diffuse et polymorphe de cellules de la lignée lympho-conjonctive: plasmocytes et éosinophytes surtout, avec polynucléaire, lymphocytes et mastocytes en moindre quantité, et présence de cellules monstrueuses dites de Stemberg, qui paraissent être de nature macrophagique et de provenance diverse. En tout cas, les caractères histologiques sont nettement ceux d'une tumeur inflammatoire par hyperplasie locale des divers éléments tissulaires; cette réaction est identique dans les foyers extraganglionnaires et dans les ganglions eux-mêmes et paraît relever de la même irritation par un agent pathogène encore inconnu.

Cette affection est rangée jusqu'à présent dans le groupe des hypertrophies ganglionnaires aleucémiques. Il est illogique de lui conserver l'appellation de maladie de Hodgkin, le mémoire de cet auteur, paru en 1832, treize ans avant la découverte de la leucocythémie, n'ayant aucune raison de se rapporter à des cas de granulomatose plutôt qu'à des leucémies lymphoïdes ou à des lymphadémies tuberculeuses.

Du reste, l'affection n'est pas spécifiquement ganglionnaire: les foyers viscéraux si fréquents ont exactement la même structure que les foyers ganglionnaires, et les auteurs proposent de substituer au terme de lymphogranulomatose, celui, plus général, de granulomatose maligne.

Méningite à méningocoque guérie par la sérothérapie intraventriculaire. — MM. Ch. ACHARD, G. MARCHAL et LAQUIÈRE présentent un homme de vingt-sept ans, entré à l'hôpital au cinquième jour d'une méningite à méningocoque. Traité aussitôt par le sérum injecté dans le rachis et sous la peau, il fut d'abord amélioré, mais après trois jours d'apyrexie presque complète, une reprise survint, bien que la sérothérapie fut continuée. Comme l'identification de la variété microbienne avait été échouée, on ne pouvait employer un sérum univalent. Au treizième (13) jour de la reprise de maladie, on avait injecté, en dix-huit jours, 710 centimètres cubes de sérum trivalent dans le rachis et 510 sous la peau. L'état du malade s'aggravant et les méningocoques persistant dans le liquide, on recourut à l'injection intraventriculaire par trépano-ponction, répétée trois fois en cinq jours: 120 centimètres cubes de sérum furent injectés dans les ventricules et 85 dans le rachis. On peut s'assurer, en colorant le sérum, que les espaces sous-arachnoïdiens communiquaient

librement avec les cavités épendymaires. La guérison fut rapide et se maintient depuis un mois.

C'est à la région frontale, dans la corne frontale des ventricules latéraux que l'injection a été faite. Lewkowiez qui traite systématiquement la méningite cérébro-spinale par l'injection cranienne de sérum, la pratique plutôt dans la région temporale.

Détermination qualitative de l'urobiline dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. M. Chiray et R. Benda rappellent d'abord que quelques travaux, ceux des Américains, en particulier, ont déjà porté sur cette question, mais en la limitant surtout à l'étude de l'anémie pernicieuse et des indications de la spénectomie. Il semble que le problème puisse être envisagé sous une forme beaucoup plus vaste et qu'il se relie directement à la question du cycle organique de l'urobiline en général.

Dans ce premier travail, les auteurs pensent avoir établi une méthode sûre et fidèle pour la détermination qualitative de l'urobiline dans le liquide de tubage duodénal. Les procédés employés avant eux ne leur ont fourni que des résultats douteux ou contradictoires. Avec l'aide de M. le professeur Grimbert et de son préparateur M. Poirot, ils ont établi une technique personnelle qui possède le double avantage d'éliminer complètement les pigments biliaires dont la présence gêne la détermination chimique et surtout spectroscopique de l'urobiline et d'épuiser, sinon la totalité, du moins la plus grande partie de l'urobiline du liquide duodénal.

Sans vouloir en déduire des conclusions trop hâtives, les auteurs signalent les premiers résultats obtenus par cette méthode purement qualitative :

1° Ils ont constaté la présence constante de l'urobiline dans le liquide duodénal à l'état normal (l'absence n'ayant été observée que dans deux cas d'ictère catarrhal, deux cas d'obésité et un cas de leucémie myéloïde).

2° Les variations de l'urobiline duodénale ne paraissent pas parallèles à celles de la bilirubine.

3° L'étude de deux cas d'ictère catarrhal a permis de noter des fluctuations sensiblement parallèles de l'urobiline duodénale et de l'urobiline urinaire, ce qui n'est guère compatible avec la théorie classique de la circulation entérohépatique de l'urobiline.

Leucémie aiguë et tuberculose. — M. Quentin (de Rennes) rapporte, à propos de la communication de M. Aubertin, un cas de leucémie aiguë à évolution atypique ayant évolué en trois semaines avec peu de fièvre, splénomégalie et adénopathie considérables, déglobulisation et ascension rapide du chiffre leucocytaire de 400.000 à 800.000 et enfin au point de vue étiologique des antécédents héréditaires et personnels de tuberculose particulièrement importants.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1923)

Les inconvénients et les dangers de la méthode psychanalytique. — M. J. Laumonier. D'après Freud, les névroses sont dues à des complexes refoulés de teinte sexuelle qui, ne pouvant, par suite de l'opposition d'un émoi, arriver à la conscience, s'expriment par les moyens des symptômes. Pour guérir la maladie, il suffit de partir de ces symptômes et de remonter, à l'aide des associations d'idées, jusqu'au complexe pathogène inconscient. La base de la méthode est donc l'exploration des asssociations d'idées. Mais : 1° La chaîne des idées varie avec les circonstances et le médecin et aboutit, dans le cas d'un même rêve ou d'un même acte, à des complexes différents, d'où incertitude ; 2° pour choisir parmi ces complexes arrivés successivement à la conscience, on ne peut se fier à l'émotion qu'ils provoquent, car beaucoup de névropathes s'émeuvent pour un rien. Freud conseille donc de se laisser aller à l'intuition qui, chez le malade et son médecin, indique le complexe dont la mise au jour doit assurer la guérison. D'où inconvénient grave, car l'intention ne saurait être considérée comme un procédé scientifique sur lequel on puisse compter. A cette incertitude et à cet inconvénient s'ajoute le danger d'une exploration intime et prolongée chez les jeunes filles et les jeunes femmes, lesquelle par ailleurs peut aggraver l'état des scrupuleux et des auto-accusateurs.

MM. Babonneix et Auguste Marie sont d'accord avec l'auteur et reconnaissent comme lui qu'il importe de mettre au point la question du freudisme.

Un nouveau réactif général des alcaloïdes. Le réactif iodostibinique. Son action sur les bases organiques azotées. — MM. Caille et E. Viel ont pu réaliser avec l'antimoine, un réactif analogue à celui de Draggendorf pour le bismuth.

En agissant sur les « solutions concentrées d'amines » leur réactif précipite des iodostibinates cristallosés. En agissant au contraire sur des « solutions étendues d'alcaloïdes », il précipite des iodostibinates amorphes. La formation d'un précipité jaune d'or, dans une solution chlorhydrique d'une base organique azotée, à une dilution supérieure à 1/2.000 caractérise un alcaloïde.

Composition du réactif :

Oxyde d'antimoine Sb^2O^3	5 grammes
HCl pur, d : 1.123	20 c. cubes
K. I	40 c. cubes
Eau distillée .... q. s.	100 c. cubes

Recherches de petites quantités d'antimoine dans les liquides biologiques. — MM. Caille et E. Viel emploient pour la recherche de petites quantités d'antimoine le réactif en deux solutions ci-dessous :

A. Chlorhydrate de quinine ..	1 gramme
Eau	15 c. cubes
Acide chlorydrique pur....	quelques gouttes
B. KI....................	2 grammes
Eau .... q. s.	15 c. cubes

On mélange A et B à volumes égaux au moment de s'en servir.

Autre formule de conservation indéfinie et en une seule solution :

Antipyrine..................	1 gramme
KI..................	2 grammes
Eau distillée..................	30 c. cubes

Les auteurs préfèrent cependant la première formule en deux solutions.

Le précipité que donne ce réactif avec l'antimoine est jaune d'or, seul spécifique, car le réactif donne encore avec le BI un précipité rouge ; avec le Hg, un précipité blanc ; avec Fe, un précipité rouille ; d'où nécessité de ne pas employer pendant les manipulations des objets en fer et de n'avoir que des liquides biologiques, exempts de sang.

Technique pour l'examen des liquides biologiques. — 100 centimètres cubes d'urines ou 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien (exempt de sang).[1]

a. Evaporation à sec, au B. M. dans capsule de quartz.

b. Incinération au four à moufle.

c. Destruction de matière organique par quelques gouttes de NO^3H fumant sur la capsule chaude.

Evaporation à sec.

d. Cendres dissoutes dans 3 centimètres cubes d'HCl au 1/5.

e. 2 centimètres cubes de ce liquide filtré : 1 centimètre cube de réactif.

L'antimoine révèle sa présence par le précipité jaune d'or.

Service de santé de l'armée à l'intérieur (1),

Cette nouvelle édition du volume LXXX (règlement du 25 novembre 1889 sur le service de santé, avec ses 37 notices-annexes) est mise à jour de toutes les décisions parues jusqu'au 29 octobre 1923. Elle contient donc toute la réglementation actuellement en vigueur en la matière et que doivent connaître officiers, médecins, officiers gestionnaires gérants d'annexe et autorités ayant à s'occuper de questions d'hygiène ou de santé.

(1) Vol. LXXX, mis à jour du 23 octobre 1923. Prix : 7 fr. 50. Paris, Limoges, Nancy, Charles-Lavauzelle et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU ROCHER

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS. — Les fractures du rocher, rares de façon absolue, sont les plus fréquentes des fractures du crâne.

Deux faits expliquent cette relative fréquence : la situation et la structure du rocher.

1° La situation du rocher fait de cet os l'un des arcs-boutants de la base du crâne.

2° Le rocher, solide en apparence, est en réalité creusé de multiples cavités (oreille, canaux de Fallope, canal carotidien, trompe osseuse).

L'expérimentation montre que, pour des violences d'intensité moyenne, les traits de fracture irradiés de la voûte à la base suivent les entre-boutants et les points faibles des arcs-boutants.

Suivant le point d'application du traumatisme, trois types anatomopathologiques principaux peuvent être réalisés :

1° **Traumatisme temporopariétal** : le trait longe sensiblement le bord antérieur du rocher, sans léser l'oreille interne ni le facial, et aboutit au trou déchiré antérieur : *fracture parallèle*.

2° **Traumatisme occipital** : le trait propagé à partir de l'écaille occipitale coupe transversalement le rocher, du trou déchiré postérieur vers l'un des trous de l'étage moyen, le plus souvent le trou sphénoépineux : *fracture perpendiculaire*.

3° Parfois le trait, passant par la base de la pyramide pétreuse, ouvre un plus ou moins grand nombre de cellules mastoïdiennes : *fracture oblique*.

Quel que soit le trait, il aboutit le plus souvent au sommet de la pyramide pétreuse, où il lèse le moteur oculaire externe.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous décrirons d'abord une fracture consécutive à un traumatisme violent ayant atteint la région temporo-occipitale : fracture perpendiculaire du rocher.

I. **Immédiatement.** — Le blessé est amené à l'hôpital dans le coma. La résolution musculaire est complète, le faciès pâle, les pupilles fixes mais égales, la respiration courte, superficielle, souvent bruyante; le pouls est ralenti.

Parfois l'on constate d'emblée une large perte de substance crânienne, avec issue de matière cérébrale; le diagnostic de fracture de la voûte s'impose; la propagation au rocher est probable; il est en général très facile d'en vérifier l'existence.

Dans tous les autres cas s'impose un examen méthodique qui comporte trois points capitaux : examen de la voûte, examen de l'oreille, ponction lombaire.

A. EXAMEN DE LA VOUTE. — La difficulté peut être grande, si le cuir chevelu, intact, est soulevé par un hématome donnant au doigt qui palpe la sensation d'enfoncement osseux. Il faut apprécier minutieusement la consistance du bourrelet périphérique, moins dure et à crépitation spéciale s'il s'agit uniquement de caillots sanguins. Souvent l'hésitation est telle qu'on peut être amené à un débridement.

B. EXAMEN DE L'OREILLE. — 1° *Otorragie*. — Signe capital, l'otorragie peut être revélatrice. Elle a toute sa valeur quand elle présente ces trois caractères :

Abondante : mais souvent ce n'est qu'un suintement modéré.

Prolongée : durant plusieurs heures et même plusieurs jours.

Intermittente : s'interrompant, puis reprenant, souvent sans cause appréciable.

Elle résulte du saignement de la surface de fracture, de la déchirure de la muqueuse de la caisse, et de la rupture du tympan. Si un vaisseau important, sinus pétreux supérieur ou latéral, méningée moyenne, carotide interne, est lésé, l'otorragie peut être grave. Si la membrane du tympan est indemne, le sang reflue par la trompe, d'où épistaxis et expectoration sanglante.

2° *Ecoulement de matière cérébrale*. — Très rare, il peut passer inaperçu. Il faut chercher dans le sang des grumeaux blanchâtres dont on a dû parfois préciser la nature au microscope.

3° *Ecoulement de liquide céphalo-rachidien*. — Il ne s'observe qu'un peu plus tard, après l'otorragie : le sang peu à peu s'éclaircit; il ne s'écoule plus qu'une sérosité limpide, transparente, incolore, très peu abondante en général : elle se traduit le plus souvent par une simple tache qui empèse la compresse, mais se reproduit pendant quatre ou cinq jours. Cet écoulement s'exagère par les efforts (toux) et les mouvements. C'est un excellent signe, puisqu'il prouve l'ouverture des espaces sous-arachnoïdiens et de la caisse.

C. PONCTION LOMBAIRE. — Elle présente un énorme intérêt diagnostique dans les cas difficiles, ainsi que l'ont montré Tuffier et Milian. Elle permet de constater la coloration rouge du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction quelques heures après l'accident. Mais deux causes d'erreur sont à éviter :

a. Le sang peut provenir d'une piqûre accidentelle des plexus veineux rachidiens : mais il colore inégalement trois tubes successifs; il est coagulable; après centrifugation, il se divise en culot hématique et liquide clair, au lieu d'être hémolysé.

b. Du sang peut teinter le liquide céphalo-rachidien dans une foule de circonstances autres qu'une fracture du rocher : inondation ventriculaire, contusion cérébrale, hémorragie sous arachnoïdienne sans fracture.

Le diagnostic se confirme les jours suivants par l'apparition d'un nouveau signe : L'ECCHYMOSE MASTOÏDIENNE. Apparue dans le sillon rétro-auriculaire, elle n'a de valeur que s'il n'y a pas eu de traumatisme direct de la mastoïde, si elle se développe tardivement, quatre ou cinq jours après le traumatisme, et progressivement. L'ECCHYMOSE PHARYNGÉE, beaucoup plus rare, peut relever d'une fracture du maxillaire supérieur qui devra alors être recherchée.

EVOLUTION. — Le blessé sort peu à peu du coma initial. Le plus souvent, dès le lendemain de l'accident, il s'agite, gémit, tente de déchirer son pansement; parfois l'agitation est telle qu'on a peine à maintenir le blessé dans son lit; puis progressivement la conscience reparaît. Le blessé accuse une céphalée intense qui le plus souvent ne cède qu'à la ponction lombaire Celle-ci doit alors être répétée méthodiquement, de façon à supprimer le sang épanché et à combattre l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (Quénu). Dans quelques cas, il s'agit au contraire d'hypotension du liquide céphalo-rachidien, comme nous le verrons (Leriche).

(*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 28 JANVIER AU 2 FÉVRIER 1924)

THÈSES

Lundi 28 janvier. — **Jury** : MM. Labbé (M.), président; Sergent, Foix et Chiray. — M. HIRSCHBERG (F.). Les psychoses transitives de l'alcoolisme. — M. FAIZAND (Ch.). Etude sur l'insuffisance surrénale aiguë.

Mardi 29 janvier. — Jury : MM. Marfan, président; Jeanselme, Duval et Nobécourt. — M. MOREAU (L.). Etude de la thyroïdothérapie chez l'enfant. — M. BROUJANISKY (G.). Contribution à l'étude des atrophies cutanées. — M. MOULS (Jean). La thérapeutique des hémorroïdes par les injections sclérosantes. — M. PEYMER (A.). La céphalée migraineuse.

Jury : MM. Teissier président; Letulle, Claude et Sicard. — M. CHÈZE (F.). — Le charbon d'origine professionnelle. — M. ESPENEL (J.). Asthme et bronchite muco-membraneuse. — M. DAUSSY (H.). Les délires chroniques d'origine alcoolique. — M. JALENQUES (H.). — Associations de constitution en psychopathologie. — M. FUMET (Ch.). Etude de l'influence de la ponction lombaire sur la polyurie. — M. BAZELIS. Traitement des varices.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 10. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 2 FÉVRIER 1924 — N° 10

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE BRÉVANNES. — Le jury est provisoirement composé de MM. Brodin, M.-P. Weil et Mondor.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — *Concours de l'internat.* — Questions sorties : « Complications du rhumatisme articulaire aigu. — Hémorragies de la délivrance. — Asystolie. Traitement d'urgence. »

Internes titulaires : MM. Bascou, Jouanneaux, Mugnier.

Internes provisoires : MM. Coignet, Wilbert, Cavalier, Limal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les agrégés libres dont les noms suivent sont chargés, depuis le 1er novembre 1923, de cours de clinique annexe à titre permanent jusqu'au moment où ils atteindront l'âge de la retraite :

MM. Auvray, Proust, Loeper, Ombrédanne, Chevassu, Rathery, Léri, Schwartz, Terrien, Laignel-Lavastine et Lereboullet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Jeanneney, agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Lille, est transféré sur sa demande, en la même qualité, à la Faculté de Bordeaux.

M. Portmann est institué agrégé (section d'oto-rhino-laryngologie), pour une période de neuf ans, à compter du 1er décembre 1923.

M. Villemin, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— TOULOUSE. — M. Sorel, agrégé, chargé d'un cours de médecine légale et déontologie, est nommé, à partir du 1er avril 1924, professeur de médecine légale et déontologie, en remplacement de M. Dalous, appelé à d'autres fonctions.

INFIRMERIE CENTRALE DES PRISONS DE LA SEINE. — Le 25 février 1924 s'ouvrira un concours à la préfecture de police pour l'admission à deux places d'interne titulaire en médecine et en chirurgie à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine à Fresnes, et pour la désignation de quatre internes provisoires.

Les internes sont nommés pour deux ans — indemnité annuelle de 2.500 francs, indemnité mensuelle représentative de vivres de 60 francs Ils sont logés.

Le registre d'inscription est ouvert à la préfecture de police (bureau du personnel), il sera clos le samedi 9 février à 16 heures.

UNIVERSITÉ DE LEYDE. — L'Université vient de décerner le titre de docteur honoris causa au docteur Félix d'Hérelle, le savant bien connu pour ses beaux travaux sur les bactériophages.

GUERRE. — (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Culot, Pastour, Charbonnier, Duvelleroy, de Coste, Secousse, Herdly, Chapeaud, Lamaison, Bouchon, Rancon, Walter, Ducamp, Benassy, Codvelle, Faure, de Martel, Gillet, Dumas, Moiroud, Dausset, Strohl, Guiraud, Madon, Madelaine, Imbert, Jacquemart, Jallet, Schmutz, Coigniou, Abord, Delanoe, Bouvaist, Thévenin, Heully, Leroy, Grégoire, Luce, Cocaign, Astruc, Thinesse, Hayem, Marini, Brissaud, Soulier, Pantaloni, Leveuf, Damade, Chomette, Watrin, Folliero de Luna, Weissenbach, Ferry, Escallier, Jousselin, Gaujard.

(Armée territoriale.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Genouville, Marie (René), Ancel, Imbert (Léon), Verger, Gaussel, Grinda et Noguès.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Le Lorier, Guillemot, Aubertin, Ramond, Leenhardt, Hallopeau, Onfray, Vincent, Hau, Stopowsky, Cabanes, Brenta, Cruet, Ponroy, Aubert, Fontaine, Cayre, Courmontagne, Subert, Vallet, Livon, Herrenschmidt, Legras et Demain.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Gaspais, Berche, Maillet, Gérard (C.-A.), Gate, Bernard, Civatte, Demanche, Roze, Janin, Boulay, Sautelet, Gérard (P.-M.-R.), Hébert, Toupet, Delmas, Garrigues, Mattei, Raviart, Paucot, Lenoble, Lemarchand, Habault, Lecœur, Detre, Rochaix, Duterque, Milanof, Legal, Croisier, Nové-Josserand, Madon, Seigneur, Laugeron, Casanove, Destrevigne, Pieri, Arbinet, Crozat, Brin, Fournier, Verneau, Duverger.

— M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Emily est nommé directeur du Service de santé du corps d'armée colonial, en remplacement du médecin inspecteur Clouard, placé dans le cadre de réserve.

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — On sait que le prochain congrès aura lieu en 1925 seulement à Nancy. Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Pathologie générale.* L'acidose ; rapporteurs : M. Marcel Labbé (de Paris); M. K. Petren (de Lund, Suède) et M. Dautrebande (de Bruxelles).

2° *Pathologie interne.* Les angines de poitrine; rapporteurs : MM. Gallavardin (de Lyon) et Richon (de Nancy).

3° *Thérapeutique.* Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires; rapporteurs : MM. F. Bezançon (de Paris); J. Parisot et L. Caussade (de Nancy).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'UROLOGIE. — Le IIe Congrès de la Société internationale d'Urologie aura lieu à Rome, du 23 au 26 avril, sous la présidence du professeur Alessandri.

PROGRAMME DES SÉANCES. — Mercredi 23 avril : Séance de la Société italienne d'Urologie en l'honneur des membres étrangers.

24 avril. — Première question à l'ordre du jour : « De l'innervation rénale ». Rapporteurs : M. Ambard (Strasbourg) et M. Zoja (Pavie).

25 avril. — Deuxième question : « Vaccinothérapie dans les affections urinaires ». Rapporteurs : MM. Rovsing et Wulf (Copenhague), M. Dungeon (Londres), M. Noguès (Paris), M. Pirondini (Rome).

26 avril. — Troisième question : « Résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale ». Rapporteurs : M. Brongersma (Amsterdam), M. Cifuentes (Madrid) et M. Tardo (Palerme).

26 avril (après-midi). — Quatrième question : Progrès récent de l'Urologie ».

1° « Pathogénie de l'hydronéphrose », Rapporteur : M. Hinman (San-Francisco).

2° « Vésiculotomie et vésiculectomie transvésicale ». Rapporteur : Sir Thomson-Walker (Londres).

3° « Malacoplasie vésicale ». Rapporteur : M. Barrington (Londres).

Les membres du Congrès sont priés de se faire inscrire pour la discussion.

Pour toute question relative à l'administration de la Société (candidatures, statuts, etc.), s'adresser à M. Desnos, 59, rue de la Boétie (Paris).

Pour le Congrès de Rome, s'adresser à M. Bonanome, 124, Via dei Gracchi (Rome).

LA DÉCLARATION DE L'IMPOT SUR LES REVENUS. — Nous rappelons aux confrères que les articles 3 à 9 de la loi du 30 juin 1923 ont d'une manière générale réduit de trois mois à deux mois à compter du 1er janvier de chaque année le délai imparti aux contribuables pour la présentation des déclarations relatives aux impôts sur les revenus. *Les déclarations relatives à l'année 1923 devront donc être faites au plus tard le 29 février 1924.*

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE POUR LES DOMESTIQUES. — Nous rappelons encore que la loi du 2 août 1923 a étendu aux serviteurs à gages la législation sur les accidents du travail *à partir du 2 février 1924.*

Ceux de nos confrères qui ne se sont pas encore mis en règle devront donc le faire sans retard en se rappelant que le salaire servant de base à la fixation des indemnités comprend non seulement le salaire en argent, y compris les gratifications, mais encore les avantages en nature, nourriture, logement et habillement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Guedeney (d'Alise-Sainte-Reine) et Morandini (de Paris).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

DÉCÈS DU MALADE. HONORAIRES DUS

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer que la dette d'honoraires n'est pas soumise à la condition de la guérison du malade ; du moment qu'aucune faute ne peut être reprochée au médecin, les honoraires doivent être payés, quand ils ne présentent aucun caractère exagéré.

La 7e Chambre du tribunal civil de la Seine vient de faire application à nouveau de ce principe dans son jugement du 31 octobre 1923 ainsi conçu :

« Attendu que le docteur de K... a fait assigner du Th... en paiement de la somme de 1.300 francs pour soins médicaux donnés à la dame du Th..., de février à août 1914 ;

Attendu que du Th... prétend que le demandeur n'a pas fait état d'un acompte de 500 francs qui lui a été versé et que la somme réclamée n'est pas due, parce que le demandeur n'a pu mener à bien et jusqu'au bout le traitement entrepris, mais encore que ce traitement a été funeste à la dame du Th... et a occasionné sa mort prématurée ; qu'il se porte reconventionnellement demandeur en 10.000 francs de dommages-intérêts ;

Attendu que le montant des honoraires du docteur de K..., s'élevait à 1.800 francs qu'il a donc été tenu compte des 500 francs déjà versés.

Attendu que le défendeur ne conteste ni la réalité ni la durée des soins donnés à sa femme, qu'il n'établit point qu'un forfait avait été convenu contrairement aux usages en pareille matière et qu'il n'est pas fondé à prétendre qu'il ne doit rien parce que le traitement n'a pas amené la guérison ; *qu'il est constant que les honoraires dus au médecin traitant ne sauraient être soumis à cette condition* ;

Attendu que du Th... ne rapporte la preuve d'aucune faute commise par le demandeur, qu'il n'établit ni n'offre de prouver que la mort prématurée de la dame du Th... a été provoquée par le traitement appliqué... »

En conséquence, le tribunal a condamné du Th... à payer la somme de 1.300 francs avec les intérêts de droit, et a rejeté comme mal fondée sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

REVUE DES THÈSES

Les Méthodes bacilloscopiques dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire (1),

par M. le docteur Henri LORION.

Voici une excellente thèse, d'une très grande documentation, honorée d'ailleurs par la Faculté de la mention *très bien* et qui sera utile à consulter par tous ceux qui ont à employer les méthodes de diagnostic bacilloscopique.

Ayant à sa disposition toutes les ressources de l'hôpital de Bligny dont il est médecin adjoint, M. Henri Lorion a pu faire de nombreuses études comparatives qui lui ont permis un certain nombre de conclusions :

L'*examen direct* des crachats correctement fait et répété à intervalles réguliers a une valeur considérable : le meilleur procédé de coloration du B. de Koch dans les crachats est celui de Ziehl-Nielsen.

La *méthode d'homogénéisation* ne paraît intéressante à M. H. Lorion que par la rapidité des examens positifs fournis. Elle n'a guère plus de certitude que l'examen direct correctement fait et répété à intervalles réguliers.

Les techniques d'homogénéisation les meilleures sont celles de F. Bezançon et Philibert, celle du professeur Calmette et celle de Lorentz ; ces deux dernières plus simples que la première donnent des résultats égaux.

Quant aux techniques se passant de la centrifugation, celle de Quelme et Houal donne les résultats les plus intéressants.

Il est instructif de rapprocher cette opinion de celle exposée le 18 décembre 1923 à l'Académie de médecine par Fernand Bezançon (v. *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 102, p. 1658).

Quant à la technique de l'autolyse des crachats elle est évidemment à l'étude, et M. H. Lorion est-il aussi réservé à son sujet que Fernand Bezançon.

L'*inoculation au cobaye* est le procédé le plus sensible pour la recherche du B. de Koch dans les crachats tuberculeux. Elle a un intérêt capital car elle permet de classer définitivement une expectoration suspecte. La technique d'inoculation intrahépatique est celle qui donne les résultats les plus rapides.

La *culture du B. de Koch* contenu dans les crachats est encore à l'étude.

L'*examen des matières fécales* s'impose au moins chez tous les sujets qui ne peuvent fournir d'expectoration.

L'ensemble de ces divers points, bien mis en lumière par M. H. Lorion, montre combien doit être complet l'outillage d'un laboratoire de dispensaire tuberculeux appelé à pratiquer couramment des examens directs et des homogénéisations.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1923.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 4 FÉVRIER AU 9 FÉVRIER 1924)

THÈSES

Lundi 4 février. — Jury : MM. Broca, président; Couvelaire, Delbet et Labbé (M.). — M. CHARREAU (E.). L'anesthésie épidurale sacrée. — M. WICKHAM (R.). Sur certaines formes d'ostéite cervico-trochantérienne. — M. BÉCUE (P.). Des néoformations osseuses dans l'élévation congénitale de l'omoplate. — Mlle GOLDENKRON-ILIOVICI. Etude sur l'acidose expérimentale.

Mardi 5 février. — Jury : MM. Chauffard, président; Letulle, Laignel-Lavastine et Villaret. — M. PLICHET. La leucocytose digestive. — M. BAUDRANT (Jean). Contribution à l'étude des rapports de la dilatation des bronches avec la tuberculose.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES ARYTHMIES[1]

Par M. Jean RATHELOT,
Interne des hôpitaux de Marseille.

C. **Arythmie myocardique. — Pouls alternant.** — Il ne s'agit plus maintenant d'un défaut d'élaboration ou d'un défaut de conduction du stimulus.

Celui-ci naît et chemine dans de bonnes conditions, mais la fibre myocardique n'est plus apte à le recevoir régulièrement. Les ventricules répondent avec une intensité oscillante (une fois normale, une fois insuffisante).

C'est le *pouls alternant*.

Symptômes. — Les *tracés* jugulaires et électrocardiographiques sont normaux, mais la hauteur des soulèvements est moins accusée une fois sur deux.

Le *sphygmogramme* d'un emploi plus facile donnera un renseignement analogue et aussi précis.



Fig. 8. — *Pouls alternant.*

La *palpation digitale* du pouls et l'*auscultation* permettront parfois de percevoir l'alternance, mais le fait n'est pas habituel, et dans la pratique courante le meilleur procédé consiste à rechercher l'oscillométrie avec l'*appareil de Pachon*.

Etiologie. — Le pouls alternant se voit dans les dégénérescences du cœur survenant au cours des néphrites chroniques, de la syphilis du myocarde de préférence, rarement au cours de l'hyposystolie par lésion valvulaire.

Diagnostic. — Le pouls alternant peut se confondre avec l'arythmie respiratoire et l'extrasystole. Nous retrouverons ces deux diagnostics au chapitre de l'extrasystole (diagnostic différentiel).

Pronostic. — C'est un symptôme plutôt qu'une maladie, mais malheureusement un symptôme d'un pronostic très sombre.

« Le malade qui le porte est voué à la mort prochaine » disent les auteurs classiques. Cependant certaines observations de Gallavardin paraissent en atténuer légèrement la gravité.

Traitement. — Le traitement consiste surtout à imposer au malade un repos *tyrannique* auquel on associera la médication tonicardiaque ordinaire (camphre, caféine, digitale), et un régime substantiel mais de digestibilité facile.

D. **Extrasystoles.** — Le système embryonnaire conducteur fonctionne normalement.

Le stimulus naît, chemine, est reçu dans de bonnes conditions. Mais certains myocardes doués d'une sensibilité excessive deviennent le centre d'élaboration d'un stimulus anormal.

Celui-ci prend alors naissance soit dans une oreillette soit dans un ventricule, et, quelle qu'en soit l'origine, une fois élaboré il se propage de proche en proche dans tous les sens, de telle sorte que la totalité de l'organe en subit les effets.

Il en résulte une systole supplémentaire, une *extrasystole*, placée entre deux systoles normales d'origine sinusale.

Etiologie. — Les extrasystoles sont une des variétés les plus fréquentes des arythmies.

Elles surviennent au cours de certaines *cardiopathies*, surtout le rétrécissement mitral et la symphyse cardiaque.

Elles surviennent également dans les *hypertensions périphériques* de toute nature, et dans ces cas elles sont un signe de fatigue du myocarde.

On les voit encore chez des sujets *nerveux*, neurasthéniques, dans certaines névroses ou infections (chorée en particulier) du système nerveux,

— dans les *intoxications* (alcool, tabac, café, et surtout digitale qui ralentissant le rythme favorise la distension du cœur et l'excitation d'un myocarde sensible). Mais dans ces cas elles n'ont pas une signification pronostic grave.

Signes cliniques généraux. — Dans la plupart des cas un examen sommaire du malade nous renseignera suffisamment.

a. *Au point de vue objectif* on notera à l'auscultation :

1° *Une anticipation de la contraction.* Deux systoles se suivent coup sur coup, ce qui se traduit à l'oreille par un *rythme à 4 temps.* Cependant la deuxième systole peut être très rapprochée de la première. Dans ce cas le ventricule encore vide de sang ne peut ouvrir les sigmoïdes en se contractant la deuxième fois. On n'a plus alors qu'un *rythme à 3 temps* par suppression du dernier;

2° *Un repos compensateur.* Il est d'autant plus long que l'extrasystole a été plus rapprochée de la systole normale.

En effet, d'après la loi de l'uniformité du travail du cœur, systole normale + extrasystole = la durée de deux systoles normales;

3° *La conservation du rythme fondamental du cœur.* Le repos compensateur prend fin par une systole plus énergique que les autres, puis le rythme sinusal ordinaire se rétablit.

L'extrasystole n'est donc qu'*un accident.* Sous peine de mériter les noms de tachycardie paroxystique ou d'arythmie complète (les deux seront étudiées plus loin) elle se produit au grand maximum de fréquence toutes les 2 ou 3 systoles. C'est d'ailleurs dans ces cas le *pouls bi* ou *trigéminé.*

b. *Au point de vue subjectif.* Le malade se présente pour troubles divers qu'il appelle *palpitations* et qu'il détaille ainsi :

C'est d'abord une impression de choc, de coup de bélier, non douloureux, puis un malaise indéfinissable, engendrant l'angoisse pour peu qu'il se prolonge ou qu'il se répète.

L'impression de choc correspond à l'extrasystole; le malaise au repos compensateur. Telle est du moins la théorie de Vaquez.

Dans certains cas le malade accuse un malaise d'abord, un coup de bélier ensuite.

Lewis explique alors ainsi : L'extrasystole n'est pas ressentie.

La pose compensatrice provoque le malaise, et la première systole suivante, toujours plus énergique, donne l'impression du coup de bélier.

Symptômes particuliers. — Tels sont les symptômes généraux à toutes les extrasystoles. Mais

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 8, p. 125.

n'oublions pas que celles-ci prennent naissance dans une région soit de l'oreillette, soit du ventricule.

Y a-t-il un moyen de préciser le siège du point de départ?

Cliniquement la chose est presque impossible.

Avec l'aide des différents tracés dont l'interprétation est souvent délicate, on peut réaliser cette localisation.

1° *Extrasystoles auriculaires ou sinusales.* — Elles sont encore appelées *normotopes* (Héring), par rapport aux autres variétés qui sont hétérotopes. Le stimulus naît quelque part dans une oreillette et se propage vers le nœud sinusal. De là il parcourt le trajet habituel vers les ventricules.

Il n'y aura *rien d'anormal* dans la succession des soulèvements, *si ce n'est la précocité de la systole.*

Sur le tracé veineux nous avons seulement un espace *v a'* raccourci et parfois supprimé.

Il est dans ce cas remplacé par un soulèvement plus haut égal à $v + a'$.

Sur le pouls radial on ne pourra relever que la diminution d'amplitude d'une pulsation.

L'*électrocardiogramme* nous indiquera avec plus de précision encore le point de départ de l'extrasystole.

Le soulèvement *P* est normal lorsque le départ se fait dans le voisinage du sinus (partie supérieure des oreillettes).

Il s'aplanit progressivement pour se confondre avec la ligne isoélectrique lorsque l'excitation part de la partie moyenne.

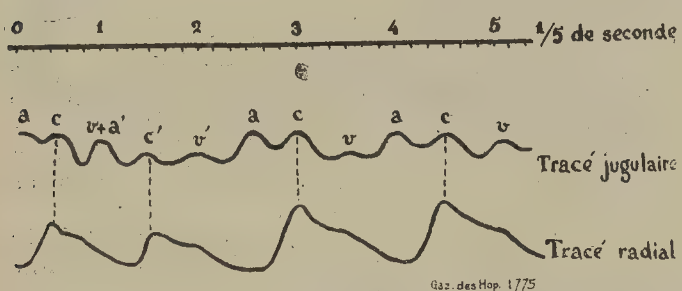


FIG. 9. — *Extrasystole auriculaire* (1). — *v* et *a'* sont confondus dans un même soulèvement. La pulsation extrasystolique est moins forte.

2° *Extrasystoles auriculo-ventriculaires* ou commissurales.

Le stimulus naît dans la portion inférieure des oreillettes et se propage directement au noyau commissural d'Ashow Tawara.

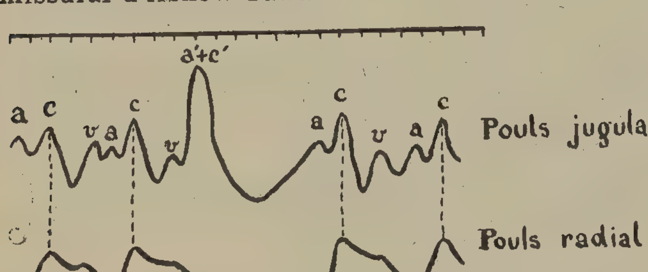


FIG. 10. — *Extrasystole auriculo-ventriculaire* (2). — *a'* et *c'* sont fusionnés.

De là il irradie dans les deux sens, c'est-à-dire vers le noyau sinusal et les oreillettes par voie rétrograde et vers les ventricules par le faisceau de His.

Oreillettes et ventricules recevant simultanément l'incitation anormale, *se contractent ensemble.*

Sur un tracé veineux on a un *a c v* normal (suivi d'un grand soulèvement représentant *a* et *c* fusionnés de l'extrasystole, après ce soulèvement se trouve un repos compensateur tel que les espaces *v* — *a' c'* — *a* = deux diastoles normales.

A la *radiale* le pouls ne sera pas toujours perceptible. Cela dépendra de la précocité de l'extrasystole.

A l'*électrocardiogramme* le soulèvement *P* fait saillie au-dessous de la ligne isoélectrique.

3° *Extrasystoles ventriculaires.* — Le stimulus naît cette fois dans les ventricules et de là se propage au faisceau de His (*ici les ventricules se contractent*).

Le stimulus continuant son irradiation remonte par voie rétrograde et atteint le noyau commissural puis le noyau sinusal (*alors les oreillettes se contractent*).

On a donc un renversement de l'ordre des systoles.

Mais au moment où le stimulus extrasystolique arrive au noyau sinusal, un stimulus normal est en train de s'élaborer. Les deux se fusionnent, provoquant la même systole auriculaire. Le stimulus légitime, irradiant ensuite vers les ventricules, trouve ceux-ci en état d'inexcitabilité périodique. Le stimulus légitime reste inefficace, *c'est le repos compensateur.*

Tracé veineux. — Il indiquera logiquement un renversement de l'ordre des soulèvements, soit la formule *a c v c' a'*.

Après l'extrasystole se trouve le repos compensateur, soit la formule définitive *a c v c' a' R a c v.*

Notons que si le stimulus s'élabore tardivement, le ventricule se contracte au moment où un stimulus normal partait du sinus. On aura alors un tracé absolument semblable à celui de l'extrasystole auriculo-ventriculaire, puisque comme dans ce cas oreillettes et ventricules se contractent ensemble.

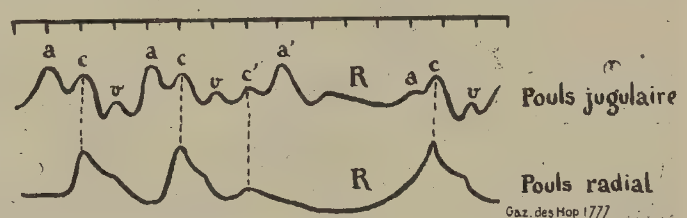


FIG. 11. — *Extrasystole ventriculaire* (1).

Electrocardiogramme. — Il nous présente un vif crochet suivi d'une large échancrure qui lui donne un aspect tout à fait caractéristique.

Mais par l'orientation même de ces diverses formations il permet d'obtenir la plus grande précision.

Lorsque le stimulus naît dans la base des ventricules le sommet du crochet est au-dessus de la ligne iso-électrique, le sommet de l'échancrure est audessous.

Lorsque le stimulus naît dans le voisinage de la pointe le sommet du crochet est au-dessous de la ligne isoélectrique, le sommet de l'échancrure est au-dessus.

Des détails de même nature permettent de recon-

(1) D'après PERRIN et RICHARD. *Arythmies dans la pratique journalière.*
(2) D'après MARTINET. *Diagnostic clinique.*

(1) D'après PERRIN et RICHARD. *Arythmies dans la pratique journalière.*

naître l'extrasystole du ventricule droit et l'extrasystole du ventricule gauche.

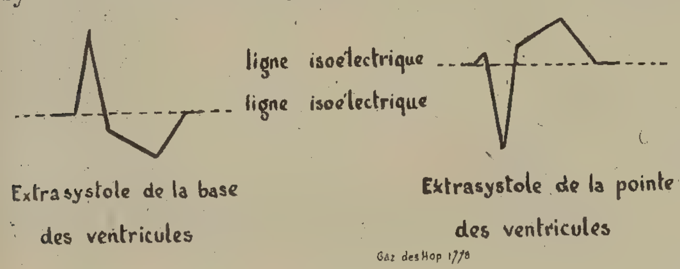


Fig. 12 (1).

N. B. — Tout ce que nous venons de dire au sujet de ces *symptômes particuliers* n'a que la valeur d'un schéma. En réalité, tous ces tracés sont d'une interprétation très délicate.

Diagnostic. — Avec quoi peut-on confondre une extrasystole?

Ordinairement les extrasystoles survenant une fois de temps à autre au cours d'un rythme normal, sont faciles à reconnaître.

Dans les cas d'extrasystoles groupées, le diagnostic est plus délicat.

— Si *les extrasystoles sont précoces* (origine ventriculaire), les sigmoïdes ne sont pas ouvertes et le pouls ne bat pas (fausse intermittence de Lasègue).

On peut croire à un *début de Stockes-Adams*, et s'il s'agit d'extrasystoles bigéminées, à un *pouls lent permanent confirmé* (intermittences vraies de Lasègue).

Il suffit, en dehors des tracés, d'ausculter le malade et de constater le rythme à trois temps qui témoigne de la systole manquée. De plus, l'effort du malade accélère le rythme du pouls lent extrasystolique, tandis qu'il laisse indifférent le vrai pouls lent.

— Si les *extrasystoles sont tardives* (origine auriculaire), le pouls bat mais avec une intensité moindre.

On peut croire à un *pouls alternant*, mais celui-ci est une arythmie d'intensité et non de durée (autrement dit il n'y a pas trouble de la cadence au sens musical du mot).

On peut croire encore à une *arythmie respiratoire*, mais celle-ci disparaît à l'arrêt de la respiration.

— Si les *extrasystoles sont accumulées*, elles simulent l'*arythmie complète* que nous verrons plus tard. Sans les différents tracés il est à peu près impossible de les distinguer.

Traitement. — Quelle conduite tenir en présence d'une extrasystole?

L'extrasystole est un symptôme qui n'a pas de traitement. On lui applique celui de sa cause.

C'est pourquoi s'il n'est pas très intéressant au point de vue pratique de connaître la variété d'une extrasystole, il est par contre très intéressant d'en connaître la nature.

« S'agit-il d'extrasystoles par insuffisance cardiaque ou d'extrasystoles nerveuses, toxiques ou réflexes... » Tout est là.

Or, dit Castaigne, « il n'existe aucun symptôme objectif qui les distingue entre elles ».

Seul l'examen complet du malade nous permettra d'accepter pour origine celui des appareils qui sera le plus intéressé. Ainsi l'existence d'une maladie de cœur nous autorisera à conclure : extrasystole d'origine cardiaque s'il n'existe pas d'autre affection.

C'est là un diagnostic par à peu pres, mais l'on ne possède pas de méthode plus précise.

Les extrasystoles d'*origine cardiaque* sont heureusement influencées par le strophantus et la digitale. Toutes les autres, au contraire, *sont exagérées* par une thérapeutique analogue.

Les extrasystoles *toxiques* (tabac, alcool, thé, digitale) disparaissent par suppression du toxique.

Les extrasystoles *nerveuses* sont améliorées par le bromure, valériane, atropine.

Les extrasystoles *digestives* se traitent par un régime bien compris pour diminuer la surcharge gastrique, etc. Et ainsi pour les extrasystoles provenant des autres appareils.

Si elles ne cèdent à aucune thérapeutique, bromurer quelques jours le malade à raison de 2 à 5 grammes et conseiller au malade de ne plus s'en préoccuper.

D'. **Tachycardie paroxystique.** — Avant d'abandonner l'étude des extrasystoles, il nous faut dire un mot de la *tachycardie paroxystique* ou *maladie de Bouveret.*

Nous venons de voir que la sensibilité anormale d'une oreillette ou d'un ventricule produisait l'extrasystole. L'exagération passagère de cette sensibilité produit la tachycardie paroxystique.

Telle est du moins la théorie classique, celle qui fait de la maladie de Bouveret une série d'extrasystoles se suivant coup sur coup sans que le rythme sinusal ait le temps de s'élaborer.

On sait que le rythme idio-ventriculaire est de 30 à la minute environ. Ce rythme ne peut jamais se réaliser normalement parce qu'il est étouffé par le rythme sinusal qui bat à raison de 70. De même ce rythme sinusal ne pourra plus se réaliser s'il est étouffé par un rythme nouveau s'élaborant plus vite que lui.

Étiologie. — Conformément à la théorie pathogénique, la tachycardie paroxystique a les mêmes causes provocatrices que l'extrasystole; nous n'y reviendrons pas.

De même, comme les extrasystoles, il est des tachycardies paroxystiques sinusales, des tachycardies commissurales et des tachycardies ventriculaires.

Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes, et les lésions qui provoquent la distension des oreillettes favorisent l'éclosion des accidents (rétrécissement mitral.)

Description clinique. — La tachycardie paroxystique s'installe *brusquement*. Elle peut se faire précéder d'une exagération du nombre des extrasystoles s'il en existait, mais *subitement* le rythme passe de 70 à 140 minimum. Il peut atteindre 300.

Le malade perçoit en même temps un *choc violent* dans la poitrine, choc suivi d'un *malaise* qui persistera tant que durera le paroxysme.

Ce malaise peut aller jusqu'à l'*angoisse* car le malade sent que son cœur « s'est affolé » ou qu' « il bat à se rompre ».

L'accès dure ainsi de quelques secondes à quelques heures, et même quelques jours, puis survient ordinairement une *fin aussi brusque* que le début : le malade perçoit un choc nouveau et le rythme normal est rétabli.

(1) D'après Josué. *Séméiologie cardiaque actuelle.*

A l'examen. — 1° On note un certain nombre de *signes subjectifs* :

douleur rétrosternale,
angoisse,
dyspnée,
sueurs,
lypothymie.

2° *Objectivement.* — a. Le *pouls* est rapide, mais régulier, ordinairement très faible, voire insaisissable.

b. *A l'auscultation.* — Les bruits ont un *timbre éclatant* (les ventricules n'ayant plus le temps de se remplir).

La tachycardie se fait aux dépens du grand silence et l'on relève le *rythme fœtal.*

La rapidité des systoles ne permet plus de reconnaître la cardiopathie causale s'il en existe une.

c. Les *tracés veineux* seront caractérisés par un grand rapprochement, sinon fusion, des soulèvements v et a.

C'est le seul caractère constant.

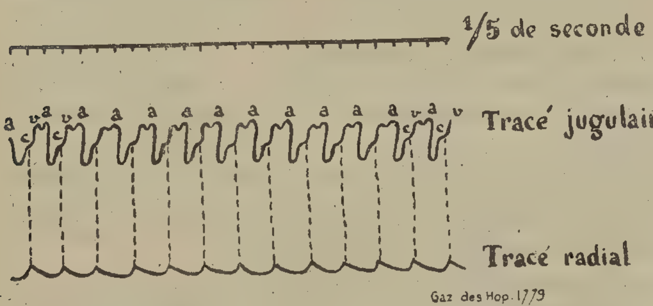


Fig. 13. — *Tachycardie paroxystique* (1).

d. L'*électrocardiogramme* montrera une succession de crochets et d'encoches, sans aucun autre soulèvement.

Formes cliniques. — 1° *Variétés suivant le point de départ.* — Des nuances dans les tracés veineux permettent de reconnaître l'origine de la tachycardie et de distinguer des tachycardies paroxystiques d'origine sinusale, auriculo-ventriculaire et ventriculaire.

Si le point de départ siège dans le bas de l'oreillette, a et c se rapprochent. Ils se fusionneront en un soulèvement commun lorsque le stimulus viendra du nœud commissural. (Cf Extrasystoles commissurales.)

Si le stimulus vient du ventricule, a bat après c. (Cf. Extrasystoles ventriculaires.)

Des nuances dans l'électrocardiogramme permettent de reconnaître les tachycardies paroxystiques du cœur droit et celles du cœur gauche ; et pour chacune d'elle la tachycardie d'origine auriculaire (partie supérieure, moyenne ou inférieure) et d'origine ventriculaire (base ou pointe). (Voir à propos de ces nuances ce qui a été dit sur l'électrocardiographie dans les variétés des extrasystoles.)

2° *Tachysystolie auriculaire.* — Une variété plus intéressante est la *tachysystolie auriculaire* ou *auricular flutter* des auteurs britanniques.

Dans ce cas le rythme auriculaire est si rapide que les ventricules sont surpris dans leur phase réfractaire et ne peuvent répondre à toutes les incitations.

Le pouls est moins rapide, mieux frappé, ordinairement régulier.

Le malade est moins angoissé, parce qu'il ne perçoit plus l'affolement de son cœur.

Les tracés révèlent plusieurs soulèvements a ou p pour un soulèvement c ou r. Les espaces v a ou tp seront toujours très courts comme précédemment.

Pronostic. — Dépend essentiellement de la résistance du cœur.

Dans certains cas le malade vit sans s'inquiéter avec sa tachycardie paroxystique à répétition.

Mais lorsque l'œdème des jambes apparaît, lorsque la matité cardiaque augmente, le pronostic s'assombrit considérablement.

Traitement. — La thérapeutique n'est pas très riche sur ce chapitre et l'on a pour calmer les crises un certain nombre de moyens de fortune qui tous ont pour but d'exciter le vague et de paralyser le sympathique.

Ces moyens sont plus ou moins efficaces parce que les tachycardies paroxystiques comme les extrasystoles ont une cause intracardiaque ; le sympathique et le pneumogastrique sur lesquels on agit n'ont qu'un rôle adjuvant léger et souvent insignifiant.

D'après Vaquez, nous citerons :

le décubitus dorsal,
fortes inspirations longues suivies d'efforts d'expiration, la glotte étant fermée (manœuvre de Valsava),
boissons chaudes bues à petites gorgées,
compression du pneumogastrique droit au niveau du cou,
compression des globes oculaires,
déglutition de grosses pilules ou gros cachets, etc.

Si la crise persiste, administrer trois cachets de 0g15 de poudre d'hypophyse que le malade prend de dix minutes en dix minutes, ou 1 gramme à 1g50 d'ipéca pour provoquer le vomissement.

Si rien y fait, essayer encore la pilocarpine qui paralyse le sympathique ou l'atropine qui a donné des résultats bien que paralysant l'élément ralentisseur.

Malgré tous ces moyens se souvenir que l'affection est une des plus décevantes pour le médecin, parce que des plus tenaces.

Dans tous les cas de défaillance cardiaque, recourir à la digitaline et à l'ouabaïne.

E. **Arythmie complète.** — Jusqu'à maintenant un seul stimulus élaboré normalement ou anormalement créait la systole qui était l'objet de notre étude.

Dans l'arythmie complète ou désordonnée, ou perpétuelle (tous ces termes sont synonymes) plusieurs stimuli prennent naissance, à la fois, en des points différents des oreillettes et s'irradient chacun pour leur compte.

Parmi ces stimuli, un grand nombre, comme l'explique Lutembacher (1), « meurent sur place. D'autres interfèrent entre eux ; quelques uns seulement se frayent un passage jusqu'au noyau auriculo-ventriculaire. Là encore beaucoup sont arrêtés ; les plus forts seuls atteignent le ventricule » et celui-ci alors entre en contraction.

Le schéma de Martinet représente bien le méca-

(1) D'après Martinet. *Diagnostic clinique.*

(1) Lutembacher. Les arythmies désordonnées, in *Paris méd.*, 31 juillet 1920.

nisme des phénomènes. Oreillettes et ventricules semblent ne plus avoir aucun rapport et chacun d'eux, pris isolément, paraît avoir oublié son rythme normal.



Fig. 14. — *Schéma de l'arythmie complète* (1).

Etiologie. — L'arythmie complète est un signe de profonde déchéance auriculaire.

Elle s'installe souvent en complication de certaines cardiopathies, en particulier, celles qui distendent les oreillettes (rétrécissement mitral).

Le rhumatisme articulaire, la sclérose du myocarde, l'endocardite subaiguë peuvent très bien la provoquer d'emblée.

D'habitude, elle fait suite à d'autres arythmies (arythmies extrasystoliques en particulier).

Symptômes. — L'arythmie complète débute par des accès passagers durant de quelques minutes à un jour (arythmie complète à forme paroxystique). Progressivement, la fréquence de ces accès augmente, ainsi que la durée de chacun d'eux, et l'on assiste à l'installation de l'arythmie dite perpétuelle que nous étudions ici.

Cliniquement, on relève des signes subjectifs et des signes objectifs :

1° Les *signes subjectifs* sont moins importants que dans la tachycardie paroxystique. En effet, l'affolement du cœur se passe dans les oreillettes, et les systoles auriculaires ne sont pas perçues du sujet.

On note seulement de la dyspnée d'effort et une fatigue générale.

2° Les *signes objectifs*, autrement instructifs, mettent en évidence le désordre profond qui règne dans l'organe, « délirium cordis », disait Bouillaud.

En effet, le *pouls radial* est irrégulier, tantôt fort, tantôt faible, tantôt rapide, tantôt lent, mais battant une moyenne de 120 à 150 à la minute.

A l'auscultation, l'impression de bouleversement est la même.

Les systoles sont, tour à tour, éclatantes ou sourdes, parfois se succédant très rapidement, et parfois séparées par un silence très prolongé. « Une salve continue de bruits, dit Castaigne, précédée ou suivie d'une longue pose muette. »

L'*inspection des jugulaires* permet de constater l'absence des battements jugulaires. On peut avoir de petits frémissements dus au pouls carotidien, mais il faut éviter de les confondre avec le pouls jugulaire inexistant.

3° La *radioscopie* permet de constater l'absence de systole auriculaire.

4° Le *tracé jugulaire* montre une absence de soulèvement *a*. Seuls des grands soulèvements *c* s'inscrivent à des distances variables, et lorsqu'ils sont suffisamment éloignés, ils permettent aux petits soulèvements *v* de s'inscrire.

(1) Martinet. *Diagnostic clinique.*

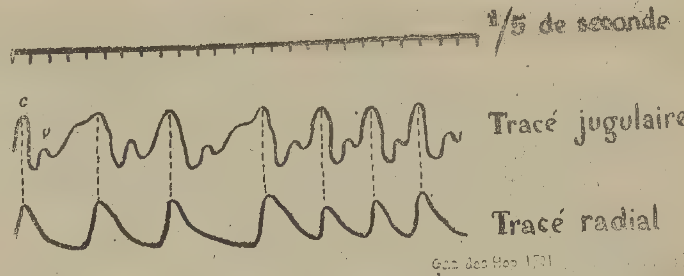


Fig. 15. — *Arythmie complète* (1).

5° L'*électro-cardiogramme* est beaucoup plus instructif. Seul il met en évidence la fibrillation auriculaire en inscrivant de multiples ébauches de soulèvements P entre deux systoles ventriculaires survenant à des distances variables.



Fig. 16. — *Arythmie complète* (2).

Diagnostic. — A l'appui de ces signes, le diagnostic de l'arythmie complète est assez facile :

L'irrégularité du rythme nous permet d'éliminer sans difficultés les tachycardies fébriles, émotionnelles ou nerveuses, c'est-à-dire toutes les *tachycardies sinusales*.

Elle nous permet aussi d'éliminer pour la même raison les *tachycardies paroxystiques*.

La *tachysystolie auriculaire* (étudiée comme variété de la tachycardie paroxystique) est difficile à éliminer sans les graphiques. Mais il s'agit dans les deux cas de phénomènes de même ordre entre lesquels il n'y a qu'une question de degré.

Les *bouquets d'extrasystoles*, enfin, simulent exactement l'arythmie complète, mais ils sont précédés ou suivis au moins d'un court espace de temps où l'on peut retrouver le rythme normal.

Pronostic. — Le pronostic est grave.

L'affection a d'ailleurs longtemps porté le nom d' « arythmie perpétuelle », parce qu'elle avait la réputation de ne céder qu'à la mort.

En réalité, elle est susceptible de régression temporaire et le pronostic est entièrement lié à la valeur contractile du myocarde ventriculaire.

La survie peut être de plusieurs années, mais redouter la *mort subite* par arrêt brusque du cœur, sans qu'aucun phénomène alarmant ne le fasse prévoir (fibrillation du ventricule ?)

Traitement. — « Le traitement tient en un mot, *la digitale* », dit Martinet.

On l'administre sous une forme quelconque, aux doses habituelles.

Si le résultat est insuffisant on recommence au bout de quelques jours à doses plus massives, en l'associant à une purgation, saignée, ventouses.

(1) D'après Perrin et Richard. *Arythmies dans la pratique journalière.*

(2) Castaigne. *Maladies du cœur et des artères*, t. II.

Si la seconde cure échoue, le pronostic s'assombrit, car les autres médicaments ne réussiront pas mieux.

Néanmoins, essayer le strophantus, l'ouabaïne, puis revenir à la digitale, et la donner jusqu'à saturation du malade (pouls revenu à 70 ou 80). Ne pas aller toutefois jusqu'à l'apparition du pouls bigéminé qui est déjà un signe d'intoxication.

Associer les autres tonicardiaques : caféine, spartéine, camphre.

On a proposé récemment le *sulfate de quinidine*, à raison de 0g60 à 1g50 par jour, mais les résultats sont disparates. Certains relatent des merveilles, d'autres avouent que « les résultats sont meilleurs lorsqu'on associe la digitale » (1).

Quoi qu'il en soit, on peut toujours considérer la quinine et la quinidine comme des adjuvants thérapeutiques, la digitale combattant les accidents d'insuffisance cardiaque, la quinidine régularisant le rythme cardiaque.

Ainsi nous avons épuisé cette classification un peu longue basée sur la pathogénie des arythmies. Seule, avons-nous dit, elle permet d'être méthodiquement complet.

Mais nous reconnaissons qu'elle est trop parfaite pour la pratique courante.

En clientèle civile ou hospitalière on est le plus souvent obligé de se passer de tracés veineux et d'électro-cardiogrammes, et il faut pouvoir obtenir sans eux une précision suffisante.

C'est le but de la classification clinique.

II. — CLASSIFICATION CLINIQUE

A titre de conclusion, sans aucun développement puisque chacune des variétés a déjà été amplement étudiée, nous proposons cette classification :

A l'auscultation d'un cœur dont le rythme est modifié, nous répondrons d'abord à cette question très générale :

Le rythme est-il régulier ou irrégulier ?

A. **Le rythme est régulier.** — Deux grands tableaux cliniques : les tachycardies et les bradycardies.

1° Les tachycardies. — Il en est de deux sortes que l'on classe d'après leur rapidité :

a. *Tachycardies modérées* de 70 à 150.

Ce sont les tachycardies des
- infections aiguës,
- infections chroniques et cachectisantes,
- intoxications par alcool, thé, café,
- maladies du système nerveux,
- des névroses,
- de l'émotivité.

Toutes ces tachycardies sont des *arythmies sinusales* dont le pronostic est bénin en lui-même.

b. *Tachycardies rapides* de 140 à 300 à la minute.

Ce sont les *tachycardies paroxystiques* (famille des extrasystoles) débutant brusquement à la suite d'une affection causale antérieure et se terminant brusquement.

Le pronostic est beaucoup plus sérieux que pour les tachycardies précédentes.

La clinique seule ne permet pas toujours d'isoler l'auricular flutter ou *tachysystolie auriculaire* (étudiée comme variété des tachycardies paroxystiques).

Il faut avoir des notions d'anamnestiques, et surtout avoir la chance de percevoir des systoles en écho.

2° Les bradycardies. — Là encore les bradycardies sont modérées ou fortes :

a. *Bradycardies modérées* de 70 à 40 environ.

Ce sont les bradycardies héréditaires et familiales.
— infectieuses (rares).
— toxiques (ictère, urée et surtout digitale).
— nerveuses (par affections irritant le vague.

Toutes ces bradycardies sont d'*origine sinusale.*

b. *Bradycardies fortes* de 40 à 20 et même 10.

Sont dues à une lésion du système de conduction (arythmies commissurales ou maladie de Stockes Adams).

Dans de telles bradycardies rechercher les systoles en écho, comparer la fréquence du pouls à la fréquence des battements jugulaires.

Enfin, pour faire la distinction d'avec les bradycardies précédentes, essayer les épreuves de l'atropine et du nitrite d'amyle.

B. **Le rythme est troublé.** — Une simple auscultation attentive permet encore de reconnaître trois variétés dans les différents troubles du rythme :

1° Trouble superficiel ou instabilité cardiaque ;

2° Trouble profond et momentané (extrasystole et Stockes Adams à la 2e période);

3° Trouble profond et durable (arythmie complète).

1° L'instabilité cardiaque. — Il s'agit d'une modification très fugace, perceptible dans les deux ou trois minutes que dure l'auscultation.

Les changements de rythme se font sans secousse, sans repos compensateur.

Les variétés en sont :

L'*arythmie respiratoire*;

L'*arythmie de station.*

On peut y ajouter le *pouls alternant* qui n'est plus une instabilité dans le rythme, mais une instabilité dans l'intensité, et possède d'ailleurs une toute autre signification pronostique.

2° L'extrasystole qui au milieu d'une filée normale de systoles laisse entendre une contraction cardiaque trop précoce, suivie d'un silence compensateur.

Le phénomène est brusque, nettement perçu par le sujet.

Il diffère donc sérieusement de la simple instabilité.

— La clinique seule, privée des tracés, ne permet pas de reconnaître avec certitude les *variétés des extrasystoles.*

Cependant celles qui se produisent tôt, n'impressionnent pas le pouls radial et s'accompagnent à l'auscultation d'un rythme à trois temps, sont en général des extrasystoles ventriculaires.

Celles qui se produisent tardivement, impressionnent le pouls radial et s'accompagnent d'un rythme à quatre temps, sont en général de nature auriculaire.

D'autre part dans les anamnestiques :

Une lésion amenant la distension de l'oreillette (rétrécissement mitral), donnera de préférence des extrasystoles auriculaires.

Une lésion distendant les ventricules (brigthisme, artériosclérose généralisée) donnera des extrasystoles ventriculaires.

(1) Lereboullet. Revue de thérapeutique dans les maladies de cœur, in *Paris méd.*, 2 juillet 1921.

Il faut rapprocher des extrasystoles la variété clinique de *pouls bigéminé* ou *trigéminé*. Nous avons vu qu'il n'est que la reproduction d'une extrasystole toutes les deux ou trois systoles.

Cette variété s'appelle encore l'*arythmie rythmée.*

— Il importe de ne pas confondre l'extrasystole avec :

— L'arythmie respiratoire qui cesse avec la respiration ;

— Le pouls alternant qui est une arythmie dans l'intensité, tandis que le pouls bigéminé est en même temps une arythmie dans le temps (présence de repos compensateur) ;

— Avec le stockes Adams à la 2e période (voir ci-dessous).

3° STOCKES ADAMS. — A la période d'installation du blocage incomplet (début de la 2e période), le rythme est de 5/4, 4/3, soit 5 ou 4 systoles auriculaires pour 4 ou 3 systoles ventriculaires. On a donc un rythme irrégulier qui à première vue rappelle l'extrasystole. Il importe de les différencier.

Dans le stockes Adams, le pouls n'est jamais impressionné ; l'auscultation ne revèle aucun bruit ventriculaire (type de l'intermittence vraie de Lasègue et parfois un bruit lointain ou systole en écho). La numération du pouls et des battements jugulaires révèle une discordance dans les nombres.

4° ARYTHMIE COMPLÈTE OU DÉSORDONNÉE. — C'est une tachycardie de 120 à 150 qui ne rappelle rien de ce qui a été décrit jusqu'ici.

L'irrégularité et l'inégalité des systoles sont la seule règle de son rythme.

« On ne saisit pas un lambeau de rythme régulier » (Lian).

Nous avons dit qu'il y a lieu de ne pas la confondre avec des extrasystoles groupées en bouquets, mais ne pas oublier que celles-ci sont en général le terme de passage entre l'extrasystole simple et l'arythmie complète.

Conclusion. — Et ainsi sont posés les jalons d'une grande classification clinique des arythmies.

Cette classification a quelque chose d'arbitraire, car elle rapproche des variétés d'arythmies à signification toute différente.

Mais nous pouvons également critiquer la classification physiologique qui pour rapprocher des variétés cliniques éloignées laisse croire que le diagnostic des arythmies exige une instrumentation complexe et dispendieuse et que par suite il n'est pas du domaine de la pratique courante.

Or c'est précisément là contre qu'il nous faut réagir, et nous faire à cette conviction qu'en dehors des tracés divers restant l'apanage de services bien organisés, *un examen clinique attentif suffit, dans la plupart des cas pour déterminer la variété d'une arythmie et poser l'indication thérapeutique nécessaire.*

BIBLIOGRAPHIE

DECHAMBRE et LEREBOULLET. *Encyclopédie des sciences médicales*, art. CŒUR, 1889 (pour l'historique).

MAISONS. Les bradycardies, in *Gaz. des hôpit.*, 25 fév. 1911 ; — Les tachycardies, in *Gaz. des hôpit.*, 14 oct. 1911.

BARIÉ. *Maladies du cœur et de l'aorte*, 1912.

JOSUÉ et PAILLARD. *Maladies de l'appareil circulatoire*, 1914.

MARTINET. *Diagnostic clinique*, 1919.

JOSUÉ. *Séméiologie cardiaque actuelle*, 1920.

LUTEMBACHER. Les arythmies désordonnées, in *Paris méd.*, 31 juillet 1920.

VAQUEZ. *Maladies du cœur*, 1921.

MARTINET. *Thérapeutique clinique*, 1921.

CASTAIGNE et ESMEIN. *Les Maladies du cœur et des artères*, 1921, t. II.

PERRIN et RICHARD. *Les Arythmies dans la pratique journalière*, 1921.

LEREBOULLET. Les maladies du cœur en 1921, Revue annuelle, in *Paris méd.*, 2 juillet 1921.

LIAN. *Maladies du cœur*, 1922 ; — Diagnostic clinique des arythmies, in *Concours méd.*, 22 mars 1922.

ACHARD. Pouls lent permanent, in *Monde méd.*, 15 juin 1923.

DONZELOT. Les crises d'arythmie complète, in *Paris méd.*, 14 juillet 1923.

DANIELOPOLU. Les épreuves végétatives, in *Presse méd.*, 25 août 1923.

WALSER. Les bradycardies totales, in *Bull. méd.*, 26-29 déc. 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1923)

Un pupillomètre permettant la mesure de la pupille en lumière dosée. — M. André BROCA.

Sur le réflexe photomoteur. — M. Jacques COUVREUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1924)

Discussion du rapport de M. Wallich sur la protection des enfants du premier âge. — M. PINARD rappelle que deux de ses collègues éminemment qualifiés, MM. Marfan et Léon Bernard, ont pris la parole pour combattre les conclusions de ce rapport. Il se déclare de leur avis.

Pour M. Pinard, il est un principe fondamental, c'est que tout ce qui contribue à éloigner l'enfant de sa mère met celui-ci en danger de mort, ainsi que l'a écrit Roussel. C'est là une vérité absolue.

M. Pinard s'associe à M. Wallich dans la critique qu'il a faite des statistiques administratives. Il appartient à la Commission de l'hygiène de l'enfance de demander qu'on exigeât des administrations des statistiques plus rigoureuses.

Il est une chose déplorable que constate M. Pinard, c'est que les femmes n'allaitent plus leurs enfants, et, fâcheuse coïncidence, il y a aussi la crise de l'industrie nourricière que, d'ailleurs, M. Pinard est loin de regretter.

M. Pinard est partisan de la revision de la loi Roussel. Il l'a déjà prouvé en proposant la loi Pinard.

Il faut arriver à obtenir une surveillance plus active des pouponnières. M. Wallich a eu raison de distinguer des catégories pour les enfants protégés. Il y a les enfants séparés de leur mère et il y a les enfants abandonnés.

En l'année 1921, on a compté vingt mille enfants abandonnés. A la fin de cette même année, sur ces vingt mille enfants, on comptait deux mille morts. Il doit être possible de diminuer le nombre de ces malheureux enfants abandonnés.

M. Pinard relève dans les pouponnières plusieurs causes de mort pour les enfants ; c'est d'abord l'agglomération elle-même, puis la contagion, l'insuffisance des soins et c'est aussi la séparation d'avec la mère. On ne saurait donc entourer les pouponnières de trop de garanties. Elles doivent contenir des dortoirs, une infirmière et un lazaret. En somme, M. Pinard regrette d'avoir à constater que les pouponnières n'ont pas toujours donné de résultats bien favorables.

Quel peut être le sort d'un enfant privé de sa mère et de son lait, placé dans un milieu nocif, exposé aux dangers de l'agglomération, de la contagion et des épidémies ? Pour toutes ces raisons, M. Pinard ne saurait accepter les conclusions du rapport de M. Wallich.

Dénomination des eaux minérales. — M. CARNOT fait un rapport sur la dénomination d'origine des eaux minérales.

Commission des épidémies. — L'Académie a repris les habitudes d'avant-guerre en chargeant la Commission des épidémies de présenter de nouveau un rapport annuel.

C'est M. TEISSIER qui, cette année, a été chargé de ce soin. Il s'en est tiré à la grande satisfaction de l'Académie à en juger par les marques d'approbation qui l'ont accueilli.

M. Teissier commence par rappeler que l'Académie est un comité consultatif auprès des Pouvoirs publics qu'elle doit renseigner sur l'état des épidémies, sur les moyens de les combattre ou mieux encore de les prévenir. M. le rapporteur fait ressortir, à ce point de vue, l'importance de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles. Malheureusement, il y a beaucoup de départements qui n'appliquent pas cette loi et qui ne fournissent ainsi aucun rapport, ni aucun renseignement.

Il en est d'autres, par contre, dans lesquels les services d'hygiène fonctionnent d'une façon très satisfaisante.

M. Teissier estime qu'il faut apporter quelques modifications à la loi de 1902 et qu'il faut demander certaines réformes.

L'année 1922 s'est montrée plutôt favorable, le nombre des naissances ayant dépassé celui des décès. La fièvre typhoïde, la grippe se sont montrées plutôt bénignes. Au point de vue de la fièvre typhoïde, il est vraiment regrettable que le public se montre si indifférent à la pratique des vaccinations. Leur efficacité est pourtant bien démontrée. M. Teissier cite l'exemple de plusieurs familles dans lesquelles les femmes seules ont été atteintes de la fièvre typhoïde, tandis que les hommes ont été épargnés par suite de la vaccination qu'ils ont subie pendant la guerre.

On a constaté, en 1922, une diminution notable de la morbidité et de la mortalité par variole. La rougeole pourrait être aussi en voie de diminution par le fait des inoculations prophylactiques.

Il est vraiment à regretter que le public et même beaucoup de médecins se dérobent aux vaccinations. Aussi ne saurait-on trop louer et encourager ceux de nos confrères qui acceptent ces nouvelles mesures, tel que, par exemple, le docteur Tissot, en Savoie, qui, au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde, a vacciné plusieurs familles qui sont restées indemnes.

M. le rapporteur fournit des renseignements concernant la méningite cérébro-spinale (Dopter), l'encéphalite léthargique (Netter), la poliomyélite (Netter), enfin la tuberculose.

Il est bien difficile d'établir des statistiques vraies, le chiffre des déclarations étant bien loin de répondre à la réalité.

Typhus aviaire et salmonellose. — M. LIGNIÈRES revendique la légitimité du groupe microbien des salmonelloses, qu'il a créé, et qui comprend les agents des paratyphoïdes, de la psittacose, de l'infection carnée, de la typhose aviaire, cette dernière ayant été rapportée à tort par MM. d'Hérelle et Truche à un bacillus sanguinarium, qui n'est, en réalité, qu'une salmonella.

Essais sur la première dentition. — M. LEDÉ a fait une communication sur la première dentition suivant les divers modes d'élevage des enfants et suivant que ces enfants sont allaités par leur mère ou confiés à des éleveuses mercenaires.

L'élevage artificiel employé dès la naissance provoque un retard dans l'évolution dentaire. M. Ledé fixe à l'âge de huit mois l'apparition de la première dent, à neuf mois pour le nourrisson nourri au sein et à dix mois pour l'enfant à l'élevage artificiel.

De cette étude, M. Ledé déduit des conséquences sociales qui doivent être prises en considération lors de la prochaine révision de la loi Théophile Roussel.

1° La limitation de l'âge de l'enfant de l'éleveuse au sein, limitation à quatre mois accomplis afin de ne pas retarder la percée des dents de l'enfant de l'éleveuse et que le nourrisson ne trouve pas en son frère de lait un concurrent trop insatiable.

Mais l'élevage mercenaire au sein n'est plus pratiqué en France et en 1923, 99 p. 100 des enfants nés à Paris, ont été confiés à des éleveuses à l'élevage artificiel.

2° Il y a donc lieu de réglementer sévèrement cet élevage artificiel en ne confiant aux éleveuses que des enfants âgés au moins d'un mois accompli.

Il est bien de penser à accroître la natalité, il est mieux de conserver les naissances vivantes.

Et répétons ce qu'a dit Lakanal à la Convention :

« La mère doit être la nourrice payée de son enfant. »

La loi Th. Roussel est à refaire de fond en comble, car il faut en éloigner toutes les vétustés administratives et paperassières qui l'encombrent et donner à la future loi un essor vigoureux, efficace, scientifique et médical, Théophile Roussel en a maintes fois manifesté l'ardent désir.

Nouvelle méthode de récupération fonctionnelle des impotents. — M. Gabriel BIDOU montre avec la documentation détaillée d'un film cinématographique, comment un paralytique des deux membres inférieurs et du tronc peut être récupéré.

Après avoir expliqué avec quels soins l'examen physiologique du malade doit être pratiqué, sous le contrôle et avec l'aide d'instruments de mesure spéciaux qu'il a créés dans ce but, il nous fait assister à une journée de l'existence d'un impotent. Le film nous le montre se levant, s'habillant, écrivant à son bureau, prenant une voiture, allant à ses affaires dans une rue de Paris, rentrant chez lui.

Nous le voyons encore, en ouvrier ajusteur, travaillant à l'étau avec la même aisance qu'un ouvrier normal. Et tout cela se passe sans l'aide de qui que ce soit.

Ces résultats vraiment surprenants sont dus à un long travail d'observation, à une connaissance approfondie de l'art de l'ingénieur et de la physiologie.

Cette nouvelle branche bien déterminée de la science médicale ouvre de larges espoirs à tous les impotents en leur faisant entrevoir le retour à l'indépendance.

Nous ajouterons que le docteur Bidou a présenté le malade, sujet du film, après la séance aux membres de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1924)

Sur un cas de hoquet persistant depuis quinze mois. — MM. G. GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et P. MATHIEU présentent un malade de trente-six ans chez lequel on constate ce phénomène exceptionnel d'un hoquet persistant depuis quinze mois. Ce hoquet a débuté brusquement sans aucune cause provocatrice apparente, il persiste tous les jours et n'est interrompu que la nuit durant le sommeil. Les secousses diaphragmatiques, au nombre de dix à quatorze par minute, s'accompagnent d'une secousse bilatérale des muscles du cou, des peauciers et aussi des muscles de la paroi abdominale, en particulier des grands droits. Ni la compression oculo-cardiaque, ni la compression du plexus solaire ou du nerf phrénique ne modifient ce hoquet. Un examen radioscopique a montré qu'il s'agit d'une contraction limitée à l'hémidiaphragme droit. Il n'existe chez ce malade aucune lésion du cœur, des poumons, du médiastin, aucun trouble du système nerveux central. Les auteurs pensent que ce hoquet chronique persistant, pour lequel aucune étiologie habituelle ne peut être invoquée, est à rapprocher de certaines contractions rythmiques observées comme séquelles de l'encéphalite épidémique.

Un cas typique de sodoku à Paris. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BINET, SERRANT et ARBEIT présentent un homme de trente-six ans, infecté de sodoku par morsure de rat à la main gauche, le 11 mai 1923 ; le premier accès fébrile qui éclata le 25 mai, fit hésiter entre une fièvre typhoïde et une méningite cérébro-spinale. En plus des accès fébriles à 39 degrés et plus durant trois jours et revenant tous les trois jours, le malade eut une éruption érythémateuse avec arthralgie, céphalée, albuminurie, amaigrissement, réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang. Le sang inoculé à la souris permit de reconnaître le spironema sodoku. Le traitement arsenical (sulfarsénol, liqueur de Fowler) détermina rapidement la guérison clinique et la disparition de la réaction de Wassermann. Une rechute légère avec éruption morbiliforme, céda très vite au traitement. Aujourd'hui, sans aucun signe clinique et malgré la continuation du traitement arsenical persiste encore une réaction sanguine de Hecht

partiellement positive. Le sodoku étant une spirochétose, la réaction de fixation avec l'antigène syphilitique doit être considérée comme une réaction de groupe.

M. APERT signale, à propos, l'observation d'un enfant atteint de sodoku par morsure de rat au doigt. Il insiste sur les poussées de lymphangite au moment des accès fébriles. Un ganglion extirpé permit de retrouver le spirochète.

Coma diabétique traité par l'insuline. — MM. LION, CHABANIER et MINVIELLE communiquent l'observation d'une malade entrée à la Pitié en plein coma diabétique avec postglycosurie et acétonurie. Ils ont institué un traitement intensif par l'insuline qui a déterminé la disparition de l'acétonurie en quelques heures et celle de la glycosurie en vingt-quatre heures.

La malade réveillée trente heures environ après le début du traitement pouvait être considérée comme sauvée trois jours après.

Un cas de léontiasis ossea. — MM. E. DE MASSARY et J. RACHET présentent une femme de soixante-trois ans dont les déformations hypertrophiques cranio-faciales permettent d'hésiter entre maladie de Paget et léontiasis ossea. Il semble pourtant que l'on puisse affirmer cliniquement pourtant ce dernier diagnostic par la coexistence de lésions craniennes et faciales par la saillie anormale des pommettes, leur écartement exagéré, l'aplatissement et l'hyperostose de la voûte palatine, l'intégrité du maxillaire inférieur, l'absence de toute lésion des os longs des membres. La radiographie ne permet aucune différenciation, car aussi bien dans la maladie de Paget que dans la léontiasis ossea on note l'aspect floconneux et flou caractéristique du massif cranio-facial.

Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — MM. Paul CLAISSE et L. LOUET. La vaccinothérapie de la fièvre typhoïde a été l'objet de nombreuses recherches.

Pourtant, au cours des dix années écoulées, il ne semble pas que la méthode se soit généralisée.

Peut-être existe-t-il une certaine appréhension contre le vaccin antityphoïdique.

Au cours de la guerre, il a été prouvé son admirable efficacité préventive ; mais dans le public et dans le corps médical on a conservé le souvenir de certains cas où la réaction fut violente.

Aussi peut-on hésiter à l'employer chez des sujets déjà touchés par la maladie, craignant de leur imposer une réaction dangereuse.

Le but de ce travail est de prouver que ces craintes sont illusoires. Les auteurs apportent quatre observations de rechutes ainsi traitées, c'est-à-dire de vaccinothérapie chez des sujets affaiblis par une longue épreuve morbide. Chez ces malades, la vaccinothérapie n'a occasionné aucune réaction inquiétante ni même pénible.

Chaque fois, alors que la rechute était nettement établie, on a débuté par de petites doses d'un demi-centimètre cube passant ensuite à trois quarts et à 1 centimètre cube. Chaque injection est suivie d'un léger crochet fébrile, puis d'un abaissement d'environ un demi-degré les jours suivants ; du troisième ou quatrième jour une nouvelle injection donne un résultat analogue et par une descente en escalier la courbe revient à la normale.

Le vaccin employé est le T. A. B. de l'Institut Pasteur, polyvalent.

Aucune complication, ni même aucun incident ne sont survenus.

Endocardite maligne streptococcique à forme typhoïde avec signes de rétrécissement mitral pur. Etude bactériologique (*présentation de pièces*). — MM. JACOB et LOUET. Homme de vingt-trois ans, entré à l'hôpital Laënnec au dixième jour d'une affection aiguë à début brusque, à allure typhoïde, avec signes physiques d'un rétrécissement mitral. Mort au vingt-deuxième jour sans que les signes stéthacoustiques aient jamais subi la moindre modification.

A l'autopsie, volumineuses végétations occupant uniquement la face axiale des deux valves de la mitrale, surtout de la grande et obturant en partie l'orifice auriculo-ventriculaire, expliquant les signes physique; embolies viscérales récentes.

L'hémoculture a isolé un streptocoque non hémolytique et dépourvu de virulence pour l'animal offrant les caractères habituellement considérés comme appartenant aux streptocoques des endocardites malignes à forme prolongée.

M. LAUBRY insiste sur l'impossibilité de délimiter d'une façon nette les différentes formes d'endocardite. Il a observé un cas ayant évolué en dix jours comme une endocardite maligne, bien que le streptocoque ait les propriétés du streptocoque de l'endocardite lente.

M. VAQUEZ considère que le début de l'endocardite lente peut rester longtemps méconnu et que la maladie se termine après plusieurs mois d'un léger mouvement fébrile d'une façon rapide. Il s'agit d'une terminaison maligne de l'endocardite.

Résultat du traitement de cinq cas de gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse. — M. TRABAUD (de Beyrouth) résume cinq observations de gangrène pulmonaire traitée par la sérothérapie antigangréneuse. Il enregistre deux succès et trois décès. Il souhaite que les praticiens, qui ont eu recours à cette médication, veuillent, comme il le fait lui-même, publier les résultats malheureux à côté des résultats favorables de façon qu'une opinion définitive puisse être donnée sur la valeur réelle de la méthode. Il pense que la guérison quand elle est obtenue, résulte d'un choc hémoclasique et non de l'action spécifique de sérums obtenus d'ailleurs avec des germes qu'on trouve dans les plaies de guerre, mais nullement dans l'expectoration des malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1924)

M. MAUCLAIRE, président sortant, prononce l'éloge de Duplay et, en signe de deuil, lève la séance pour quelques instants.

A la reprise de la séance, M. MAUCLAIRE prononce l'allocution d'usage et invite M. Souligoux à prendre place au fauteuil.

M. SOULIGOUX remercie ses collègues et, jetant un regard sur le passé, avoue que sa joie est mélangée d'une certaine mélancolie en songeant au long chemin parcouru. Il assure ses collègues de son zèle et de son dévouement, espérant qu'ils voudront bien l'aider dans sa tâche en ne couvrant pas si souvent la voix de l'orateur par les conversations particulières, bien que celles-ci, il n'en doute pas, portent sur le sujet en discussion.

Invagination intestinale par tumeur pédiculée du grêle. — M. GOSSET fait un rapport sur une observation adressée par MM. Desplas et Flandrin. Il s'agit d'un cas d'invagination du grêle qui a été diagnostiquée. La laparotomie permet, en effet, de reconnaître une invagination du grêle qui fut réséqué. A cause de la différence des deux bouts, on fit une anastomose latéro-latérale.

L'examen de la pièce montra l'existence d'une tumeur pédiculée (fibromyome) qui était la cause de l'invagination. Dans ce cas il avait été donné un lavement bismuthé avant l'opération. M. Gosset considère ce lavement comme dangereux.

Pancréatite hémorragique. — Second rapport de M. GOSSET sur un cas de pancréatite hémorragique adressée par MM. Desplas et Héluard. Le diagnostic fut fait. On intervint. La malade était mourante. On tomba sur un foyer qui fut drainé. Ce fut une véritable résurrection. Ultérieurement, dans une seconde intervention, on ouvrit la vésicule biliaire d'où l'on retira 140 calculs. Il s'agissait dans ce cas d'une pancréatite sans stéatonécrose, ce qu'on peut expliquer par la précocité de l'intervention.

Troisième rapport de M. GOSSET sur un travail de M. Molina (du Chili) relatif à 229 opérations sur les voies biliaires, ces affections étant extrêmement fréquentes au Chili.

Au point de vue pathogénique, l'auteur fait ressortir l'importance de la grossesse, de la fièvre typhoïde, etc.

M. Molina a toujours eu recours à la cholécystectomie rétrograde. Il n'a constaté que 18 décès sur ses 229 interventions.

Occlusion intestinale. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur une observation de M. Ducarros (de Grèce). Il s'agit d'un homme de trente-huit ans souffrant du ventre depuis vingt ans. Ayant été pris de phénomènes d'occlusion, le malade fut opéré d'urgence. On constata une occlusion par bride, partant de l'ombilic; celle-ci fut sectionnée et en la suivant dans la profondeur on fut conduit à constater la présence d'un gros fragment osseux au milieu de l'épiploon. D'où pouvait venir ce fragment osseux? On pensa qu'il devait venir d'un kyste dermoïde rompu ou plus simplement qu'il s'agissait d'un fibrome de l'épiploon.

Rétraction ischémique de Volkmann traitée avec succès par une intervention sanglante. — M. MOUCHET rapporte l'histoire d'une jeune fille de seize ans traitée par M. Deniker pour une rétraction ischémique intéressant les doigts 3 et 4 et consécutive à un écrasement du bras, sans fracture ni lésion cutanée, mais avec un volumineux hématome rapidement développé et vidé par ponction quelques jours après l'accident. Sur les conseils du rapporteur, M. Deniker pratiqua sur les doigts intéressés une traction continue à l'aide d'anses de caoutchouc maintenues par des circulaires de leucoplaste. Ce traitement, mal supporté, fut ensuite remplacé par la compression directe de la main étendue sur une attelle. Bains chauds et massages tous les jours. Amélioration très rapide et restitution fonctionnelle à peu près parfaite au bout d'un mois de traitement. M. Mouchet rappelle à ce propos combien les résultats des interventions sur les tendons et le squelette ont été décevants. A l'heure actuelle, la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question sont partisans des méthodes non sanglantes qui à peu de frais et avec un peu de patience donnent généralement d'excellents résultats.

Discussion sur le traitement des cancers du rectum. — M. SAVARIAUD résume la discussion et fait le procès de la voie abdomino-périnéale pour l'ablation des cancers du rectum. Elle donne encore 40 p. 100 de mortalité. Par la voie périnéale, à laquelle M. Savariaud est resté fidèle, il n'a eu que 8 p. 100 de mortalité. Cette différence de statistique a fixé son choix. La voie combinée devrait donc être réservée uniquement aux cancers très haut situés. La voie périnéale doit répondre à la grande majorité des cas. Il faut, autant que possible, garder les sphincters.

Discussion sur les divers modes d'anesthésie. — Au cours de cette longue discussion dans laquelle on nous a toujours vanté les bienfaits de la rachianesthésie, nous attendions toujours une voix qui s'élevât pour défendre l'anesthésie générale par le chloroforme ou l'éther qui, d'après la bien longue expérience que nous en avons, ne nous a jamais donné les incidents ni les accidents attribuables, au dire même de ses défenseurs, à la rachianesthésie.

Je ne sais plus qui a dit un jour, dans une discussion semblable : « Si l'anesthésie générale au chloroforme n'avait pas été inventée, quel progrès elle représenterait aujourd'hui sur tous les nouveaux modes d'anesthésie! » Nous avons toujours été de cet avis et c'est aussi celui de M. J.-L. FAURE avec lequel je m'honore de me rencontrer.

Que lui reproche-t-on? dit-il. Le sommeil de l'opéré? Est-ce donc un progrès que de le faire assister à son opération qui peut être fort émouvante même pour le spectateur passif. Le silence abdominal? C'est affaire de bonne technique. Un bon anesthésiste l'obtient toujours. Les accidents immédiats? Ils sont d'une extrême rareté. Le choc? Il a été démontré qu'il ne relève que de la septicémie. Les accidents hépatiques ultérieurs? Ils sont bien plus rares qu'on ne l'a dit. Enfin, les accidents pulmonaires qu'on reproche à l'éther sont le plus souvent de petites embolies kystiques.

M. Faure reconnaît que le chloroforme est plus dangereux que l'éther. Mais ses mélanges et en particulier le Schleich, dont il se sert depuis plusieurs années avec un succès constant, sont beaucoup moins dangereux que le chloroforme seul.

M. Faure condamne absolument le protoxyde d'azote et l'anesthésie régionale. La rachianesthésie peut avoir des indications exceptionnelles : cardio-rénaux, fractures, opérations d'urgence quand on manque d'aides. Pour la petite chirurgie, anesthésie locale de Reclus.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1924)

Les fibres de la sensibilité profonde de la face passent-elles par le nerf facial? — MM. A. SOUQUES et E. HARTMANN montrent une malade chez laquelle on a fait, en deux opérations successives une section du nerf facial dans la parotide, et de la racine postérieure du trijumeau du même côté. Cette malade a une abolition de la sensibilité superficielle et profonde, contrairement aux malades qni n'ont subi que la neurotomie rétro-gassérienne et chez lesquels la sensibilité profonde est conservée.

Par conséquent, l'abolition de la sensibilité profonde n'étant pas due à la section de la racine postérieure du trijumeau doit relever de l'interruption du nerf facial. Les fibres de sensibilité profonde de la face ne passeraient donc pas par la racine postérieure du trijumeau, mais bien par le nerf facial.

Constante de replétion vésicale et automatisme spontané de la vessie dans les fortes compressions de la moelle. — MM. SOUQUES et BLAMOUTIER ont observé une malade qui présentait un syndrome d'interruption spinale : paraplégie totale et complète, anesthésie absolue remontant jusqu'à la XIe dorsale, exagération des réflexes tendineux et de défense, clonus du pied et signe de Babinski des deux côtés. Elle ne sentait ni le besoin d'uriner, ni le passage de l'urine.

L'examen méthodique pendant quinze jours, heure par heure, a montré que la malade avait, par jour, quatre ou cinq mictions d'apparence normale. A quatre jours différents, on mesura la quantité d'urine émise au cours d'une miction, et la quantité d'urine recueillie par la sonde, immédiatement après cette miction. Ces deux quantités étaient variables, mais inversement proportionnelles. Le total de l'urine émise spontanément, et de l'urine recueillie par le cathéter était à peu près identique dans les quatre opérations.

Il y avait là une constante de réplétion vésicale qui était nécessaire pour provoquer l'automatisme vésical. Dans le cas présent cette constante oscillait entre 720 et 740 centimètres cubes.

Il est probable que dans les cas analogues, il doit exister une constante, non pas générale, mais individuelle.

Celle-ci est facile à déterminer pour un individu donné, en mesurant deux ou trois mictions spontanées, en évaluant le liquide recueilli après chaque cathétérisme et en faisant le total. On saura ainsi la quantité d'urine qui reste après chaque miction spontanée et approximativement le temps au bout duquel le malade aura besoin du bassin.

On pourra éviter de la sorte, que le sujet souille son lit. et sa personne et empêcher les escarres et leurs terribles conséquences.

Cécité monoculaire transitoire, équivalent comitial. — M. SOUQUES présente une malade au sujet de laquelle a lieu une discussion.

M. Clovis VINCENT n'est pas sûr que l'amaurose passagère de l'œil présentée par la malade de son maître, M. Souques, soit à proprement parler un équivalent épileptique, le fait de survenir chez un épileptique, de disparaître sous l'influence du traitement par le gardénal n'est peut-être pas décisif. En effet, on considérait autrefois comme des équivalents les phénomènes qui survenaient chez les épileptiques à la place de la crise motrice, mais avec perte de conscience. Les plus fréquents des équivalents étaient les troubles mentaux (fugue). Or, la malade de M. Souques décrit sa cécité, elle fait une véritable expérience pour s'assurer que c'est bien son œil droit qui est en cause. Elle n'a pas d'obnubilation. D'autre part, le fait que le trouble est empêché par le gardénal, comme les crises comitiales n'est pas non plus un argument décisif. En dehors de l'épilepsie, le luminal n'empêche-t-il pas les poussées d'urticaire qui se développent chez certains sujets anormalement sensibles à l'antipyrine?

D'autre part, quand l'épilepsie s'associe à l'asthme, à des poussées vasomotrices (urticaire, érythème) le luminal modifie ces manifestations comme lez crises épileptiques. Peut-on dire que l'asthme, les poussées vasomotrices sont des équivalents épileptiques? Ou bien l'on doit changer la définition

du terme équivalent et considérer comme équivalents les phénomènes qui sont supposés avoir le mécanisme pathogénique (peut-être un trouble vasomoteur) de l'épilepsie.

Syndrome inférieur du noyau rouge avec troubles psychosensoriels d'origine mésencéphalique. — M. L. VAN BOGAERT rapporte l'observation clinique d'une malade ayant présenté au cours d'un syndrome inférieur du noyau rouge des troubles psychiques particuliers. Il s'agit d'une femme âgée de cinquante-neuf ans, indemne de syphilis, mais atteinte d'une andoyocardite rhumatismale. Elle fait, en juin 1922, un accident vertigineux avec chute, mais sans perte de conscience et parvient à rentrer chez elle en titubant. Les patrons remarquent une ptose bilatérale des paupières, un strabisme divergent et sa démarche ébrieuse. Elle est amenée à la clinique le lendemain.

Toute la nuit qui a suivi l'accident, elle est agitée et signale des hallucinations chromatiques et zoopsiques.

L'examen neurologique montre un hémisyndrome cérébelleux (troubles), caractéristiques de la marche, dysmétrie, hypotonie, adiadococinésie), nuancée d'une discrète teinte pyramidale (cutané plantaire, en extension, rotulien vif et brusque, clonus du pied). Légère parésie de l'hémisface opposée. Dysarthrie. Paralysie nucléaire complète de la IIIe paire du côté opposé avec ptose palpébrale. Pas de mouvements choréoathétosiques, ni de troubles sensitifs. Ces symptômes sont typiques du syndrome de Claude, et l'observation se range dans la classe des syndromes inférieurs du noyau rouge.

La malade n'est pas une éthylique, ni toxicomane, elle n'a pas d'antécédents psychiatriques. Dès le jour de son entrée, elle a insisté sur ses hallucinations. Celles-ci sont isolées, ne sont pas connexes d'un thème délirant ou interprétatif. Elles constituent le seul trouble mental, et l'orientation est complète quoique non accompagnées de troubles du sommeil comme dans une très intéressante observation de Lhermitte. Nous pensons, cependant que le caractère isolé de ces hallucinations le rapproche des phénomènes décrits par Séglas, Cotard, Farnarier, Dupré et Gelma comme « syndrome d'hallucinose ».

D'autre part, cette malade a présenté des « crises d'agitation vespérale » tout à fait analogues à celles décrites par Mlle G. Lévy dans ses observations de formes hypomaniaques de l'encéphalite. Ces poussées d'agitation à horaire fixe, terminée le plus souvent au début de la nuit, brusquement accompagnées d'excitation psychomotrice, ont été observées par Camus, Urechia, Sicard, Laignel-Lavastine, Briand, Claude et Quercy dans une série de lésions mécocéphaliques.

L'observation rapportée s'inscrit à l'étude problème des centres psychorégulateurs extracorticaux sur lesquels a insisté, à plusieurs reprises, M. Camus et dont des faits cliniques récents confirment l'intérêt.

L'association d'un syndrome de Claude typique, de troubles psychosensoriels; hallucination pure et poussée d'excitation vespérale périodiques, le rapproche d'une très intéressante observation déjà rapportée à la Société par Lhermitte de syndrome pédonculaire avec hallucination et troubles du sommeil.

Epreuve nouvelle correspondant à l'épreuve de l'index. — M. BARANY (d'Upsal).

Section de la racine du nerf trijumeau. Troubles du vertige voltaïque consécutifs. — M. Clovis VINCENT. Femme de cinquante-neuf ans, opérée par M. de Martel, le 21 décembre 1923, pour une névralgie faciale datant de treize ans.

Disparition complète des douleurs. L'examen des fonctions vestibulaires montre qu'elles sont troublées. Le vertige voltaïque est anormal. Avec deux milliampères, quel que soit le sens du courant, la tête incline et tourne exclusivement du côté droit. L'épreuve de Barany à l'eau froide (14 degrés), faite à droite détermine le nystagmus seulement au bout de deux minutes. Elle ne modifie pas l'état du vertige voltaïque. L'irrigation gauche détermine, au bout de quarante secondes, l'inclinaison de la tête et du tronc à gauche et le nystagmus; elle modifie le vertige voltaïque. Avec le pôle positif à gauche et un courant de 2 milliampères, la tête incline à gauche; avec le pôle positif à droite, elle incline à droite. Bref, l'irrigation gauche a été suivie du retour à l'état normal du vertige voltaïque. A ces phénomènes s'ajoutent les petits troubles suivants : inclinaison de la tête à droite, les yeux bandés, tout le corps tend à droite et dans la marche est entraîné à droite. Il n'existe pas de trouble de l'audition. Pas de paralysie faciale.

La perturbation labyrinthique dont les troubles précédents sont la manifestation, a été observée chez deux autres malades ayant subi la même opération. Quel est le mécanisme de cette perturbation? Quand la racine de la Ve paire a été arrachée, peut-être la traction exercée sur le nerf se transmet-elle au noyau de Deiters qui est contigu? Ainsi s'expliqueraient les troubles observés. Mais quand la racine est seulement sectionnée, qu'il n'y a pas traction, le mécanisme doit être différent. Peut-être un trouble vasomoteur résultant de la section du trijumeau est-il en cause.

Ajoutons que depuis l'opération, la malade présente une déviation de la langue à gauche qui ne s'explique pas, suivant toute vraisemblance par une action traumatique sur le nerf hypoglosse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

I. **Doctorat d'Etat.** — 108. ACHARD (Jean). — De la curiethérapie des métrites hémorragiques.

73. ACHARD (Paul). — Des suites éloignées de la myomectomie abdominale.

143. AFFRE (Marcel). — Etude du sang dans le paludisme.

90. AMBLARD (Camille). — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les sections anatomiques complètes des nerfs médian et cubital en chirurgie de guerre.

99. ANDRÉ (Aurélien). — Recherches anatomo-pathologiques sur 100 sacs lacrymaux extirpés pour dacryocystites.

32. AYME (Jean). — Les chordomes sacro-coccygiens.

31. BADOUIN (Jean). — Sur une forme larvée de péritonite tuberculeuse.

8. BAJAT (Marcel). — Contribution à l'étude de la douleur dans l'ulcus duodénal.

44. BARGY (Pierre). — Déformations professionnelles des os du crâne et des membres.

28. BARRILLET (Henri). — Excitation du nerf splanchnique chez le chien.

115. BARRE (Léon). — Croissance et carence alimentaire.

141. BARRELLE (Edmond). — Mortalité par tuberculose, à Lyon, de 1900 à 1922.

41. BATAILH (Jean). — Contribution à l'étude des procidences du sinus latéral et du golfe jugulaire. Procédés opératoires pour y remédier.

71. BAUR (André). — La thoriumthérapie des leucémies chroniques.

87. BAZIN (Jean). — Contribution à l'étude des ruptures utérines après opération césarienne.

65. BEAUMEL (Félix). — Des altérations des voies lacrymales consécutives aux déformations nasales hérédo-syphilitiques.

148. BERGEZ (Marcel). — Syndrome méningé au début de la pneumonie infantile.

59. BERNARD (Georges). — Blessures du tronc du sciatique.

52. BERTHOD (René). — Contribution à l'étude critique de la contusion de la hanche.

45. BESNOIT (Maurice). — Les conditions étiologiques de l'anaphylaxie respiratoire.

151. BEUDON (Léon). — De l'épithéliome de l'angle interne des paupières avec envahissement sinusique.

135. BOISSEAU (Henri). — Le débit respiratoire maximum et la capacité vitale au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire et dans son traitement par le pneumothorax artificiel.

98. BONNAND (Paul). — Contribution à l'étude de quelques complications cardiaques au cours du pneumothorax artificiel.

78. BONNET (Marcel). — Du traitement de l'endométrite puerpérale par un drain dilateur à demeure.

107. BOUCHE (Emmanuel). — Du traitement de la syphilis par l'acétylarsan.

109. BOUCHET (Louis-Henri). — Le pneumothorax spontané au cours de l'empyème tuberculeux.

119. BOURDON (André). — Le canal nasal. Anatomie et pathologie.

140. BOUVIER (Henri). — Dépistage de la tuberculose et réaction de déviation du complément (à l'antigène de Besredka).

66. BOYER (Paul). — Le lymphome des paupières.

33. BRANCHE (Jean). — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique.

24. BROCARD (Pierre). — Contribution à l'étude médico-légale des blessures par armes à feu.

136. BROCHAND D'AUFERVILLE (Henri). — Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chroniques par les sulfates de terres cériques.

97. BRUN (Jean-Bertrand). — Contribution à l'étude des pleurésies bienfaisantes dans la tuberculose pulmonaire chronique.

7. BUDIN (Gabriel). — L'examen radioscopique au cours de la pneumonie chez l'adulte.

55. BUFFLER (Louis). — Essais d'autohémothérapie dans la furonculose.

106. BUJADOUX (A.). — Contribution à l'étude du réflexe photo-moteur.

54. CADÉAC (Marcel). — Les caractères initiaux de l'accident primitif de la syphilis.

96. CAMPLO (Antonin). — Contribution à l'étude de l'infarctus hémorragique de l'intestin consécutif aux thrombophlébites mésaraïques.

127. CARBILLET (André). — Essai sur la séméiologie du nerf obturateur.

68. CARLIOZ (André). — L'ophtalmie sympathique post-opératoire.

94. CHAMBRON (Marguerite). — Etude du fonctionnement et des résultats de « La Natalité lyonnaise ».

23. CHANTRIOT (Pierre). — Les manifestations précoces du génie musical.

6. CHAUBET (Paul). — Contribution à l'étude des fibromyomes vaginaux.

124. CHEVALLIER (André). — Recherches sur la radioactivité des sources de l'Echaillon. Contribution à l'étude de l'émanation du thorium.

56. CLÉMENT (Jean). — De l'importance des signes articulaires de la syphilis héréditaire tardive.

50. CLÉMENT (Louis). — Le paludisme chronique hors des pays à endémicité.

3. COHEN-HADRIA (Elie). — Maladie de Darier. Revue critique à propos de deux cas nouveaux.

118. COHEN-JONATHAN (Roger). — De l'iritis blennorragique.

130. COÏC (Aimé). — Les fractures de l'os trigone.

81. COITOUX (Georges). — Contribution a l'étude des cavernes pulmonaires muettes.

93. CONTAMIN (Noël). — Signes cliniques et radioscopiques des adhérences symphysaires des plèvres constituées aux bases.

14. COUPET (Louis). — Déformations professionnelles du squelette du tronc.

103. CRETTIEZ (Stéphane). — Les vomissements dans la sténose du pylore.

10. DAUX (Raoul). — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie des annexites.

128. DELARBRE (Pierre). — Le cancer total de la muqueuse utérine.

100. DESBOS (Clément). — De l'étude radiologique des hernies inguinales volumineuses.

25. DESLANGLE (E.). — Tumeurs de la zone urétérale de la vessie et leur traitement.

137. DESPLANS (Carolus). — Contribution à l'étude des myotonies. Syndromes myotoniques liés à l'encéphalite épidémique.

15. DÉTANG (Augustin). — Revue générale sur l'empoisonnement par le benzol et l'essence de pétrole.

149. DOURIAUX (Maurice-Pierre-Jean). — Fibromyomes utérins et hypertension artérielle.

145. DOUVILLE (Maurice). — Des arsénobenzènes et des néoarsénobenzènes dans les affections des animaux domestiques.

57. DURAND (Gaston). — L'éparséno dans le traitement de la syphilis.

112. DURAND (Jean). — Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie.

86. ESCOFFIER (Charles). — Etude pharmacodynamique et expérimentale de la combinaison des sels biliaires et de l'argent colloïdal.

76. FAJADET (Clément). — De la résection du condyle dans les luxations anciennes du maxillaire inférieur.

105. FANJOUX (Louis). — Le traitement de l'érysipèle par les injections sous-cutanées de lait.

39. FARJOT (Antonin). — La nature syphilitique de la kératite interstitielle.

101. FAURE (Louis). — Contribution à l'étude clinique de la tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse du lobe inférieur.

11. FERRAND (Paul). — Quelques remarques cliniques sur l'emploi de la phényléthylmalonylurée dans l'épilepsie.

58. FIÈRE (Marcel). — Les torsions de l'épiploon dans les hernies.

74. FONTAINE (Pierre-Joseph-Prosper). — La maladie osseuse de Paget, ses lésions cardio-vasculaires, sa pathogénie syphilitique.

129. FONTAINE (Pierre-Philippe-Joseph). — Mise en suspension et élévation du bras après l'opération de Halsted.

64. FRÉJAFON (Louis). — L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.

43. GAILLARD (Charles). — Le syndrome de Stokes-Adams et les troubles de la conductibilité.

91. GAILLARD (René). — L'exploration radiologique de la mastoïde et du rocher.

29. GANIMÈDE (Fernand). — Traitement des fractures de Dupuytren par le vissage de la malléole interne.

2. GAUDIN (Charles). — Le mécanisme du rétablissement circulatoire après ligature artérielle au niveau des membres.

22. GEAY (Maurice). — Considérations sur l'épidémie de grippe 1918-1919.

9. GINESTET (Gustave). — Lipomes sous-aponévrotiques du bras.

46. GIRAUD (Robert). — Contribution à l'étude de la colloïdoclasothérapie au point de vue clinique et expérimental.

27. GLEIZE (Marcel). — Valeur séméiologique des hémorragies occultes fécales dans l'ulcus gastrique.

153. GRANDJEAN (Max). — L'argyrose du sac lacrymal.

111. GUEDENEY (Henri). — Des valvules lacrymales normales et pathologiques.

126. GUILLEMINET (Maurice). — Technique, indications et valeur de la thoracoplastie extrapleurale dans la tuberculose pulmonaire et dans la dilatation des bronches.

62. GUILLERMO (Jean). — Des formes torpides de l'ostéite tuberculeuse du calcanéum chez l'adulte.

77. HAINAULT (Louis). — Résultats éloignés de la transposition non sanglante comme traitement palliatif des luxations congénitales de la hanche compliquées de douleurs et d'attitudes vicieuses.

51. HERTRICH (Jean). — Contribution à l'étude des épanchements sous-dure-mériens traumatiques de l'adulte.

42. HOARAU (Théodore). — L'épilepsie et la vie génitale chez la femme.

85. HOSSENLOPP (Thomas) — Notions sur le goitre endémique, sa prophylaxie systématique.

89. JAMIN (André). — Contribution à l'étude des kystes et des pseudo-kystes du pancréas.

132. JOYEUX (Bernard). — Nouvelle contribution à l'étude des kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille et de la région péri-auriculaire.

20. KRICK (Paul). — Les corps étrangers intracristalliniens latents ou méconnus.

83. KUENTZ (Pierre). — Les géodes du semi-lunaire.

134. LACAMBRE (J.-Henri). — L'instabilité mentale à travers la vie et l'œuvre littéraires de Jean-Arthur Rimbaud.

34. LACOMBE (Henri). — Les diastases tissulaires en thérapeutique. Essai de zymothérapie pulmonaire.

30. LAFUE (Jean). — Indications, manuel opératoire et avantages du traitement chirurgical en deux temps de la fissure vélo-palatine.

17. LAPINÉ (Alexandre). — Etude radiographique de l'arcade pubienne chez la femme enceinte.

1. LATIL (Marie). — Protection maternelle. La « Maison des mères » du château de Gerland.

12. LE CARBONT (Jean). — Du traitement des anémies graves par les dérivés du thorium et en particulier par l'émanation.

36. LE FLOCH (Jean). — De la néphrectomie dans les fistules uretérales.

40. LE GUILLAS (Louis). — La charpente cristallinienne en Y.

131. LE PAUMIER (Paul). — Contribution à l'étude des variations morphologiques de la faux du cerveau et de ses rapports avec la face interne des hémisphères.

123. LIBOLD (Marcel). — Contribution à l'étude de la néphrite typhoïdique.

120. MAGNIER (Louis). — Les ulcérations hérédo-syphilitiques des paupières.

121. MAILLET-GUY (Jules). — Ophtalmomalacie et zona ophtalmique.

116. MAITRE (Auguste). — L'intoxication aiguë par le véronal et le dial.

139. MANIFICAT (Jean-Joseph-Eugène). — Sur la reposition sanglante du condyle huméral avec déplacement accentué en dehors.

144. MANSOURI (Abdallah). — Contribution des Arabes au progrès des sciences médicales.

92. MANTELIN (Octave). — Arthrite sacro-iliaque aiguë puerpérale.

154. MARTIGNY (Charles). — Les tumeurs primitives du sac lacrymal.

142. MAZET (Georges). — Du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie sus-pubienne transvésicale.

75. MENU (Georges). — Le traitement d'urgence des hémorragies gastriques graves par la jéjunostomie.

104. MERMILLOD (Raoul). — De la nature de l'érythème noueux spécialement considéré dans ses rapports avec la tuberculose.

85. MICHEL (Hippolyte). — L'ipéca et la digitale en injections intraveineuses dans le traitement des hémoptysies et des poussées pneumoniques de la tuberculose pulmonaire.

3.. MICHEL (Louis). — Contribution à l'étude des fièvres syphilitiques.

84. MICHON (Louis). — Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus.

70. MIGNOT (Roger). — Syphilis et tuberculose pulmonaires dans un hôpital-sanatorium militaire.

16. MILLISCHER (Pierre). — L'éducation respiratoire et les exercices physiques.

53. MOREL (Charles). — De l'ostéoclasie comme méthode de redressement des courbures rachitiques des membres inférieurs.

133. MOREL (Jacques). — Contribution à l'étude des complications pulmonaires de la pyoémie optique.

19. NOAILLAC (André). — De l'ophtalmie sympathique et de ses signes observés à la lampe à fente de Gullstrand.

67. ODIER (Louis). — L'hématocèle fronto-orbitaire.

80. PAGON (Joseph). — Le cancer aigu de la choroïde.

21. PATOISEAU (Gaston). — Etude microbiologique de cent ectasies du sac lacrymal.

114. PAUPERT (Marcel). — La désinsertion du chef tibial du soléaire comme voie d'abord sur le tronc tibio-péronier et la loge vasculaire de la jambe.

18. PÉREZ (Albert). — Traitement de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie.

5. PERRET (Louis). — Contribution à l'étude des diverticules appendiculaires.

113. PILLARD (Julien). — Le tartre dentaire et ses effets pathologiques.

69. POIGNANT (Roger). — Le traitement des plaies de guerre par l'eau sulfureuse de Challes-les-Eaux (Savoie).

37. PONSAN (Raoul). — Les cataractes hérédo-familiales.

102. POTY (Henri). — Le cancer par le goudron, étiologie, hygiène industrielle. (Voir la suite p. 173.)

48. Pradier (Marcel). — Des spermatocystites chroniques non tuberculeuses et du traitement.

117. Rétif (Edouard). — Etude psychologique sur la paranoïa.

138. Ricard (Louis). — Contribution à l'étude des eaux de Luchon. Recherche expérimentale de leur action au cours des phénomènes d'anaphylaxie.

79. Rignault (Emile). — Du sarcome ostéoïde de la choroïde.

152. Roche (Gustave). — Les paralysies du nerf moteur oculaire externe consécutives à la rachi-anesthésie.

95. Rodet (Alexandre). — L'iodothérapie par les inhalations d'iode dans la tuberculose pulmonaire et laryngée.

125. Rolland (Maurice). — Contribution à l'étude des paralysies faciales secondaires dans les fractures du rocher.

26. Roques (Maurice). — L'étincelage dans le traitement des tumeurs bénignes de la vessie.

4. Rouzaud (Denis). — Pigmentation physiologique de la muqueuse buccale en France.

146. Rouzaud (François). — Contribution au traitement de la syphilis de l'adulte, en évolution, par le protochlorure de mercure léger et dissociable en injections intramusculaires.

147. Rouzet (Georges. — Urétrite herpétique.

122. Saintpierre (Antoine) — Le myxome de la cornée.

72. Tête (Laurent). — De l'inutilité des amputations et des réamputations dans les névralgies rebelles des moignons.

110. Theillard (Jean). — De l'emploi de l'émétique d'antimoine intraveineux dans le traitement de certaines maladies coloniales.

63. Tisné (René). — Possibilité de guérison de synovites à grains riziformes par fistulisation spontanée.

49. Tonnaire (Fernand). — Ostéopathie déformante traumatique, une forme de la maladie osseuse de Paget.

61. Trésarieux (Paul). — De l'ouverture dans la vessie par voie sous-péritonéale des abcès appendiculaires résiduels après ablation de l'appendice.

155. Tuaillon (Henri). — Les dermoïdes du limbe scléro-cornéen.

38. Uberti (Albert). — L'anesthésie régionale dans la résection du maxillaire supérieur.

60. Vandier (Emile). — Contribution à l'étude du cancer de l'oreille, pavillon et conduit.

47. Veyrenc (Julien). — Contribution à l'étude des méningites à pneumobacilles de Friedlander.

81. Vittori (Jules). — Résultats de l'examen des fosses nasales dans les dacryocystites.

150. Vittot (Maurice). — Les pneumonies centrales à évolution périphérique

13. Voisin (Henri). — L'oreille chez l'aviateur.

II. **Doctorat d'Université** (*Mention Médecine*). — 175. Atchimovitch (Yordan L.). — La déformation de l'épaule en rotation interne consécutive aux traumatismes obstétricaux et son traitement.

142. Chahovitch (Xénophon). — Contribution à l'étude de la coagulabilité du sang.

158 Chaoulitch (Sava). — Du mal de Pott hérédo-syphilitique dorso-lombaire.

170. Charchanski (Nicolas). — Les formes biliaires, intestinales et appendiculaires de la péritonite plastique primitive.

176. Chlorocostas (Basile). — De la lymphorrée consécutive à l'opération de Halsted pour cancer du sein.

178. Djouritch (Pierre). — Contribution à l'étude du rein surnuméraire.

173 Djourovitch (Miladine). — Tuberculose testiculaire chez l'enfant.

144. El Neklawy (Abd el Aziz). — Le problème du déterminisme sexuel.

177. Goloubovitch (Mihaïlo). — Traitement chirurgical des sténoses pyloro duodénales d'origine biliaire.

171. Hristodoulovitch (Nénad). — Les formes gastriques de la péritonite plastique primitive.

160. KANATSOULIS (Athanase). — La myocardite rhumatismale à nodules.

163. LAZAREVITCH (Vladan). — Traitement des fractures fermées de jambe par la réduction sanglante sans prothèse.

172. MILITCH (Lioubomir). — Contribution à l'étude de la tuberculose à début hilaire chez l'adulte.

151. MILOVANOVITCH (Givota). — La conjonctivite blennorragique métastatique.

164. MIRKOVITCH (Radomir). — La rachianesthésie dans la réduction des fractures de jambe.

161. MLADENOVITCH (Michaïlo). — Etude statistique et critique sur les cas de rein unique.

174. MOUCHKATIROVITCH (Douchan). — Evolution clinique des ostéosarcomes d'après leur structure et leur aspect radiologique.

169. NIKODIÉVITCH (Vlastimir). — De la rupture spontanée des artères périphériques.

180. PAK-LIANG (Wu). — La suppuration des kystes de l'ovaire au cours de la puerpéralité.

145. POPOVITCH (Dragoche A.). — L'héméralopie de cause alimentaire.

143. POPOVITCH (Lyoubitza). — Pancréatite syphilitique fœtale.

166. POPOVITCH (Stévan). — Examen du champ pupillaire à l'appareil de Gullstrand chez 166 opérés de cataracte.

167. RAKITCH (Tihomir). — La propagation à la vessie du cancer de l'intestin.

155. RISTITCH (Yanitchié). — L'état du rein opposé dans l'hydronéphrose.

162. SPASSOVITCH (Bojidar). — Contribution à l'étude des formes cliniques des tumeurs malignes primitives de la surrénale.

156. STEVANOVITCH (Douchan). — Contribution à l'étude expérimentale de la mort par strangulation.

148. STÉVANOVITCH (Vladislav). — De la résection de la tête fémorale dans la luxation congénitale de la hanche compliquée de douleurs ou d'attitudes vicieuses.

168. STOÏANOVITCH (Svetozar). — Contribution à l'étude des ruptures sous-cutanées du tendon du quadriceps.

146. TAHINDJIS (Emile). — Les papillites syphilitiques.

165. TCHORTANOVITCH (Milorad). — De l'œdème papillaire dans les tumeurs de l'os frontal.

147. TCHVORICHT (Dragolïoub). — Contribution à l'étude du rhumatisme tuberculeux chez les enfants.

153. TZVÉTANOVITCH (Sava). — Des accidents provoqués par les lipomes préherniaires dans les hernies inguinales et crurales.

152. WAFFA (Abdul Hamid). — De l'éléphantiasis tropical du scrotum et son traitement chirurgical.

154. WOU-SENG (Sung). — Sur le traitement des tuberculoses à forme pneumonique par le pneumothorax artificiel.

159. YANKOVITCH (Radmilo). — L'arthrodèse de l'épaule dans la paralysie infantile.

182. YELITCH (Dragoutine). — Irridiation des réflexes de défense. Etude anatomo-clinique et signification physiologique.

149. YOURICHITCH (Bojidar). — Contribution à l'étude des mouvements syncinétiques dans la paralysie faciale périphérique.

157. YOVANOVITCH (Bojidar). — De la réparation des grandes pertes de substance de l'urètre par les greffes dermo-épidermiques.

150. YOVANOVITCH (Milovan). — Evolution et traitement des lésions tuberculeuses juxta-articulaires.

179. ZDRAVKOVITCH (Miodrag). — Contribution à l'étude des infections urinaires à pneumobacilles de Friedlander.

181. ZDRAVKOVITCH (Svetolik). — Traitement de l'épithélioma de l'angle interne des paupières par les rayons X.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL BROCA. (Service de M. le professeur Jean-Louis FAURE.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; F.-H. de Beaufond, chef de clinique; Michon, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 18 février au samedi 1er mars.

Le cours, complet en douze leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 heures à 19 heures, sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades. Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis, vendredis, de 15 à 17 heures.

HOPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois, chef de service, commencera le vendredi 15 février, à 10 heures, une série de quinze leçons sur les maladies de l'oreille et les complications des otites, avec la collaboration de MM. Grenet, médecin de l'hôpital Laënnec; Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; André Bloch, Maurice Bouchet, Tarneaud, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 10 heures et comprendra :

1° Une consultation expliquée d'une heure pendant laquelle les élèves assisteront à l'examen des malades nouveaux et seront exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales.

2° Une leçon conçue dans un sens pratique, les mêmes jours, à 11 heures.

Les mardis, jeudis, samedis, les élèves pourront assister aux interventions pratiquées dans le service.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec, auprès de M. André Bloch, assistant du service oto-rhino-laryngologique. Droit d'inscription : 150 francs (75 francs pour les auditeurs des cours précédents).

THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Cours complémentaire de crénothérapie et climatothérapie*, en février 1924, les vendredis et samedis, à 17 heures, grand amphithéâtre.

HOPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres, XVe). — CONFÉRENCES DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE M. LE DOCTEUR DELORT. — 1° Dimanche 3 février, à 10 h. 1/2 : Les grandes lignes de la thérapeutique médicale en gastro-entérologie.

2° Dimanche 10 février, à 10 h. 1/2 : Les suites éloignées des opérations sur l'appareil digestif.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. (Dispensaire de l'administration générale de l'Assistance publique.) — MALADIES DE LA BOUCHE ET DES DENTS. — Les conférences sur la syphilis tertiaire de la cavité buccale, par le docteur Rousseau-Decelle, ancien interne des hôpitaux, professeur de pathologie buccale, commenceront le 1er février, à 17 h. 30.

Cours public et gratuit ouvert aux étudiants, aux docteurs en médecine et aux chirurgiens-dentistes.

S'inscrire par simple lettre adressée au directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

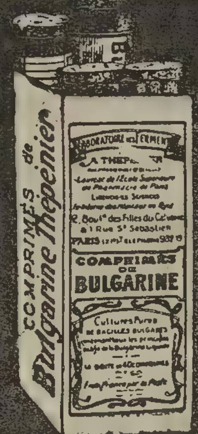
Les défaitistes de l'amour, par le docteur Albert CHAPOTIN, ancien professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth. Un fort vol. de 516 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, « Les Livres pour tous », 142, rue Montmartre.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTEES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854. Seine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de pharmacien des hôpitaux. — *Avis important.* — L'ouverture du concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux, primitivement fixée au mardi 11 mars 1924, est reportée à une date ultérieure.

En conséquence, le registre d'inscription ne sera pas ouvert le 11 février prochain, comme il avait été annoncé.

Hopitaux de province. — Nimes. — M. le docteur Cabouet est nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lemaître est institué agrégé (section d'oto-rhino-laryngologie), pour une période de neuf ans, à compter du 1er décembre 1923.

Sont nommés pour l'année scolaire 1923-1924 :

Chef des travaux : M. Philibert, agrégé, bactériologie.

Chefs de laboratoires : MM. Guy-Laroche et Bertrand, clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière); M. de Just, clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis); M. Firbach, délégué, clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).

L'arrêté du 25 juillet 1923, par lequel M. Hervieux a été institué agrégé des facultés de médecine, est rapporté.

M. Roussy, agrégé libre, est nommé, pour l'année scolaire 1923-1924, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Facultés de médecine. — Montpellier. — M. le professeur Forgue est nommé directeur du centre de lutte anticancéreuse de Montpellier, créé près la Faculté de médecine de cette ville.

Sont nommés chefs des divers services :

M. le professeur Pech, comme chef du service de physicothérapie.

M. le professeur Grynfelt, comme chef du service d'anatomie pathologique.

MM. les professeurs Lamarque et Turquini sont adjoints à MM. les professeurs Pech et Grynfelt, dans chacun de ces deux services.

M. le docteur Roux est nommé assistant.

— Strasbourg. — M. Humbert, médecin de policlinique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de clinique médicale.

— Toulouse. — M. Valdiguié, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, des fonctions de chef des travaux pratiques de chimie biologique et des conférences de chimie aux étudiants en pharmacie.

M. Martin, chef des travaux de micrographie, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, de conférences de pharmacie galénique.

Il est créé un emploi de préparateur adjoint d'hydrologie.

Mlle Mandrillon, sage-femme de 1re classe, est nommée, du 1er janvier au 31 octobre 1924, sage-femme en chef à la clinique d'accouchements, en remplacement de Mlle Farine, décédée.

Écoles de médecine. — Clermont-Ferrand. — M. le docteur Moureyre est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er décembre 1923, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Dijon. — M. David, pharmacien de 1re classe, ancien suppléant, est chargé, jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— Marseille. — M. Arnoux, licencié ès sciences, est chargé, du 16 décembre 1923 au 31 octobre 1924, des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques, en remplacement de M. Jauffret, démissionnaire.

— Rennes. — M. Chevrel, chef des travaux de bactériologie et d'anatomie pathologique, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1927.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Fleury, professeur, hydrologie; Houlbert, professeur, cryptogamie; Hardouin, suppléant, médecine opératoire : les docteurs Lenorcy, stomatologie ; Sizaret, maladies mentales.

— ROUEN. — M. Le Grand, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er décembre 1923, professeur d'anatomie, en remplacement de M. Bataille, décédé.

M. Longuet, professeur, est chargé, à partir du 1er décembre 1923 et jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— TOURS. — Un congé, du 16 novembre 1923 au 15 février 1924, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Maurel, chef des travaux de physique.

M. Menuet, professeur, est chargé, du 16 novembre 1923 au 15 février 1924 (durée du congé accordé à M. Maurel), des fonctions de chef des travaux de physique.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Lagrange (de Bordeaux) a été élu membre correspondant dans la section de médecine et chirurgie.

GUERRE. — Le ministre vient de constituer un Comité consultatif pour l'étude des questions concernant l'éducation physique, les sports et la préparation militaire.

Sont nommés membres de ce Comité, MM. les docteurs Bordes, Bellin du Coteau, les médecins-majors Boigey et Viala.

LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES. — Le ministre de l'Instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant (*J. O.*, 2 fév. 1924) :

L'article 9 du règlement modèle, annexé à l'arrêté du 18 août 1893, est modifié ainsi qu'il suit :

« Tout enfant atteint d'une maladie contagieuse bien confirmée doit être éloigné de l'école. Sur l'avis conforme du médecin, peuvent être également éloignés tous les enfants qui cohabitent avec des personnes atteintes de maladies contagieuses nettement confirmées. »

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion aura lieu le lundi 18 février 1924, au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur le shock, par M. le professeur agrégé Jeanneney, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE A PARIS. — Le sixième dîner de l'Amicale des médecins de Bretagne a eu lieu le 23 janvier dernier, avec une cordialité et un entrain qui sont de bon augure pour l'avenir et la prospérité de la Société.

Aux côtés du docteur Baratoux, président, et des docteurs Courcoux et Planson, vice-présidents, avaient pris place plus de cinquante confrères.

Après un délicieux repas, il fut question de nos compatriotes et futurs confrères, les étudiants bretons. L'Amicale des médecins de Bretagne leur souhaitant la bienvenue dans la capitale, tient à leur faire savoir que les membres de son bureau sont à leur disposition pour tous renseignements désirables.

UN CENTENAIRE DANS LA PRESSE MÉDICALE. — Le *Journal de médecine de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest* vient d'entrer dans sa cent et unième année.

Fondé par le docteur Guérin, chirurgien de l'hôpital Saint-André sous le titre de *Journal médical de la Gironde*, le bel organe de l'Ecole bordelaise n'a cessé de prospérer et il occupe aujourd'hui une place des plus importantes dans la presse médicale française.

Nous tenons à adresser nos bien vives félicitations à son rédacteur en chef, M. le professeur Arnozan, et à son administrateur notre excellent confrère et ami M. le professeur Cruchet.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M BRINDEAU.) — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Metzger, Le Lorier, Ecalle, agrégés, accoucheurs des hôpitaux; Vaudescal, agrégé; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, chef de clinique et anciens chefs de clinique; Réglade, Cerné, chefs de clinique adjoints; Chomé, assistés de MM. de Manet, Joanny, Vidal et La Burthe, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le vendredi 15 février 1924. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 100 francs.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHYSIOTHÉRAPIE. — Vendredi 8 février, à 22 heures, conférence par M. Henri-Jean Frossard, sur « Les dangers de la gymnastique respiratoire », 5, rue de Châteaubriant, à la Société française de physiothérapie.

XVIIIe V. E. M. AUX STATIONS THERMALES DE LA MÉDITERRANÉE (vacances de Pâques 1924). — Le XVIIIe voyage d'études médicales, sous la direction du professeur Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, et du professeur agrégé Rathery, aura lieu cette année aux stations de la Méditerranée, ce qui modifiera sa date habituelle. Le temps dont disposent les médecins à cette époque de l'année étant généralement limité, le XVIIIe V. E. M. comprendra trois circuits indépendants :

A. Le circuit principal comprendra les stations de la Provence et de la Côte d'Azur, du 17 au 23 avril.

Concentration à Aix-en-Provence. Dislocation à Nice.

Nombre d'adhérents : environ 180.

Prix du voyage : 450 francs.

B. Un circuit préalable est à l'étude pour les stations de la Cerdagne et des Pyrénées-Orientales (arrivée à Carcassonne et visite individuelle de la ville le 13). Concentration à Carcassonne le 14 avril au matin et départ par autocars; vallée de l'Aude, Usson-les-Bains, Mont-Louis, Font-Romeu, les Escallades, Thuès-les-Bains, Vernet les-Bains, Le Boulou, Amélie-les-Bains, Banyuls, Montpellier : jonction avec le circuit principal à Aix, le 17 au matin.

Nombre maximum d'adhérents : 60.

Prix approximatif du voyage : 350 francs.

C. Enfin un troisième circuit en Corse est à l'étude pour la période du 24 au 27 avril : traversée de Nice à Bastia, Orezza, Corté-Vizzavona, Piana. Ajaccio. Départ probable pour Nice ou si possible pour Marseille, le 27 avril au soir.

Nombre maximum d'adhérents : 60.

Prix approximatif : 400 francs.

Comme les années précédentes, les médecins et étudiants en médecine bénéficieront sur les chemins de fer français du voyage à demi-tarif, du lieu de résidence ou de la gare frontière au point de concentration et vice versa; mais, par décision du Comité des grands réseaux, cette faveur n'est plus étendue aux femmes ou filles de médecins. L'admission des femmes ou filles d'adhérents est donc différée et ne pourrait, en tous les cas, avoir lieu qu'en nombre limité et à des conditions peut-être plus onéreuses. (La question est encore à l'étude.)

Prière aux confrères, désireux de participer au XVIIIe V. E. M., d'adresser le plus tôt possible leur demande d'admission au docteur Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris (XVIe).

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DU SANG DANS LES CIRRHOSES DE LAËNNEC

Par MM. DUCAMP, MANS et RAUX
(de Moutpellier).

But des recherches. — Nous avons eu pour but de rechercher les modifications sanguines, provoquées par les lésions caractéristiques des cirrhoses de Laënnec. Ces affections causant des altérations profondes et durables du tissu noble hépatique, et le foie jouant un rôle de tout premier ordre dans l'hématopoïèse, un retentissement sur la constitution du sang devait nécessairement se manifester. Nous avons donc étudié les modifications de la morphologie des hémo-cellules, des numérations globulaires, des formules leucocytaires et de la tension artérielle, dans les cirrhoses ascitogènes ; et comme les foies cardiaques subissent souvent une transformation scléreuse, il nous a paru logique d'étendre notre étude aux réactions morbides sanguines provoquées par ces derniers états pathologiques. Nous allons d'abord donner les observations et les examens pratiqués et dans nos conclusions nous développerons les résultats et l'intérêt de nos recherches.

Observations et examens. — *A.* **Foies cardiaques.** — Observation I. — Mme X..., quarante-cinq ans. Fermière. Entrée le 18 octobre 1922.

Insuffisances mitrale et tricuspidienne. Ascite, œdème des membres inférieurs avec prédominance à droite. Foie gros et douloureux. Rate percutable.

Bordet-Wassermann 0
Hecht-Bauer 0

Premier examen. — 20 octobre 1922 :

Morphologie 0
Globules rouges 4.760.000
Globules blancs..... 5.500

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	3
		Lymphocytes......	19
	Polynucléaires	Neutrophiles......	77
		Eosinophiles......	1

Tension ...... Maximum.... 12 ; Minimum 9

Deuxième examen. — 26 octobre 1922 :

Morphologie 0
Globules rouges 4.440.000
Globules blancs..... 6.500

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	7
		Lymphocytes......	25
	Polynucléaires	Neutrophiles......	67
		Eosinophiles......	1

Tension ...... Maximum.... 11 ; Minimum 8,5

Obs. II. — M. X..., cinquante-deux ans. Cultivateur. Entré le 25 mars 1923.

Insuffisance mitrale. Ascite légère. Pas de circulation complémentaire. Pas d'œdème des membres inférieurs. Foie douloureux et hypertrophié. Pas de splénomégalie.

Bordet-Wassermann 0
Hecht-Bauer 0

Premier examen. — 26 mars 1923 :

Morphologie........ 0
Globules rouges 3.950.000
Globules blancs..... 10.600

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	11
		Lymphocytes	17
	Polynucléaires	Neutrophiles......	70
		Eosinophiles......	1
		Basophiles........	1

Tension ...... Maximum.... 13 ; Minimum 10,5

Deuxième examen :

Morphologie........ 0
Globules rouges 4.240.000
Globules blancs..... 9 800

Formule leucotaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	13
		Lymphocytes	17
	Polynucléaires	Neutrophiles......	68
		Eosinophiles......	2

Tension ...... Maximum.... 13,5 ; Minimum 10

B. **Cirrhoses de Laënnec.** — Observation I. — M. X..., cinquante-cinq ans. Marchand de vins. Entré le 25 octobre 1922.

Ventre de batracien, ascite abondante et libre. Œdème des membres inférieurs. Circulation complémentaire. Petit foie ; grosse rate.

Bordet-Wassermann.. + + +
Hecht-Bauer......... + + +

Examens du sang. — *Premier examen.* — 28 octobre 1922 :
Morphologie : Quelques macrocytes et microcytes. Pas de poïkilocytose. Pas d'hématies nucléées.

Globules rouges 2.480.000
Globules blancs..... 44.200

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	40
		Lymphocytes	4
	Polynucléaires	Neutrophiles......	50
		Eosinophiles......	7

Tension ...... Maximum.... 11,5 ; Minimum 8,5

Deuxième examen. — 3 novembre 1922 :

Morphologie........ 0
Globules rouges 3.600.000
Globules blancs..... 38.000

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	29
		Lymphocytes	18
	Polynucléaires	Neutrophiles......	48
		Eosinophiles......	5

Tension ...... Maximum.... 12 ; Minimum 9

Troisième examen. — 11 novembre 1922 :
Morphologie : Quelques micro et macro. Légère poïkilocytose.

Globules rouges 3.800.000
Globules blancs..... 27.400

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	37
		Lymphocytes	13
	Polynucléaires	Neutrophiles......	46
		Eosinophiles......	4

Tension ...... Maximum.... 12 ; Minimum 9

Quatrième examen. — 18 novembre 1922 :

Morphologie : Légère anisocytose. Poïkilocytose (nombreux globules piriformes, en bâton de policeman).

Globules rouges 3.200.000
Globules blancs..... 24.000

Formule leucocytaire.			
	Mononucléaires	Grands, moyens...	42
		Lymphocytes......	2
	Polynucléaires	Neutrophiles	50
		Eosinophiles......	3
		Myélocytes........	2

Tension ...... Maximum.... 13,5 ; Minimum 7,5

Cinquième examen. — 25 novembre 1922 :

Morphologie........ 0
Globules rouges 3.000.000
Globules blancs..... 29.000

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens... (dont 60 % de grands).	48
	Lymphocytes	4
Polynucléaires	Neutrophiles......	45
	Eosinophiles......	3

Tension...... { Maximum.... 13 ; Minimum 8

Sixième examen. — 6 décembre 1922 :

Globules rouges 3.450.000

Septième examen. — 12 janvier 1923 :

Morphologie : Quelques globules nains et géants. Pas de poïkilocytose.

Globules rouges 3.720.000
Globules blancs..... 7.600

Formule leucocytaire.....		
Mononucléaires	Grands, moyens...	41
	Lymphocytes	8
Polynucléaires	Neutrophiles......	46
	Eosinophiles....	5

Tension...... { Maximum..... 13 ; Minimum 8

Huitième examen. — 23 janvier 1923 :

Morphologie : Anisocytose légère. Poïkilocytose nette (clubs).

Globules rouges .. . 3.900 000
Globules blancs .. . 7.300

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens ..	32
	Lymphocytes	11
Polynucléaires	Neutrophiles......	50
	Eosinophiles......	3
	Myélocytes	4

Tension...... { Maximum.... 13 ; Minimum 8,5

Neuvième examen. — 5 février 1923 :

Morphologie : Légère anisocytose.

Globules rouges 4.800.000
Globules blancs..... 11.900

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	30
	Lymphocytes	17
Polynucléaires	Neutrophiles......	39
	Eosinophiles......	1
	Myélocytes	13

Tension...... { Maximum.... 14 ; Minimum 8,5

Obs. II. — Mme X..., cinquante-six ans. Sans profession. Entrée le 13 janvier 1923.

Ascite. Circulation périombilicale. Œdème des membres inférieurs. Foie atrophié. Rate percutable.

Bordet-Wassermann........ 0
Hecht-Bauer.............. 0

Examens du sang. — *Premier examen.* — 13 janvier 1923 :

Morphologie 0
Globules rouges 2.560.000
Globules blancs..... 10.000

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	10
	Lymphocytes	2
Polynucléaires	Neutrophiles......	86
	Eosinophiles......	2

Tension...... { Maximum.... 10,5 ; Minimum 7,5

Deuxième examen. — 20 janvier 1923 :

Morphologie....... 0
Globules rouges 2.800.000
Globules blancs..... 8.000

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	15
	Lymphocytes	4
Polynucléaires	Neutrophiles......	80
	Eosinophiles......	1

Tension...... { Maximum.... 11 ; Minimum 7

Obs. III. — Mme X..., cinquante-quatre ans. Sans profession. Entrée le 15 avril 1923.

Ventre de batracien typique (ascite abondante et libre). Tête de Méduse. Hémorrhoïdes. Œdème des membres inférieurs. Foie atrophié. Hypertrophie splénique.

Bordet-Wassermann.. + + +
Hecht-Bauer......... + + +

Examens du sang. — *Premier examen.* — 15 avril 1923 :

Morphologie : Anisocytose et poïkilocytose nettes.

Globules rouges 2.800.000
Globules blancs..... 22.000

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	36
	Lymphocytes	7
Polynucléaires	Neutrophiles......	54
	Eosinophiles......	3

Tension...... { Maximum.... 11 ; Minimum 8

Deuxième examen. — 25 avril 1923 :

Morphologie : Anisocytose et légère poïkilocytose.

Globules rouges 3.000.000
Globules blancs..... 16.000

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	27
	Lymphocytes	12
Polynucléaires	Neutrophiles......	58
	Eosinophiles......	3

Tension...... { Maximum.... 11,5 ; Minimum 7,5

Obs. IV. — Mlle X..., vingt-cinq ans. Ménagère. Entrée le 5 avril 1923.

Au cours d'une laparotomie un prélèvement du foie a été pratiqué. L'examen biopsique a révélé les lésions caractéristiques d'une cirrhose de Laënnec, et de plus établi l'élément étiologique en cause : le bacille de Koch.

Bordet-Wassermann........ 0
Hecht-Bauer.............. 0

Examens du sang. — *Premier examen.* — 7 avril 1923 :

Morphologie........ 0
Globules rouges 4.200.000
Globules blancs..... 9.000

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	34
	Lymphocytes	2
Polynucléaires	Neutrophiles......	57
	Eosinophiles......	7

Tension...... { Maximum.... 11,5 ; Minimum 7,5

Deuxième examen. — 20 avril 1923 :

Morphologie........ 0
Globules rouges 4.100.000
Globules blancs..... 9.400

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	29
	Lymphocytes	7
Polynucléaires	Neutrophiles......	56
	Eosinophiles......	8

Tension...... { Maximum.... 12 ; Minimum 7,5

Troisième examen. — 6 mai 1923 :

Morphologie........ 0
Globules rouges..... 4.250.000
Globules blancs..... 8.500

Formule leucocytaire.		
Mononucléaires	Grands, moyens...	27
	Lymphocytes	8
Polynucléaires	Neutrophiles......	61
	Eosinophiles......	4

Tension...... { Maximum.... 12 ; Minimum 7,5

Morphologie. — TABLEAU I.

OBSERVATION	DIAGNOSTIC	ANISOCYTOSE	POÏKILOCYTOSE
1....	Foie cardiaque.	0	0
2....	Foie cardiaque.	0	0
1....	Cirrhose de Laënnec.	+	+
2....	»	0	0
3....	»	+	+
4....	»	0	0

Numérations globulaires (à l'entrée). — TABLEAU II.

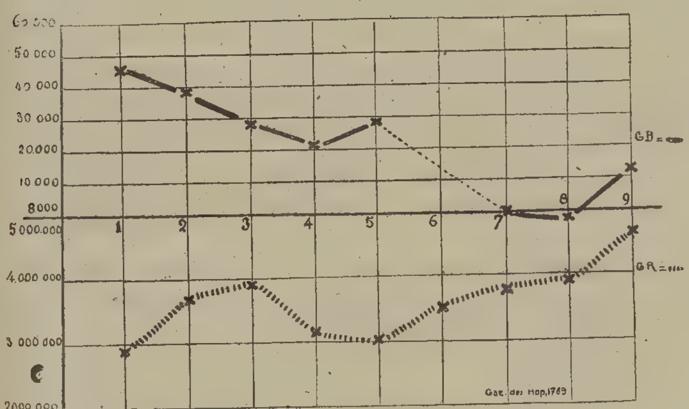
OBSERVATION	DIAGNOSTIC	GLOBULES ROUGES	GLOBULES BLANCS
1...	Foie cardiaque.	4.760.000	5.500
2...	Foie cardiaque.	3.950.000	10.600
1...	Cirrhose de Laënnec.	2.480.000	44.000
2...	Cirrhose de Laënnec.	2.560.000	10.000
3...	Cirrhose de Laënnec.	2.800.000	22.000
4...	Cirrhose de Laënnec.	4.200.000	9.000

Formules leucocytaires (à l'entrée). — TABLEAU III.

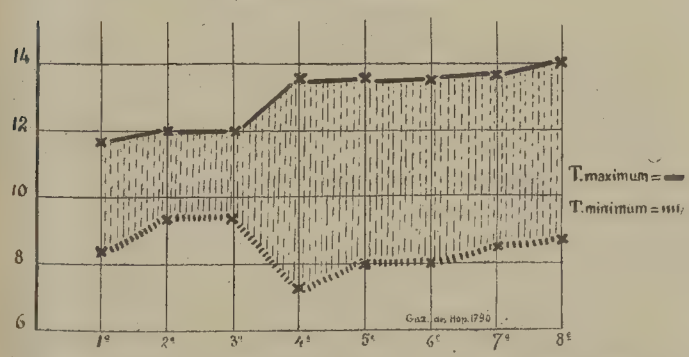
OBSERVATION	DIAGNOSTIC	MONONUCLÉAIRES		POLYNUCLÉAIRES			FORMES ANORMALES
N°	»	G. M.	L.	N.	E.	B.	Myélocytes.
1....	Foie cardiaque.	3	19	77	1	0	0
2....	»	11	17	70	1	1	0
1....	Cirrhose de Laënnec.	40	3	50	7	0	0
2....	»	10	2	86	2	0	0
3....	»	36	7	54	3	0	0
4....	»	34	2	57	7	0	0
1....	Cirrhose de Laënnec pendant la convalescence.	30	17	39	1	0	13

Tensions (à l'entrée). — TABLEAU IV.

OBSERVATION	DIAGNOSTIC	TENSIONS maxima	TENSIONS minima
1....	Foie cardiaque.	12	9
2....	»	13	10,5
1....	Cirrhose de Laënnec.	11,5	8,5
2....	»	10,5	7,5
3....	»	11	8
4....	»	11,5	7,5



COURBE N° 1 — *Numérations globulaires* (Obs. I). Cirrhose de Laennec.



COURBE N° 2. — *Tensions* (Obs. I). — Cirrhose de Laennec.

RÉSULTATS DES RECHERCHES. — Les examens du sang des malades à foie cardiaque montrent une morphologie hématique, des numérations globulaires et des formules leucocytaires relativement normales. Mais l'étude de la tension artérielle donne une hypotension nette et constante, seule analogie que les foies cardiaques présentent avec les cirrhoses de Laënnec.

Les examens du sang des cirrhotiques montrent une anisocytose et une poïkilocytose légères (dans 2 observations sur 4) ; une anémie toujours marquée, quelquefois intense, d'autant plus accentuée que l'affection est plus ancienne et plus grave ; une leucocytose décrivant une courbe inverse de celle que trace l'anémie ; des formules leucocytaires différentes suivant l'élément étiologique incriminé : mononucléose nette dans les observations n° 1 et n° 3, à Bordet-Wassermann positif, polynucléose dans l'observation n° 2 à Bordet-Wassermann négatif; enfin une hypotension artérielle dont la courbe suit minutieusement les accidents dans l'évolution de la maladie, courbe qui s'abaisse dans les aggravations et s'élève dans les améliorations pour devenir progressivement normale lors de l'entrée en convalescence. De plus, les variations respectives des tensions maxima et des tensions minima montrent un écart maximum-minimum, d'autant plus considérable qu'on s'approche de la terminaison heureuse de la maladie.

INTÉRÊT DES RECHERCHES. — Cette étude des réactions morbides sanguines dues aux cirrhoses de Laënnec présente un intérêt étiologique, un intérêt pronostique et un intérêt thérapeutique.

L'établissement d'une formule leucocytaire donne, en effet, des renseignements utiles sur l'élément étiologique en cause, puisque dans les observations n° 3 et n° 5, dont les Bordet-Wassermann sont positifs, la formule présente une mononucléose tandis que dans l'observation n° 4, dont le Bordet-Wassermann est négatif, elle présente une polynucléose.

En plus de son intérêt étiologique, l'étude du sang offre aussi un intérêt pronostique, puisque l'amélioration ou l'aggravation de la maladie peuvent être suivies de près, grâce à l'examen des diverses courbes (numérations globulaires, tensions). D'autre part, l'apparition dans le sang des éosinophiles dont le nombre va croissant a l'approche de la convalescence (voir observation n° 1, C. de L.) a une valeur pronostique indéniable.

En dernier lieu, la mononucléose est une indica-

tion du traitement spécifique dont l'application conduit toujours, dans ces conditions, à des succès thérapeutiques.

ACTUALITÉS

LES PROTOZOOSES DES VÉGÉTAUX

Le regretté Raphaël BLANCHARD aimait à dire que toutes les maladies sont dues au parasitisme et que la pathologie ne constitue ainsi qu'un chapitre de l'histoire naturelle ; il insistait toutefois sur ce point qu'il faut soigneusement distinguer les simples troubles de déficience ou d'exagération et les accidents toxiques et traumatiques des véritables maladies, caractérisées non seulement par une évolution spéciale, incubation, invasion, période d'état, guérison, ou mort, mais aussi par des réactions organiques qui modifient, d'une manière plus ou moins durable, le sujet infecté, soit seulement pendant le cours de l'infection (tuberculose, syphilis), soit encore après sa disparition. On ne saurait affirmer que la démonstration de cette ingénieuse théorie ait été complètement faite en ce qui concerne les maladies de l'homme, mais on est obligé de reconnaître que, chez les vertébrés à sang froid et chez les invertébrés, nous n'avons, jusqu'ici, guère rencontré que des maladies infectieuses. Dans le règne végétal, on a déterminé avec soin les troubles de déficience dus à la composition du sol et au climat (humidité et température) ; au contraire, tumeurs et maladies des plantes se montrent incontestablement imputables à l'intervention du parasitisme. Et parmi leurs maladies infectieuses, M. P. NOBÉCOURT (1) a tout dernièrement appelé l'attention sur celles qui sont produites par des protozoaires.

* * *

La première maladie de ce genre a été découverte, en 1909, à l'île Maurice, chez une euphorbe, *Euphorbia pilulifera*. Nageant dans le latex de cette plante, on aperçut un flagellé voisin des trypanosomes, le *Leptomonas Davidi*. C'est un petit protozoaire, long de 18 à 20 μ, large de 2, possédant un flagelle de 11 à 15 μ qui se détacha d'un blépharoplaste situé à peu de distance du noyau ; la partie postérieure du corps est rubannée et tordue sur elle-même ; on ne discerne pas de membrane ondulante, et sa reproduction a lieu par division longitudinale. Des essais de culture de ce protozoaire ont tous échoué. Depuis cette première découverte, on a constaté la présence de leptomonas chez un très grand nombre d'euphorbiacées d'espèces et de variétés différentes, à l'île Maurice, à la Réunion, à Madagascar, à Mayotte, à Zanzibar, à Madras, au Sénégal, dans la Nigérie et le Congo belge, à la Martinique, au Vénézuéla, à la Nouvelle Calédonie, en Portugal, en Italie et jusqu'en France, dans le Maine-et-Loire. C'est donc une infection très répandue. Elle se traduit par l'étiolement, l'atrophie et le flétrissement du rameau attaqué, mais ces manifestations peuvent varier beaucoup d'intensité et quelquefois elles sont très peu perceptibles, peut-être parce que l'infection est encore récente ou que la plante offre des conditions de résistance que nous ne savons pas déterminer. Il semble que le leptomonas produise chez l'euphorbe un phénomène de dépérissement analogue à l'anémie que les trypanosomes provoquent chez l'homme. Il y a, en tout cas, appauvrissement du milieu intérieur et modification dans le latex, en particulier diminution du nombre des grains d'amidon. Lorsque cette modification s'accentue, le parasite donne des formes de dégénérescence et finit par succomber quand l'amidon et la chlorophylle disparaissent. Si la plante n'est que partiellement attaquée, elle peut, à ce moment, guérir, mais le plus souvent, l'infection se généralise et l'euphorbe meurt.

A l'état de nature, la transmission de la maladie se fait par l'intermédiaire d'insectes hémiptères, notamment le *Sténocephalus agilis* ; au moins est-ce cette dernière espèce qui joue le rôle d'agent contaminant en Portugal et sans doute en France. Autant qu'on le sache actuellement, le flagellé parcourt une partie de son cycle évolutif dans le corps de l'hémiptère. Venu de l'euphorbe infectée, il se multiplie intensément dans l'intestin de son hôte, puis envahit ses glandes salivaires où il passe par un stade sans flagelle, et est enfin réinoculé à l'euphorbe chez laquelle il termine son développement. Ajoutons qu'on a réussi des infections expérimentales en inoculant à des euphorbes saines le latex des plantes parasitées.

* * *

Cette flagellose est la mieux étudiée des infections végétales à protozoaires, mais on en connaît plusieurs autres, à *Leptomonas Elmasiani*, plus petit que le *Leptomonas Davidi* et qui a pu être cultivé sur gélose au sang humain, chez des asclépiadacées des marais du Paraguay ; à *Leptomonas Bordasi*, plus grand que le *Leptomonas Davidi*, mais à flagelle court, chez d'autres asclépiadacées de la même région ; à *Leptomonas Apocynæ*, sans flagelle ou muni d'un flagelle court, chez deux apocynées arborescentes d'Italie ; à spirochètes semblant provenir de punaises, chez *Euphorbia Peplus*, etc. Enfin, deux faits intéressants sont à noter : on a pu infecter des euphorbes (*pilosa*, *sauliana*, etc.) avec des leptomonas provenant de la puce du chien, et, réciproquement, infecter des souris avec le *Leptomonas Davidi*.

Il est certain que cette liste n'est pas close. Nous ne sommes qu'au début de ces recherches, sans doute appelées à intervenir en pathologie humaine. M. P. NOBÉCOURT, dans la note que je me suis borné à résumer, émet l'hypothèse que quelques végétaux pourraient servir de réservoirs de virus pour des maladies à protozoaires de l'homme et des animaux domestiques. C'est une question à étudier sérieusement, étant donné les conséquences de la solution qui y sera apportée. Dès maintenant, il importe de s'informer soigneusement des relations possibles qui existent entre les infections végétales et les infections humaines. Nombre de maladies, et notamment beaucoup de mycoses, sont communiquées souvent par des plantes dont nous ne nous méfions pas. Quel rôle jouent les acido-résistants de la fléole et autres petites graminées, non pas dans la contamination tuberculeuse bien entendu, mais dans la préparation des formes adaptées qui sont devenues le *mycobacterium* pathogène des animaux et de l'homme ? On doit se rendre compte que nos parasites n'ont pas été créés pour l'homme et que tous, par suite de leur place dans la série animale ou

(1) *Société linnéenne de Lyon*, 10 juin 1923.

végétale, sont antérieurs à l'homme. Pour qu'ils exercent sur celui-ci une action morbifique, il a fallu qu'ils s'accoutument à des animaux de plus en plus voisins, directement ou par l'intermédiaire des insectes et autres bestioles qui nous les transmettent. A envisager le problème de ce point de vue, il apparaît que la maladie (au sens de R. BLANCHARD) représente une des réactions réciproques des flores et des faunes luttant pour la vie, réactions qui aboutissent à une sorte d'équilibre organique instable suivant lequel telle espèce compense par une grande fécondité l'agressivité dont elle est victime de la part de telle autre. La prépondérance ou le déclin de certains êtres, dont on trouve des exemples frappants au cours des périodes géologiques, dépend des moyens d'attaque et de protection qu'ils ont pu acquérir et toute la culture humaine comme les efforts de la médecine ne tendent qu'à perfectionner ces moyens dans le but d'établir la maîtrise définitive de l'homme sur le monde vivant.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1924)

Hypotension du liquide céphalo-rachidien. — M. OKINCZYC fait un rapport sur six observations adressées par MM. Hertz et Soupault. Dans trois de ces cas, il y eut traumatismes craniens. Dans les trois autres il s'agissait d'accidents consécutifs à la rachi-anesthésie, les malades ont été traités les uns par des injections sous-cutanées de sérum artificiel à hautes doses, les autres par des injections intraveineuses d'eau bouillie. Cette dernière méthode est pour Leriche la méthode de choix, dans ces cas les accidents semblent résulter de l'hypotension du liquide céphalo-rachidien.

Le traitement consiste dans les injections intraveineuses d'eau distillée.

Cancers du rectum. — M. OKINCZYC fait un second rapport sur douze observations de cancers du rectum avec seulement deux morts, adressées par M. Chaton (de Besançon), qui les a opérés par voie abdomino-périnéale, deux de ces malades ont été opérés en deux temps, ayant été opérés en période d'occlusion. M. Chaton fit un anus préalable iliaque. M. Okinczyc propose l'anus cæcal. M. Chaton attache à certains points de technique en particulier au lavage de la plaie périnéale à l'eau oxygénée.

Pathogénie de la thrombo-phlébite. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de thrombo-phlébite oblitérante, adressée par MM. Grimaud et Dandelot. Il s'agit d'un homme âgé, ancien saturnin, qui au cours d'une phlébite du bras fut atteint d'un œdème considérable. Ce bras fut incisé. M. le rapporteur ne s'explique pas l'utilité de cette incision. Toutefois cela permit l'examen, dans un laboratoire de Strasbourg, du caillot que contenait la veine. La thrombose, dans ce cas, étant attribuée à un léger traumatisme. Pour M. Lecène, ce traumatisme n'y est pour rien. Ainsi qu'il résulte de l'examen histologique, il s'agissait d'une phlébite préexistante au cours de laquelle se sont produits des accidents infectieux. Le traumatisme doit être mis hors de cause, ce qui a, dans l'espèce, une certaine importance puisque cet homme invoquait la loi sur les accidents du travail. Or on ne saurait ici invoquer une pathogénie par efforts.

Fistulisation intestinale rénale. — M. LECÈNE, dans un second rapport, analyse une observation de M. Papin (de Bordeaux). Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui subit une néphrectomie pour tuberculose rénale et qui fut pris d'une infection de la loge lombaire. Celle-ci fut incisée et il resta une vaste plaie qui suppura. Trois mois après il se fit une fistulisation du côlon par cette plaie. M. Papin fit alors une exclusion bilatérale du côlon, incisa le pourtour en tissu sain et fit une anastomose termino-terminale. Secondairement il pratiqua la colectomie de l'anse exclue. Guérison.

M. Lecène fait observer que M. Papin aurait pu pratiquer la colectomie d'emblée, en un seul temps. Quoi qu'il en soit, M. Papin a guéri son malade. On ne peut donc qu'approuver sa conduite.

Traitement des cancers du col par le radium. — M. BÉGOUIN (de Bordeaux) a traité 85 cas de cancers du col utérin par le radium, selon la technique de Regaud. Il laisse en place les tubes de radium pendant trois jours. Sur ces 85 cas il en est 25 opérés trop récemment pour qu'on puisse en tirer une conclusion quelconque. Restent 60 cas. Sur 9 cas désespérés, 9 morts. Dans les cas inopérables, 33 p. 100 de guérisons cliniques. Dans les cas opérables, 100 p. 100 de guérisons cliniques. Des examens histologiques ont été faits dans tous les cas. On compte jusqu'ici des survies de deux à trois ans.

M. PROUST fait observer que la statistique présentée par M. Bégouin est favorable à l'emploi du radium.

Il lui demande dans quel état se trouve le col après l'application du radium.

M. BÉGOUIN a constaté des réactions du côté du rectum et de la vessie. Chez les malades guéries, le col présenta un retour absolu *ad integrum*.

Gastro-entérostomie. — M. CUNÉO fait une communication sur les divers procédés de gastro-entérostomie.

En principe, c'est au procédé de Ricard qu'il semble donner la préférence.

M. DE MARTEL fait remarquer que contrairement à ce qu'on a dit et écrit, on n'a pas toujours affaire à des estomacs dilatés. Quand l'estomac est rétracté, le procédé de Ricard est d'une application est difficile.

M. CHEVRIER qui a nettement décrit le procédé de son maître Ricard rappelle qu'il posait ainsi les principes de son procédé : bouche verticale, suspension verticale et bouche comme on peut. Dans ce procédé il ne faut pas craindre d'être gêné par les vaisseaux, selon l'expression même de Ricard.

Il faut même aller au-devant d'eux. Ricard ne se servait pas de clamps. Il cherchait surtout à joindre « ce qui tient à ce qui tient et ce qui vient à ce qui vient ». avec le procédé de suspension de Ricard on n'observe jamais de circulus viciosus.

La scaphoïdite tarsienne chez les jeunes enfants. — MM. Paul LECÈNE et Albert MOUCHET, ayant eu l'occasion d'opérer une scaphoïdite tarsienne chez un garçon de huit ans, ont trouvé ce scaphoïde très altéré. Les cartilages articulaires et la coque cartilagineuse étaient intacts, mais le tissu spongieux était fragmenté en partie. L'examen microscopique a montré une zone inflammatoire et nécrotique en plein tissu médullaire. Il s'agit donc d'un processus d'ostéomyélite atténuée, avec formation de petits foyers nécrotiques.

MM. Lecène et Mouchet pensent que c'est la pathogénie la plus simple et la plus rationnelle à invoquer dans tous les cas de cette curieuse affection.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1924)

Signes de probabilité de la syphilis héréditaire. (*Suite de la discussion.* Voir séance du 18 décembre 1923, *Gaz. des hôpit.*, n° 4, 12 janv. 1924, p. 68.) — M. COMBY s'étonne que sur vingt et un mongoliens observés, M. Lemaire ait trouvé l'hérédosyphilis dans la plupart des cas. Il fait remarquer qu'il y a de faux mongoliens, myxœdémateux, idiots. Que l'on peut confondre avec du mongolisme vrai, ou que celui-ci peut passer inaperçu. Il cite des exemples de ces erreurs de diagnostic. Il pense que le mongolisme n'a rien à voir avec la syphilis.

M. Lemaire rappelle qu'étant l'interne de M. Comby, il a pu étudier, dans son service, quinze mongoliens vrais.

Depuis 1919, il en a vu vingt et un cas, la syphilis était certaine, chez dix et de deuxième génération chez un onzième par contre il n'a trouvé des émotions morales qu'une fois chez la mère. Il conclut à l'action au moins indirecte (dystrophie) de la syphilis dans la genèse du mongolisme.

M. Babonneix remarque que si le mongolisme n'est pas toujours syphilitique (ex. de deux jumeaux où l'un était mongolien et l'autre ne l'était pas), la syphilis joue un rôle important dans sa genèse. Il rappelle qu'il a trouvé à l'autopsie d'un cas du service de M. Comby une gomme méningée, qu'il a présenté à la Pédiatrie, deux cas de mongolisme examinés par M. Comby dans lesquels la syphilis était évidente. Par contre, il n'a trouvé nulle part l'action des émotions morales.

M. Röhmer déclare avoir vu beaucoup de mongoliques et que chez eux la syphilis n'est pas plus fréquente que chez les autres enfants. Il ne lui a pas paru non plus que l'âge avancé des parents, les grossesses répétées de la mère jouassent un rôle quelconque.

M. Schreiber a vu trois mongoliens et chez l'un la mère avait présenté, au deuxième mois de la grossesse, une violente émotion. Il fait remarquer que, sur 21 cas, M. Lemaire a trouvé un seul non suspect de syphilis, tandis que sur 15 cas, M. Lesné ne trouve qu'un seul mongolien syphilitique. Ces deux statistiques absolument contradictoires prouvent que les pédiatres ne sont pas d'accord sur les signes de probabilité et même certains signes de certitude de syphilis héréditaire précoce. A côté des quatre ou cinq signes de certitude pathognomoniques de la syphilis héréditaire, y a-t-il intérêt à établir une liste indéfiniment allongeable de signes de probabilité, qui peuvent d'ailleurs être produits par d'autres facteurs de dystrophie (tuberculose, alcoolisme).

M. Weill-Hallé sur les cas de mongolisme qu'il a pu bien étudier, en ville, n'a pas trouvé d'hérédosyphilis. Il invite les membres de la Société à présenter leurs malades les cas bien étudiés, pour se faire une opinion.

MM. Lesné et Nobécourt font remarquer que c'est inutile car on ne s'entend pas sur le diagnostic de l'hérédosyphils. Il est certain que MM. Lemaire et Lesné ne font pas ce diagnostic de la même manière.

M. Marfan prend la défense des signes de probabilité de la syphilis. Au début de la vie les signes de certitude sont rares, un Wassermann positif n'est pas fréquent.

La présence d'un symptôme de probabilité est l'indication de rechercher la syphilis, leur multiplicité impose de se comporter comme si la syphilis existait. Cette manière de faire a rendu de gros services à M. Marfan en lui faisant prévoir des symptômes, des accidents sérieux possibles.

« S'il ne se servait pas des signes de probabilité, il laisserait passer beaucoup de syphilis. »

M. Marfan reprend alors l'histoire des deux syndromes qu'il a fait rentrer dans les signes de probabilité de la syphilis : la maladie des vomissements habituels et le cranio-tabes. Après avoir rapporté les caractères de la maladie des vomissements habituels, il montre ce qui la différencie des vomissements dus à une alimentation défectueuse, à l'anaphylaxie alimentaire, à la tétanie. Il montre qu'on a souvent confondu le cranio-tabes vrai avec le crâne mou, le ramolissement uniforme des bords des fontanelles et des sutures qui n'est qu'un retard d'ossification ; il montre sur des pièces que le cranio-tabes est un amincissement de l'os, allant jusqu'à la perforation siègeant surtout sur l'occipital et le pariétal ; les coupes montrent du tissu spongoïde lésion typique du rachitisme. Le cranio-tabes survient précocement, avant le troisième mois, chez des enfants nourris au sein correctement, et est suivi des lésions ordinaires du rachitisme. Tout rachitique précoce avec cranio-tabes est suspect de syphilis.

M. Comby considère que le cranio-tabes est un phénomène banal qui n'a rien à voir avec la syphilis ; on le trouve en ville dans des familles très saines, la syphilis osseuse des os du crâne se traduit par des hyperostoses (crâne natiforme, etc.) et non des amincissements.

M. Marfan pense qu'au niveau de l'os la syphilis peut se traduire par deux ordres de lésions :

1° Des lésions spirochétiques à caractères spécifiques.

2° Des lésions parasyphilitiques. Le rachitisme rentre dans ces dernières. Il constitue une réaction de défense de la moelle osseuse et du cartilage contre l'infection syphilitique.

M. Röhmer fait remarquer que le cranio-tabes guérit en quelques séances par l'exposition à la lampe de Quartz.

M. Marfan a constaté aussi une guérison remarquable en dix séances de rayons ultraviolets ; il y a une action stimulante sur la nutrition avec accélération de la réparation.

M. Barbier est de l'avis de M. Marfan ; si on ne tient pas compte des signes de probabilité de la syphilis on risque de passer souvent à côté d'elle.

Il ne faut pas seulement tenir compte des symptômes présentés par l'enfant, mais aussi ceux des parents, collatéraux, grands-parents. L'enquête doit être poussée très loin.

Parmi les symptômes de probabilité, il signale des vomissements souvent incoercibles avec phénomènes convulsifs dus à des hydrocéphalies latentes. La ponction lombaire montre alors une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien sans modification leucocytaire (Ravaut).

(La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

Quelques remarques sur le traitement de l'athrepsie. — M. Röhmer rappelle qu'à côté de l'athrepsie chronique, il y a des formes avec accidents aigus, chutes de poids brusques et considérables dues non seulement à la perte d'eau par diarrhée, mais à la destruction rapide des tissus. L'auteur traitait ces cas par l'administration de 15 à 20 grammes de lait de nourrice par tétée, plus une assez grande quantité d'eau ; depuis trois ans, il emploie, à une dose trois fois plus élevée, le lait de nourrice écrémé, qui donne des résultats remarquables et a permis de sauver des athrepsiques des plus graves. Actuellement, la guérison peut être obtenue par ce moyen dans 60 p. 100 des cas.

Depuis deux ans, il n'a plus eu que deux cas de mort par athrepsie aiguë.

M. Lesné est aussi d'avis qu'il faut alimenter les athrepsiques, il faut leur donner le double de la ration normale. A défaut de nourrice, il emploie le lait sec.

M. Jean Hallé est du même avis et rappelle que c'est M. Variot qui a montré que beaucoup d'athrepsiques mouraient par hypo-alimentation.

M. Dorlancourt remarque que, contrairement à l'opinion de M. Röhmer, ce ne sont pas les athrepsies aiguës avec diarrhée intense qui sont regardées comme graves, mais les athrepsies chroniques, légères au début, s'aggravant peu à peu et dans lesquelles il est très difficile de remonter le courant.

Contribution à la prophylaxie des infections grippales dans les services de nourrissons. — M. Röhmer montre la gravité des épidémies de grippes dans les services de nourrissons affaiblis et prédisposés à la contagion Il a pu établir que la contagion est due dans 50 p. 100 des cas au personnel. Maintenant, en période d'épidémie, il exige le port, dans le service, du masque de Borrel contre les gaz asphyxiants qui est très pratique et ne gêne pas la respiration.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 12 janvier 1924)

Sur la filtration du bacille tuberculeux à travers les bougies Chamberland L2. — M. J. Valtis. En inoculant à des cobayes le filtrat sur bougie Chamberland L 2 de crachats tuberculeux autolysés à l'étuve, M. Valtis obtient le développement de lésions pulmonaires se présentant toujours avec le même caractère et contenant des bacilles de Koch authentiques.

Les lésions dues à ces formes filtrantes du bacille tuberculeux se sont toujours manifestées sans réactions ganglionnaires, au point de l'inoculation.

M. Valtis estime que cette constatation présente une importance tout à fait spéciale au point de vue de la pathogénie des formes latentes de la tuberculose.

Rachitisme expérimental. Unification anatomo-pathogénique d'ostéopathie variées. — M. E. Feuillié montre avec quelle facilité il a pu étudier le rachitisme expérimental chez le chien, le rat blanc et le renard. Le rachitisme est d'ordinaire une ostéopathie lentement progressive, mais il peut être produit par une succession de chocs dyscrasiques primaires ou anaphylactiques. Dans tous les cas l'auteur a trouvé comme lésion initiale la myélopathie décrite par M. Marfan. Quant à la nature de cette myélopathie, il ne s'agit que d'une congestion de l'endoste avec hémorragies et diapédèse. Cette pathogénie s'applique à de nombreuses ostéopathies telles que l'achondroplasie, les ostéites, l'ostéopongiose et certaines ostéoporoses. Il en est de même pour le rhumatisme chronique : la congestion locale retentissant sur l'os, le cartilage et les parties molles. En cas d'ostéopathies d'origine dyscrasique il y a lieu de rechercher dans d'autres organes (poumon, peau), la congestion, les hémorragies et les infiltrations leucopathiques. Le traitement mercuriel leucothérapique avec opothérapie a donné d'excellents résultats dans des cas de rachitisme et de rhumatisme chronique même en dehors de toute présomption de syphilis.

Influence de l'insuline sur le quotient respiratoire des diabétiques (*Deuxième note*). — Dans une note précédente, MM. Guy Laroche, Dauptain et Tacquet ont constaté que les préparations d'insuline actuellement utilisées en clinique provoquaient dans certains cas chez les diabétiques à jeun un abaissement du quotient respiratoire suivi d'une élévation secondaire. On pouvait se demander si cette chute du quotient respiratoire n'était pas due au fait du jeûne de douze heures que leurs malades subissaient. Or l'ingestion de glucose en même temps que l'injection d'insuline n'a pas empêché le phénomène de se produire.

Absence de réaction tuberculinique au cours de la tuberculose torpide du lapin. — M. A. Coulaud. Les lapins inoculés par toute autre voie que la voie intraveineuse peuvent ne pas réagir à la tuberculine si la quantité de bacilles inoculés est très petite ou s'il s'agit d'un bacille humain.

Ces lapins qui ne réagissent pas à la tuberculine présentent cependant des lésions pulmonaires, le plus souvent il s'agit de lésions très discrètes.

Méthode rapide et sensible de recherche par homogénéisation des bacilles de Koch dans les crachats. — M. A.-D. Ronchese :

A. *Homogénéisation.* — Les crachats mis dans un verre à pied ou un gros tube à essai sont liquifiés par le réactif suivant ajouté par petites portions et en agitant :

Eau distillée..........	75	centim. cubes
Alcool à 95 degrés.....	25	—
Lessive de soude......	5	—

Les premières additions d'alcool sodé donnent au crachat une consistance gélatineuse, puis il y a fluidification. On s'arrête dès l'obtention d'un liquide filant. (Pour un volume de crachats, la quantité nécessaire d'alcool sodé est de deux à trois volumes avec les crachats surtout muqueux et de quatre à huit volumes avec les crachats purulents.)

B. *Concentration des bacilles.* — Avec une pipette à extrémité effilée verser de l'acétone avec précaution à la surface des crachats fluidifiés sans que les deux liquides se mélangent. Puis, aussitôt, remplir de nouveau d'acétone la pipette, la boucher au doigt et la plonger au fond du récipient; laisser couler lentement l'acétone qui traverse les crachats et vient se rassembler à leur surface, entraînant les bacilles de Koch s'il s'en trouve.

On constate alors qu'une pellicule s'est formée à la limite des crachats et de l'acétone. Cette pellicule a emprisonné les microbes. La cueillir avec un fil de platine décrivant quelques cercles. L'égoutter contre la paroi du tube ou du verre à pied, puis procéder à l'étalement.

Pour cela mettre une lame de verre, une petite goutte d'alcool sodé et y déposer la pellicule qui à son contact se ramollit. La triturer avec le fil de platine quelques instant jusqu'à évaporation de l'alcool et en faire un étalement épais. Fixer par quelques gouttes d'acétone et par passage rapide dans la flamme.

Colorer à la fuchsine de Ziehl en chauffant quatre fois jusqu'à émission de vapeurs. Décolorer à l'acide nitrique au tiers pendant trente secondes. Laver à l'alcool puis à l'eau. Recolorer avec une solution saturée d'acide picrique.

La richesse en bacilles de Koch de la préparation est couramment de 50 à 150 fois celle d'une préparation directe, quelquefois plus.

Sur une réaction de floculation pour le diagnostic de la syphilis (*Deuxième note*). Travail du service de M. le docteur L. Martin. — MM. R. Dujarric de la Rivière et L. Gallerand. Dans une note précédente nous avons indiqué un procédé de floculation pour le diagnostic de la syphilis. Nos recherches avaient porté surtout sur le sérum sanguin. Nous indiquons aujourd'hui la technique à employer lorsqu'il s'agit de liquide céphalo-rachidien :

Dans des tubes à hémolyse de 12, rigoureusement propres, on verse d'abord 1/10 de centimètre cube du mélange initial (antigène de Bordet 5 parties, teinture de benjoin de Sumatra 1 partie) sur lequel on laisse tomber goutte à goutte, et en agitant le tube au fur et à mesure que les gouttes tombent, 4 centimètres cubes d'eau physiologique à 9 pour mille.

Si on a beaucoup de réactions à pratiquer, il est avantageux de préparer l'émulsion de la façon suivante : dans un flacon (fiole de Fourneau ou d'Erlenmeyer) parfaitement propre, on verse d'abord une quantité déterminée du mélange initial, puis avec une burette de Mohr on laisse tomber goutte à goutte l'eau physiologique en ayant soin d'agiter fréquemment le récipient pendant la durée de l'opération. Le mélange initial et l'eau ont été mis dans les proportions ci-dessus. On calcule la quantité totale d'après le nombre de réactions à pratiquer. L'émulsion ainsi obtenue est répartie dans des tubes. On met en présence 4 centimètres cubes d'émulsion et 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Un tube contenant seulement de l'émulsion servira de témoin. Les résultats après trois heures d'étuve à 39 degrés sont nets. Nous avons examiné à ce point de vue des liquides de paralytiques généraux, de syphilis cérébrale, de malades non syphilitiques; les résultats sont en concordance avec ceux obtenus par la méthode de Wassermann ou la méthode de MM. Guillain, Laroche et Léchelle. Nous publierons ultérieurement des tableaux qui ne peuvent trouver leur place ici. Cette méthode a pour elle sa simplicité et la rapidité de lecture.

De nouveaux examens nous permettent de confirmer ce que nous avons déjà publié pour les sérums syphilitiques.

(Séance du 19 janvier 1924)

Sur la filtration à travers les bougies Chamberland L 2 du bacille de Koch provenant d'un pus tuberculeux. — M. J. Valtis, en filtrant à travers une bougie L 2 un pus très riche en bacilles de Koch, a pu produire chez les cobayes, comme après l'inoculation de filtrats de crachats autolysés, des lésions tuberculeuses. Dans ce dernier cas, les lésions étaient plus prononcées par suite, semble-t-il, de la plus grande richesse en bacille de Koch des produits pathologiques filtrés.

Antigones et anticorps dans le zona. — MM. Arnold Netter, Urbain et Weissmann-Netter. La réaction de Bordet-Gengou qui a permis de déceler des anticorps dans le sérum de sujets atteints de variole, de varicelle, de vaccine, a été appliquée par nous dans le zona en utilisant comme autogène la sérosité et l'émulsion de croûtes.

Elle nous a permis de trouver des anticorps chez six sujets examinés dont quatre à la période aiguë, deux après la convalescence. Les contrôles ont été négatifs, soit avec le sérum de sujets normaux soit avec le virus-vaccin ou les croûtes d'impétigo.

La technique de Calmette Massol nous a permis de comparer la teneur en anticorps. Ceux-ci présents dès le cinquième jour sont les plus abondants les vingt et vingt et unième. On les retrouve encore nettement après huit et neuf mois.

Ces constatations apportent un nouvel argument à la thèse de la spécificité de la fièvre zostérienne. La constatation tardive des anticorps cadre bien avec la rareté bien connue des récidives du zona.

Dans une communication ultérieure nous étudierons avec la même méthode les relations entre la variole et un certain nombre de zonas.

Réflexion sur la puberté. — M. CHAMPY.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1924)

A propos de la radiothérapie des cancers. — M. AUBOURG, en réponse à la communication de Barbarin, étudie les résultats cliniques qu'il a observés depuis l'emploi de la radiothérapie à courte longueur d'onde. Sans parler de la disparition, on peut dire à peu près constante, des syndromes douloureux, on voit dans la grande majorité des cas une disparition complète des tumeurs cancéreuses traitées. Mais ces disparitions impressionnantes ne sont parfois que momentanées et des récidives apparaissent. Contre ces récidives, un nouveau traitement radiothérapique peut être pratiqué, à condition que la récidive ne soit pas devenue une généralisation et que l'état général ne soit pas tel que le moindre choc puisse être fatal. Même il est vraisemblable que, en l'absence de récidive, on arrivera à la conception des traitements répétés, comme dans la syphilis.

Tumeur du lobule du nez. — M. Alphonse HUGUIER présente une tumeur ronde, du volume d'une petite prune, qui était implantée juste à l'extrémité du lobule du nez d'une femme de soixante-seize ans. Cette grosseur s'était développée en quelques mois, au niveau d'une tache lenticulaire datant de plus de trente ans.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux du type cylindrome.

Ulcus double de la petite courbure. — M. V. PAUCHET montre un cas d'ulcus double de la petite courbure, l'un siégeant à la partie moyenne et l'autre siégeant près du cardia. Il a pratiqué la gastrectomie large. Résection comprenant la petite tubérosité, la totalité de la petite courbure, transformant ainsi l'estomac en une sorte de boyau qui prolongea l'œsophage jusqu'au duodénum.

A propos de deux néphrectomies pour tuberculose rénale. — M. LE FUR présente deux reins tuberculeux qu'il vient d'enlever par néphrectomie. Le premier appartenait à une jeune femme de vingt-deux ans et n'avait donné à deux cathétérismes successifs de l'uretère aucune goutte d'urine; il était volumineux et distendu par un liquide chocolat qui fut reconnu au microscope comme formé par une bouillie d'hématies et de bacilles de Koch, alors que les urines ne contenaient plus de bacilles depuis quelque temps; l'uretère, perméable cependant, ne laissait pas passer une goutte de ce liquide épais; il s'agissait donc dans ce cas d'une variété rare de rein exclu avec perméabilité de l'uretère. Le second rein appartenait à une jeune femme de vingt-huit ans, présentant une tuberculose à forme néphrétique. La pièce enlevée par néphrectomie montra un bassinet distendu présentant une couronne de plaques blanchâtres comme calcaires, constituées par une dégénérescence totale et une caséification massive de la paroi du bassinet, forme rare.

Deux cas de suture latérale de la veine iliaque externe. — M. PETIT DE LA VILLÉON apporte deux observations de déchéance de la veine iliaque externe, produite dans des conditions à peu près identiques au cours d'opération de hernie inguinale récidivée et réopérée. Le premier cas date de dix ans et le second de deux mois. L'auteur a pu réussir à oblitérer la brèche veineuse en pratiquant avec une aiguille fine (courbe dans le premier cas, une Reverdin dans le second), un surjet au fil de lin inversant les lèvres de la plaie veineuse. La suture fut faite assez facilement sans pince spéciale, l'index gauche oblitérant la plaie. Les surjets furent vraisemblablement perforants. Guérison dans les deux cas sans aucun incident circulatoire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1923)

Le bureau, élu en assemblée générale, est ainsi constitué pour 1924 :

Président : M. le docteur Goubeau; vice-présidents : MM. les docteurs Keim et Maurice; secrétaire général trésorier : M. le docteur Dieupart.

Le rapport moral et financier de l'année 1923 ayant été lu et approuvé, deux communications sont faites.

Pneumothorax artificiel. — M. G. ROSENTHAL indique les conditions, les précautions techniques et cliniques qu'il faut prendre pour obtenir un résultat dans le pneumothorax artificiel ou méthode de Forlanini.

Etats variqueux. — Pour M. MABILLE, la guérison des différents états variqueux doit comporter au premier plan une thérapeutique générale, car il n'y a pas, selon lui, de maladies locales des vaisseaux, mais des réactions localisées d'affections générales dont il faut déceler la nature exacte.

Chaque catégorie de variqueux aura donc sa médication particulière, en même temps qu'on remédiera aux divers troubles morbides : déficience des glandes à sécrétion interne, hyperviscosité sanguine, etc.

L'auteur conseille l'association à la thyroïde, à l'hypophyse, aux vaso-constricteurs classiques : hamamélis, marron d'Inde, du citrate de soude à titre de fluidifiant, les injections sous-cutanées d'oxygène, un régime de réduction des liquides et de désintoxication alimentaire, des exercices de gymnastique respiratoire, abdominale, bref un ensemble de moyens destinés à ramener l'organisme en général à un meilleur fonctionnement.

LIVRES NOUVEAUX

La tuberculose vertébrale [Mal de Pott] (1), par le docteur LANCE.

Dans la « Bibliothèque des connaissances médicales » qu'édite la librairie Flammarion vient de paraître un volume de Lance intitulé : *La tuberculose vertébrale. Mal de Pott*. Pour apprécier ce travail à sa valeur, il faut savoir ou se rappeler le sens général de la nouvelle collection que dirige le docteur Apert. Elle s'est engagée à donner sur les sujets médicaux les plus en vue des études qui soient intéressantes et fructueuses pour les médecins et les étudiants en même temps qu'accessibles au grand public cultivé. Voilà certes un beau programme; il n'a qu'un défaut, c'est d'être difficile à remplir. Car entre la vulgarisation médicale même de très bonne qualité et la médecine didactique même élémentaire, il y a une différence et presque une opposition que peu d'auteurs sont capables de faire oublier. Or Lance a réuni cette synthèse — fond et forme — avec autant de bonheur qu'on pouvait le souhaiter.

Son étude du mal de Pott est assez fouillée pour que beaucoup de médecins qui croient bien connaître l'affection y trouvent matière à s'instruire et très fructueusement. Je citerai particulièrement à ce point de vue les signes radioscopiques et le diagnostic du mal de Pott de l'enfant et toute la partie qui traite du mal de Pott de l'adulte.

D'autre part le sujet choisi est, dans ce livre, traité d'une manière complète. Aucun chapitre n'a été oublié ou volontairement négligé, qu'il s'agisse d'étiologie, d'anatomie pathologique, de clinique ou de traitement, qu'il s'agisse des formes que déterminent l'âge du malade, le siège de la lésion ou même certains états physiologiques comme la grossesse. Aussi les étudiants auront là un véritable petit manuel que je les engage à posséder dans tous les sens du mot.

Quant au public cultivé l'intérêt qu'il prendra à une pareille lecture n'est pas douteux. Il aura le plaisir rare pour qui n'est pas du métier, d'aborder de plain-pied un livre de médecine et de le comprendre de bout en bout sans effort aussi

(1) In-18. Prix : 10 fr. — Paris, E. Flammarion.

bien que sans dictionnaire technique. Si substantielle et condensée que soit la substance de ce livre, elle n'est en effet à aucun moment indigeste pour ces « éstomacs non accoutumés » dont parle Apert dans son avertissement.

CHASTENET DE GÉRY.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU ROCHER

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

II. **Au bout de quelques jours**, on pourra préciser le bilan nerveux du traumatisme : les troubles constatés sont moteurs, sensitifs, sensoriels.

A. Les TROUBLES MOTEURS consistent surtout en paralysies du facial et du moteur oculaire externe.

1° *Paralysie faciale.* — C'est parfois aussitôt après l'accident que tout un côté de la face est paralysé, flasque, sans rides ; les traits sont tirés vers le côté sain : la paralysie est due à une section du nerf dans son trajet intraosseux, elle est définitive.

Dans d'autres cas, la paralysie n'apparaît que cinq ou six jours après le traumatisme. Elle s'installe progressivement, et relève soit d'un hématome, soit d'une névrite ; elle est ordinairement temporaire.

Très rarement, on a pu enfin observer une paralysie faciale centrale, due à une lésion cérébrale concomitante.

2° *Paralysie du moteur oculaire externe.* — La lésion du moteur oculaire externe se traduit par un strabisme interne avec diplopie; il s'agit, en général, d'une lésion définitive, par rupture du tronc nerveux au niveau de la pointe du rocher.

3° Les *autres paralysies motrices*, moteur oculaire commun, masticateur, sont exceptionnelles.

B. Les TROUBLES SENSITIFS intéressent, en général, le *trijumeau*. Ils passeraient facilement inaperçus, si on ne les recherchait systématiquement. Ce sont surtout des lésions de la *branche ophtalmique*, avec anesthésie et troubles trophiques au niveau de la cornée.

Plus rarement, le *maxillaire supérieur* est atteint.

C. Les TROUBLES SENSORIELS intéressent l'*oreille*. La surdité est fréquente, après une fracture du rocher.

L'examen doit établir s'il s'agit d'une lésion de l'appareil de transmission (hématome de la caisse, lésions du tympan ou des osselets), ou de l'appareil de réception (oreille interne ou nerf auditif).

a. *Lésion de l'appareil de transmission.* — Le diapason placé sur la mastoïde du côté blessé est entendu plus longtemps que s'il est placé devant le conduit auditif (Rinne) ; le diapason placé au vertex est entendu plus longtemps du côté blessé; il est latéralisé de ce côté (paradoxe acoustique de Weber).

b. *Lésion de l'appareil de réception.* — La surdité peut être complète (section du nerf auditif), incomplète (ouverture du limaçon) ou élective (destruction partielle du limaçon).

On peut, enfin, observer un syndrome de Ménière, par lésion des canaux semi-circulaires.

COMPLICATIONS. — Telle est l'évolution schématique d'une fracture perpendiculaire du rocher. En réalité, le tableau clinique est presque toujours modifié, obscurci et compliqué par l'association de signes traduisant une lésion de l'encéphale.

1. **Dans les premières heures.** — Il peut s'agir de commotion, de contusion, de compression.

A. COMMOTION. — On pourra l'affirmer si les troubles sont apparus immédiatement, si leur durée est courte. Elle peut prédominer au niveau du bulbe (troubles du pouls et de la respiration), ou de la corticalité (troubles psychiques).

B. CONTUSION. — Les meilleurs signes en sont : apparition des symptômes corticaux et bulbaires, aussitôt après le traumatisme ; grande intensité des signes généraux (coma) ; existence de signes en foyer (paralysies) ; élévation rapide et persistante de la température ; durée plus longue des accidents.

C. COMPRESSION. — Elle est caractérisée par un ensemble de signes cliniques importants, qui peuvent être constatés même chez un sujet comateux. Ce sont : le ralentissement du pouls, qui devient en même temps très tendu ; l'irrégularité du rythme respiratoire ; la diminution des réflexes tendineux ; les vomissements; la mydriase du côté de l'épanchement (Griesinger), très rarement du côté opposé, avec abolition du réflexe à la lumière ; la stase papillaire (signe un peu plus tardif). C'est là un syndrome pouvant relever de causes diverses :

1. *Immédiatement* (diagnostic très délicat) ou après un *intervalle lucide* (diagnostic facile), la compression résulte de la constitution d'un hématome, sus-dural le plus souvent, sous-dural quelquefois.

2. *Secondaire* (troisième au cinquième jour), elle relève d'une poussée réactionnelle d'œdème cérébral. Celui-ci peut être une éphémère réaction vasomotrice ; plus souvent, il témoigne de la résorption aseptique des foyers cérébraux contus ou détruits ; plus souvent encore d'une réaction septique d'intensité variable.

D. Un syndrome très voisin (céphalée, vertiges, coma, convulsions, hyperthermie considérable, ralentissement très modéré du pouls) relève de l'HYPOTENSION INTRACRANIENNE ; l'importance de la perte de liquide céphalo-rachidien peut faire soupçonner le diagnostic ; la ponction lombaire le confirme, en ne donnant que quelques gouttes de liquide sans tension (Leriche).

II. **Les jours suivants.** — L'INFECTION est, les jours suivants, le danger capital. Elle est fréquente parce que le foyer de fracture communique avec l'oreille, souvent septique, et avec l'extérieur : la fracture du rocher est une fracture ouverte.

La MÉNINGO-ENCÉPHALITE DIFFUSE se manifeste vers le quatrième ou cinquième jour; elle évolue en deux phases :

Une première phase, d'*excitation*, se traduit par de la céphalalgie, de l'irritabilité, l'accélération du pouls, l'élévation thermique. Des convulsions localisées et passagères, des vomissements, des nausées, des vertiges, complètent le tableau les jours suivants.

Plus tard (phase de *dépression*) se constituent des paralysies, une hémiplégie, des troubles sphinctériens ; le malade tombe dans le collapsus, la respiration se ralentit et s'embarrasse, le malade succombe, enfin, parfois après une ou deux rémissions trompeuses.

La THROMBO-PHLÉBITE DES SINUS est rare.

L'ABCÈS INTRACRANIEN, au contraire, relativement fréquent, s'annonce par des frissons, une température irrégulière, une céphalalgie fixe. La stase papillaire, la dilatation de la pupille du côté de la céphalalgie, le ralentissement du pouls traduisent la compression cérébrale déterminée par l'abcès. Divers accidents, cérébraux ou cérébelleux, peuvent guider le diagnostic de localisation. Le pronostic est fatal en dehors de l'intervention.

III. **Séquelles.** — Le blessé qui a échappé à ces multiples accidents présente, enfin, très souvent des séquelles : on groupe ces manifestations tardives en deux ordres de signes :

Les uns, diffus ou atopiques, sont : la céphalée, les étourdissements et les vertiges, l'épilepsie généralisée, typique ou réduite à de petits équivalents comitiaux, les troubles psychiques (ralentissement des fonctions intellectuelles, diminution de la mémoire).

Les autres, topiques ou localisateurs, sont : moteurs (paralysies diverses, épilepsie jacksonnienne), sensitifs, sensoriels, trophiques.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 9, p. 150.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-32

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Une place d'externe est actuellement vacante au laboratoire d'électro-radiologie, à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur Ménard.

Hopitaux de province. — Bordeaux. — Un concours pour deux places de chirurgien adjoint s'ouvrira le mardi 6 mai 1924, à 8 heures du matin.

S'inscrire avant le 22 avril 1924 au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret.

— Toulouse. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Mériel, Lassalle, Sorel, Thomas, affort, Vieu.

Internes provisoires : MM. Lapasset, Maurel, Pommepuy.

Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations de Mlles Pesque et Ferrié.

Écoles de médecine. — Rouen. — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1924, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur J.-M. Ollivier, à Dinan.

Les économies et les hopitaux militaires. — Le rapport de M. Marin, au nom de la Commission parlementaire des économies, envisage la suppression d'un certain nombre des petits hôpitaux militaires de France, d'Algérie et de Tunisie.

Ces formations, par leur multiplicité, entraînent, suivant le rapporteur, un véritable gaspillage de personnel et de crédits.

M. Marin cite quelques faits où la proportion du personnel médical est inadmissible par rapport au chiffre moyen de malades. Elle est de 100 p. 100 à Calais, de 110 p. 100 à Saint-Omer, de 137 p. 100 à Maubeuge; à Sedan, le personnel médical et infirmier atteint le chiffre de 25 unités, alors qu'il n'y aurait eu aucun malade, d'après les renseignements fournis à la Commission des économies.

En Algérie et Tunisie, la situation est encore pire. Rien qu'en Algérie, 49 hôpitaux militaires sont ouverts à la population civile, et cette catégorie d'hospitalisés forme la majorité de l'effectif des malades. Comme l'autorité militaire assure à un prix inférieur au prix de revient la charge de l'hospitalisation de la population civile, on comprend facilement quel déficit cela entraîne pour le budget de la guerre. Il semble donc qu'on puisse immédiatement, dans ces hôpitaux, décider que les malades civils ne seront plus reçus que moyennant un prix de remboursement égal au prix réel de la journée d'hôpital, cela ne constituant qu'une mesure temporaire, dans l'attente de la suppression de tous ces hôpitaux militaires.

Le rapport Marin proteste également contre la spécialisation des médecins militaires qui diminue dans une mesure inadmissible le nombre des médecins affectés aux services généraux. Le rapport Marin propose donc de faire appel aux spécialistes civils ; on parera ainsi à la pénurie dont se plaignent les corps de troupes.

Il propose, également, qu'on rende les médecins militaires à leurs fonctions de médecins et qu'on les retire de « tous les emplois d'ordre exclusivement, ou presque, administratif ».

Ce sera parfait si on peut réaliser cette mesure en respectant l'autonomie du Service de santé.

En résumé, M. Marin propose de réduire les hôpitaux au minimum à un par corps d'armée.

Il estime qu'en réalisant ces mesures on peut, dès cette année, faire les économies suivantes : 1° sur le budget de la métropole, une économie immédiate dépassant 3.500.000 fr. ;

2° sur le budget de l'Algérie et Tunisie, une économie immédiate dépassant 2.000.000.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Dans le département des Vosges, un second poste de médecin des dispensaires, ne faisant pas de clientèle, vient d'être créé.

Cette nomination aura lieu à la suite d'un concours sur titres, fait par le Comité national, le 1er mars prochain.

Les candidats à ce poste devront adresser leur dossier et surtout leurs titres de spécialisation directement au secrétariat général de la Fédération vosgienne, Chambre de commerce, Epinal (Vosges).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE (Rome, 27 avril-4mai 1924). — Le Congrès se réunira sous le haut patronage du Roi, et sous la présidence du Comité d'honneur et de S. E. Mussolini.

Le Congrès sera présidé par M. le professeur E. Perroncito, président du Congrès.

PROGRAMME. — *26 avril.* — Réception des délégués et des congressistes à l'Université. Distribution des programmes concernant les fêtes et les invitations.

27 avril. — A 10 heures, inauguration du Congrès, au théâtre Argentina, ou dans une autre salle, en présence du Roi, de S. E. Mussolini, des ministres et des autres autorités. Discours du président du Conseil et des présidents du Congrès.

29 avril. — A 9 heures, conférence. A 16 heures, conférences, réunions et démonstrations avec et sans projections. Conférence Thorel. Le soir, réception chez le ministre de l'Instruction publique.

30 avril. — A 9 heures, conférence sur les points relatifs à l'économie nationale : maladies épisootiques et parasitaires. Conférence Vallée d'Alfort. Réception chez le ministre de l'économie nationale.

1er mai. — A 9 heures, conférence. Démonstrations. Conférence Fibiger. Visites des monuments. Réception par les municipalités.

2 mai. — A 9 heures, conférence. Conférences et démonstrations. Réception chez le président du Congrès. Conférence Calmette.

3 mai. — Clôture du Congrès. Discours du ministre de l'Instruction publique et du ministre de l'économie nationale. Discours des représentants des nations. Concert de musique italienne.

4 mai. — Désignation de la ville où se tiendra le IIIe Congrès. Réunions en vue des diverses excursions projetées en Sardaigne, Sicile, Naples, Trieste, Trente, Milan et Turin.

Réduction sur les billets de chemins de fer tant pour l'intérieur de l'Italie que sur les réseaux étrangers.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général de la Société de pathologie comparée, 55, avenue Kléber, Paris 16e.

VIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE DE LYON EN 1926. — Le Comité d'organisation des Congrès nationaux de la tuberculose a mis à l'ordre du jour du VIe Congrès national de la tuberculose qui aura lieu à Lyon en 1926, sous la présidence de M. Mouisset, président du Comité du Rhône, les questions suivantes :

I. *Questions biologiques.* — 1° Base expérimentale des réactions allergiques de l'infection tuberculeuse. Rapporteur : professeur Paul Courmont (de Lyon). — 2° Les facteurs de terrain autres que l'allergie de l'infection tuberculeuse. Rapporteur : professeur E. Sergent (de Paris).

II. *Questions cliniques.* — 1° La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Rapporteur : professeur Léon Bérard (de Lyon) et M. Dumarest (d'Hauteville). — 2° Tuberculose fermée et tuberculose ouverte. Conformément à la décision prise par le Congrès de Strasbourg, cette question fera l'objet d'une nouvelle discussion. Il ne sera pas nommé de rapporteur, mais la section d'Etudes scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose nommera une Commission chargée de fixer un plan de discussion.

III. *Questions sociales.* — 1° Préventorium et placement familial. Rapporteur : professeur Léon Bernard (de Paris). — 2° Collaboration du corps médical avec le dispensaire. Rapporteur : M. J. Parisot (de Nancy).

REVUE DES THÈSES

Recherches sur les propriétés cardio-rénales d'un glucoside cristallisé, isolé du bulbe de la scille (1), par le docteur CALAC.

« La scille est réhabilitée », écrivait récemment M. Cheinisse dans la *Presse médicale* (2). Et, en effet, l'introduction dans la thérapeutique du glucoside cristallisé, isolé du bulbe de la scille, sous le nom de scillarène, marque une date fondamentale dans l'utilisation médicale de ce cardio-rénal.

Malgré la formule des fameuses pilules de Lancereaux et malgré son efficacité, la scille a été tenue à l'écart des prescriptions médicales. Cela tient à l'inconstance de ses effets cliniques et sa toxicité dues à la variabilité des bulbes en principes actifs et en substances irritantes.

Le corps chimique nouveau isolé par Stoll et Suter en 1921, du bulbe de la scilla maritima, en éloignant tous ses inconvénients et en précisant l'action cardio-tonique et diurétique de la médication, a réhabilité la scille. « Ce principe est, en effet, un glucoside cristallisé qui possède intégralement les propriétés cardio-toniques et diurétiques de la scille, d'une façon constante, invariable, avec une toxicité presque négligeable ».

Son étude physiologique, d'après le professeur Gab. Perrin (3), montre qu'il possède, au plus haut point, des propriétés cardio-toniques, diurétiques et désintoxicantes. De plus, il ne s'accumule pas, car « le cœur arrêté en systole sous l'influence du glucoside de la scille reprend son activité par des lavages dans la solution de Ringer, ce qui n'arrive pas avec la digitale ». Le médicament n'adhère donc pas à la fibre cardiaque et s'élimine facilement.

Grâce à ces propriétés, le glucoside de la scille a des indications spéciales qui lui donnent une place intéressante entre la digitale et la théobromine.

1° Il est utilisé dans tous les cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus;

2° Dans l'intervalle du repos des traitements digitaliques, pour maintenir la compensation;

3° Pour les traitements cardio-toniques et diurétiques prolongés et aussi prolongés qu'il est nécessaire, sans danger d'accumulation.

Dosage exact, posologie précise, action constante, sans inconvénient, ni sur le rein, ni sur l'estomac, tels sont encore des faits nouveaux pour le praticien.

Les formes pharmaceutiques sont, d'après M. Calac :

1° Les comprimés dosés à un demi-milligramme de principe actif;

2° La solution de 1 p. 2.000 même dose par centimètre cube;

3° Les ampoules injectables renfermant chacune 0,17 milligrammes.

Doses par vingt-quatre heures :

1 à 4 comprimés.
1 à 4 fois XV gouttes.
1 à 3 ampoules d'un centimètre cube et davantage.

Toutes injections indolores.

(1) *Th. de Toulouse*, 1923.
(2) Numéro du 11 août 1923.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 10 juil. 1923.

CHRONIQUE

LA TROISIÈME SEMAINE DE STOMATOLOGIE

La troisième semaine de stomatologie marque un progrès vers une orientation plus médicale, et ainsi plus normale de cette spécialité. Exercée jusqu'à une période récente par des empiriques, elle était cantonnée dans une observation banale et superficielle des faits et une thérapeutique de circonstance; les données étiologiques étaient également simplistes. Toute cavité par exemple était cataloguée carie dentaire; et cependant les lésions ainsi groupées présentaient des variations considérables.

Des médecins s'intéressant à cette spécialité, Magitot, Galippe, Cruet et leurs élèves ont essayé de mettre un peu d'ordre dans ce chaos; mais ce n'est que par l'augmentation progressive de leur nombre qu'une évolution plus scientifique pourra être envisagée. On a heureusement pu voir à cette semaine de stomatologie que ces spécialistes sont de plus en plus nombreux et leurs travaux en progression manifeste.

A cette réunion, la question de la carie a justement fait l'objet d'une communication importante de Rousseau-Decelle. Il indique bien l'erreur du groupement sous un même vocable de lésions évidemment différentes. Pour l'instant, il voit à différencier deux catégories : d'une part, les lésions d'origine externe, maladie des tissus durs de la dent, avec réaction secondaire des odontoblastes; de l'autre, les lésions d'origine interne, primitivement trouble trophique de l'odontoblaste, les troubles des tissus durs n'étant que secondaires. Cette distinction fondamentale, ouvrant des perspectives de recherches nouvelles, peut avoir des conséquences importantes au point de vue d'un traitement plus rationnel de ces lésions si répandues. Encore, pour les envisager, faut-il ne pas ignorer les données nouvelles de biologie susceptibles de leur être appliquées : évolution des idées sur le rôle du microbe en pathologie, connaissance progressive des sécrétions internes des glandes, rôle possible du système sympathique, des vitamines, etc.

Mais il est bien évident que pour saisir tout l'intérêt de ces communications, celle également de Delater et Bercher sur la dysembryoplasie épithéliale, origine des épulis, se rattachant peut-être à l'histogenèse du cancer, pour tirer profit des recherches de Tellier sur les relations des infections urinaires avec la stomatologie, les poursuivre au besoin, il est indispensable de posséder une culture générale que ne peuvent donner que des études médicales complètes.

Aussi ne conçoit-on pas aisément l'obstination de certains chirurgiens-dentistes à maintenir leur profession dans un empirisme désuet et par le fait dans un état d'infériorité manifeste vis-à-vis des autres spécialités médicales. Il est vrai qu'ils cherchent à la masquer par le grand bruit qu'ils font autour de questions de mécanique; mais cette activité, évidemment plus aisée et forcément pour eux plus exclusive, ne fait que les rapprocher des simples mécaniciens. Tandis qu'il faut noter, qu'à côté des problèmes scientifiques que nous avons énoncés plus haut, la semaine de stomatologie ne s'est pas désintéressée de questions se rapportant à la prothèse, à la technique, voire même à l'instrumentation, et, leur faisant une large place dans ses discussions, a marqué ainsi son éclectisme et sa supériorité. On ne voit pas au reste pourquoi une culture scientifique approfondie serait incompatible avec l'étude de ces questions. L'invention de la brouette et celle du haquet ne sont-elles pas de Pascal?

A. HERPIN.

Les processus de désintégration nerveuse, par le docteur Ivan BERTRAND. Préface du professeur Pierre MARIE. Un volume de 209 pages, avec figures. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

RÉFLEXES SYMPATHIQUES

PHARMACOLOGIQUES, SANGUINS, MÉTABOLIQUES, PUPILLAIRES, LABYRINTHIQUES ET TENDINEUX

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital de la Pitié.

J'ai déjà consacré deux revues générales aux *réflexes sympathiques cutanés* (1) et aux *réflexes sympathiques viscéraux* (2).

Avec celle d'aujourd'hui concernant les *réflexes sympathiques pharmacologiques, sanguins, métaboliques, pupillaires, labyrinthiques et tendineux*; je termine mon étude générale des réflexes sympathiques et j'en tire une conclusion qu'on trouvera *in fine*.

*
* *

Réflexes sympathiques pharmacologiques, sanguins, métaboliques, pupillaires, labyrinthiques et tendineux. — Dans mes études précédentes sur les réflexes sympathiques j'ai désigné ceux-ci par les territoires anatomiques sur lesquels on les constatait. Je continue à appliquer cette même règle pour les réflexes sympathiques *sanguins, pupillaires, labyrinthiques* et *tendineux*. Je dois, au contraire, une explication pour les réflexes *pharmacologiques* et *métaboliques*.

Avec tout le monde j'entends par réflexes sympathiques *pharmacologiques* les réflexes sympathiques résultant d'excitations produites sur l'organisme par des drogues, des agents pharmacologiques. Ces réflexes sont donc qualifiés par l'agent qui les produit et forment un groupe distinct de tous les réflexes précédents, qui rentrent dans la vaste classe des réflexes mécaniques, c'est-à-dire déterminés par des agents mécaniques communs.

Quant aux réflexes *métaboliques*, ils sont, selon la règle habituelle, désignés par leurs effets et non par leur cause, mais ces effets ne peuvent être localisés par l'anatomie. Maintenant que le lecteur se rend compte que les qualificatifs des divers réflexes sympathiques, que je me propose de passer en revue, ne se ramènent pas à un critère de même ordre, je vais immédiatement en résumer l'essentiel.

Réflexes pharmacologiques. — L'importance sémiologique de ces réflexes est la conséquence de la dichotomie pharmacologique du système végétatif d'Eppinger et Hess.

Cette systématisation découle des découvertes du grand physiologiste anglais Langley; sa simplicité en a fait la fortune; c'est un bon instrument de travail, un échafaudage pour construction; mais ce n'est qu'un schéma.

« Le système parasympathique se compose (3), comme je le disais en 1914, d'une portion céphalique venant du mésocéphale et du bulbe — moteur oculaire commun, pneumogastrique, corde du tympan — et d'une portion sacrée se détachant de la moelle — nerfs pelviens. Ce système, dont la partie capitale est le pneumogastrique, présente un antagonisme fonctionnel avec le grand sympathique. Ainsi, par exemple, le grand sympathique dilate la pupille, fait saillir l'œil, accélère le cœur, inhibe les mouvements de l'intestin, relâche le sphincter anal, produit de la glycosurie et de la polyurie.

Inversement, le système parasympathique contracte la pupille, relâche la zonule de Zinn, ralentit le cœur, fait contracter la musculature intestinale, sécréter les sucs gastriques et pancréatiques.

Eppinger et Hess se sont efforcés de mettre en évidence cet antagonisme chez l'homme à l'aide d'épreuves pharmacodynamiques, injections d'adrénaline, de pilocarpine et d'atropine; ils ont donné le nom de vagotoniques aux individus chez lesquels prédomine l'activité du système parasympathique et de sympathicotoniques à ceux chez lesquels l'emporte l'activité du grand sympathique.

L'*adrénaline* dilate la pupille, fait contracter les vaisseaux des membres, accélère le cœur, élève la pression artérielle, produit de la polyurie, de la glycosurie et de l'excitabilité réflexe.

La *pilocarpine* provoque la salivation, des sueurs, de la rougeur de la peau, de l'augmentation du péristaltisme intestinal, de l'hypersécrétion des sucs digestifs et intestinaux.

L'*atropine* dilate la pupille, arrête les sécrétions, accélère parfois le cœur.

L'*ésérine*, proposée par A. Mougeot (1), vagoexcitatrice, ralentit le pouls, élève la pression, contracte l'intestin.

On dit que l'adrénaline excite le grand sympathique, que la pilocarpine et l'ésérine excitent le système parasympathique et que l'atropine paralyse ce dernier.

Quand l'injection sous-cutanée de *1 milligramme d'adrénaline* produit une glycosurie supérieure à 5 grammes, que la quantité d'urine est doublée et que le pouls a un rythme d'un tiers supérieur à la normale, on parle de sympathicotonie.

Quand l'injection sous-cutanée de *1 centigramme de nitrate de pilocarpine* produit une salivation et une sudation plus abondantes que chez les normaux, on parle de vagotonie.

Quand l'injection sous-cutanée de *1 milligramme de sulfate neutre d'atropine* produit une mydriase rapide et prolongée avec précipitation considérable du pouls, on parle encore de vagotonie.

Quand enfin l'injection sous-cutanée d'*un quart de milligramme de bromhydrate d'ésérine* ne produit pas de ralentissement appréciable du cœur ou de contractions intestinales, on parle d'hypovagotonie ou de sympathicotonie ».

Déjà, en rapportant ces règles en 1914, je mettais en garde contre leur contingence ceux qui étaient tentés d'y voir des lois.

Cette schématisation pharmacodynamique, vraie dans son ensemble et commode comme moyen de recherche, a entraîné dès le début de nombreuses critiques, particulièrement de Fleischmann (2), Pötzl, Eppinger et Hess (3) eux-mêmes, Falta, Newburgh

(1) *Gaz. des hôpit.*, 15 sept. 1923, n° 74.
(2) *Ibid*, 6 oct. 1923, n° 80.
(3) LAIGNEL LAVASTINE. Sécrétions internes et système nerveux, *Revue de méd.*, 1914-1915.

(1) A. MOUGEOT. Le réflexe oculo-cardiaque, *Soc. de méd. de Paris*, 28 mars 1914, p. 277-287.
(2) FLEISCHMANN. *Med. Klin.*, 4 fév. 1910.
(3) O. PÖTZL, H. EPPINGER et L. HESS. *Wiener klin. Woch.*, 22 déc. 1910.

et Nobel (1), Falta et Kahn (2), Petren et Thorling (3), Burstein (4), Bauer (5), etc., dont j'ai, avec mon interne Mlle Romme, à l'hôpital Beaujon, en 1914, constaté la justesse.

C'est ainsi que nous avons vu (6) des réactions intenses à la pilocarpine en même temps qu'à l'adrénaline montrer une excitabilité exagérée du système végétatif, le même individu présenter, à quelques jours d'intervalle, des réactions différentes et la glycosurie adrénalinique n'avoir de valeur qu'après élimination du facteur hépatique. De plus, chez le même individu, au même moment, selon le territoire qu'on interroge, on peut avoir des réponses indiquant tantôt une hyperexcitabilité de l'orthosympathique ou du parasympathique, tantôt une hyper ou une hypo-excitabilité des deux.

Quoi qu'il en soit, ces méthodes s'étant généralisées, il y a lieu d'en rappeler la technique.

On peut les ranger en trois groupes : celui des drogues agissant électivement sur une fonction nerveuse, tel par exemple le *nitrite d'amyle*, qui est avant tout vaso-dilatateur; celui des *drogues chimiquement définies*, qui agissent avec une élection plus ou moins limitée sur l'orthosympathique ou le parasympathique; enfin celui des *extraits glandulaires endocriniens*, dont la composition complexe n'est pas encore chimiquement définie et qui répondent aux *tests biologiques* de Claude.

La technique de l'épreuve du *nitrite d'amyle* est simple. Richard (7) l'a bien précisée. On verse V gouttes de nitrite d'amyle chimiquement pur sur un tampon d'ouate hydrophile placé au fond d'un cornet de papier fort, dont l'ouverture est assez large pour recouvrir à la fois le nez et la bouche du patient. Il faut aller vite, pour que les vapeurs de nitrite ne soient pas trop mélangées d'air; il est inutile de prolonger plus de deux minutes l'inhalation, car, après ce temps, les réactions hypotensives et tachycardiques ne s'accentuent plus.

G. Richard a montré comment le nitrite d'amyle permet le diagnostic du sympathicotonique et du vagotonique.

La sympathicotonie se manifeste par la rapidité et l'intensité de la réaction accélératrice, par la profondeur de la chute des tensions maxima et minima et surtout par une *réaction hypertensive* caractéristique, qui se produit dès qu'est terminée la phase d'action du nitrite.

La vagotonie se traduit, au contraire, par une chute moins profonde des tensions et l'absence de toute réaction secondaire hypertensive.

L'apparition, chez quelques-uns des vagotoniques, d'extrasystoles sous l'influence du nitrite prouve encore la sensibilité exagérée du vague.

J'ai étudié trop longuement ailleurs (8) les propriétés vagotropes, sympathicotropes ou amphotropes de l'atropine, choline, pilocarpine, ésérine, adrénaline, pour y insister ici, d'autant que j'ai donné plus haut, les doses à injecter sous la peau.

Danielopolu et Carniol, qui ont beaucoup pratiqué ces épreuves, préfèrent les injections intraveineuses (1), procédé peut-être plus précis, mais certainement plus brutal.

Une technique plus maniable est l'instillation conjonctivale; je la décrirai avec les réflexes pupillaires.

La **méthode des tests biologiques**, selon l'expression employée pour la première fois par H. Claude, A. Baudouin et R. Porak (2), se base sur des réflexes sympathiques. Claude rangeant l'épreuve de l'adrénaline parmi les tests biologiques, je reviendrai encore sur ce test, qui est peut-être de tous le plus important.

L'*épreuve de l'hypophyse*, exposée tout au long par R. Porak dans sa thèse (3), consiste dans l'injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (de 0,05 [demi-lobe postérieur] à 0,15 d'extrait).

On sait que l'extrait délipoïdé du lobe postérieur d'hypophyse de bœuf détermine, chez le sujet normal, de l'accélération du cœur avec glycosurie, vaso-constriction cutanée et, le plus ordinairement, abaissement de la pression. Ces réactions se produisent surtout de quinze à trente minutes après l'injection.

Or H. Claude, Baudouin et Porak (4) ont montré que le même extrait, chez les basedowiens, ralentit et modère la tachycardie.

De plus, cet extrait provoque les contractions péristaltiques de l'intestin. Or, pour Langley et Biedl, le vague est le nerf qui provoque ce péristaltisme.

On est donc conduit à admettre que l'hypophyse renferme des principes capables d'exciter et le grand sympathique et le pneumogastrique, c'est-à-dire l'ensemble des nerfs de la vie végétative. Le ralentissement cardiaque, provoqué par l'extrait hypophysaire chez les basedowiens, montre que l'effet principal de cet extrait sur le cœur basedowien résulte de l'excitation du vague. Il faut donc conclure que « chez le sujet non basedowien, l'hypophyse agit sur le rythme cardiaque en excitant les accélérateurs sympathiques; dans la tachycardie basedowienne, les accélérateurs, constamment excités, ne réagissent plus à l'hypophyse, et c'est l'action modératrice de la Xe paire qui l'emporte. »

Cette épreuve de l'hypophyse a une valeur diagnostique. C'est ainsi que, positive, elle a permis à Claude et ses élèves de rattacher un état basedowien fruste à la dysfonction thyroïdienne et que, négative, elle a également permis de séparer complètement une tachycardie paroxystique du goitre exophtalmique, alors que certains auteurs voulaient voir dans le syndrome de Bouveret une forme fruste du syndrome de Basedow.

En résumé, l'épreuve est positive, quand on observe de la pâleur, des contractions intestinales vives et surtout une diminution dans le nombre

(1) W. Falta, L. H. Newburg et E. Nobel. *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, Bd LXXII, f. 1-2.
(2) W. Falta et F. Kahn. *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, Bd LXXIII, f. 1-2.
(3) K. Petren et I. Thorling. *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, Bd LXXIII, f. 1-2.
(4) M. Burstein *Med. Obozr.*, 1912, t. LXXII, p. 10.
(5) J. Bauer. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1912, t. CVII, p. 1.
(6) Laignel-Lavastine. Sécrétions internes et système nerveux *Loc. cit.*, p. 607.
(7) G. Richard. Nitrite d'amyle et réaction vasculaire, *Arch. des mal. du cœur*, sept. 1920, p. 416-426.
(8) Laignel-Lavastine. *Pathologie du sympathique*, p. 785.

(1) Danielopolu et Carniol. Epreuve de l'adrénaline en injection intraveineuse, *Ann. de méd.*, 1922, n° 2; — Epreuve intraveineuse de l'ésérine dans l'examen du système végétatif. Amphotropisme de cette substance *Presse méd.*, 5 août 1922, p. 665-666.
(2) H. Claude, A. Baudouin et R. Porak. *Soc. de biol.*, 8 mars 1913; — *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1914.
(3) R. Porak. *Thèse*, 1914.
(4) H. Claude, Baudouin et R. Porak. L'épreuve des extraits hypophysaires chez les basedowiens, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1914, p. 1094-1112.

des pulsations ainsi qu'un léger abaissement de la pression artérielle. C'est ce qu'on observe, en général, dans le goitre exophtalmique. Inversement, chez des sujets sains ou des malades paraissant avoir un hypofonctionnement thyroïdien, on observe peu de pâleur, peu de signes intestinaux, peu ou pas de modifications de la tension artérielle et de la vitesse des pulsations (1).

L'*épreuve de l'adrénaline*, vulgarisée par Gœtsch en 1918 (2), consiste en injection sous-cutanée d'adrénaline, qui, ne provoquant que peu de réactions chez le sujet normal, détermine chez les hyperthyroïdiens une accélération du pouls et une augmentation de la tension artérielle d'autant plus marquée que les troubles thyroïdiens sont mieux caractérisés.

Mais, pour bien juger des résultats, il faut s'astreindre à une technique rigoureuse, telle que Claude (3) l'a minutieusement exposée.

Le sujet est couché sur le dos; on compte les pulsations; on met le brassard de l'oscillomètre de Pachon, qui ne devra plus être déplacé. Le malade reste étendu pendant toute l'épreuve.

On injecte sous la peau 1 à 3 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 1000 d'adrénaline (1 à 3 milligramme).

Pendant une heure et demie, on note toutes les cinq minutes la rapidité du pouls ainsi que les variations de la tension maxima. Les réactions se produisent surtout de trente-cinq à quarante minutes après l'injection d'adrénaline.

Il faut de plus rechercher l'apparition de la glycosurie. Après s'être assuré de l'absence de sucre, on fait ingérer un repas d'épreuve (pain, 100 grammes; lait, 150 grammes; sucre, 50 grammes); on fait l'injection et l'on recueille les urines de trois heures en trois heures. L'élimination du sucre se fait habituellement dans les six à neuf heures, qui suivent l'injection.

Marcel Labbé (4), étudiant cette épreuve chez dix sujets normaux, a observé une élévation du pouls de 6 à 8 pulsations par minute au bout de vingt-cinq minutes, parfois une légère accélération respiratoire, une tendance à la diminution ou l'inversion du réflexe oculo-cardiaque, parfois une élévation de 1 centimètre de mercure de la pression artérielle le plus souvent inchangée, et toujours de l'hyperglycémie, mais modérée. Il n'a jamais vu de glycosurie, de palpitations, d'angoisse, de tremblements, d'asthénie, de sueurs, ni d'ascension thermique.

L'épreuve de l'adrénaline a pour base la théorie de Falta, Eppinger et Rudinger (5), qui admet une collaboration endocrinienne selon laquelle l'adrénaline et la sécrétion thyroïdienne renforceraient mutuellement leur action pour provoquer la glycosurie et les troubles cardio-vasculaires. On sait quelle excessive fortune a obtenue le schéma triangulaire de ces auteurs, schéma voulant montrer l'interrelation de la thyroïde, du pancréas et du

(1) Suzanne BERNARD et R. PIÉDELIÈVRE. L'épreuve des tests glandulaires considérés surtout dans les maladies par trouble du fonctionnement thyroïdien, *Progrès méd*, 7 oct. 1922, p. 465.

(2) E. GŒTSCH. Adrenalin hypersensitiveness in clinical states of hyperthyroidism, *New-York méd.*, 1918, n° 7.

(3) H. CLAUDE, Mlle BERNARD et P. PIÉDELIÈVRE. *Paris méd.*, 11 sept. 1920.

(4) Marcel LABBÉ, NEPVEUX et LAMBRU. L'épreuve à l'adrénaline de Gœtsch chez les sujets normaux, *Soc. de biol.*, 5 mai 1923, p. 1134.

(5) FALTA, EPPINGER et RUDINGER. *Zeit. f. klin. Med.*, 1909, t. LXVI, p. 1, et t. LXVII, p. 380-398.

système chromaffine, le pancréas à l'état normal modérant thyroïde et système chromaffine et étant par eux modéré à son tour, alors que thyroïde et système chromaffine s'excitent mutuellement. Mais bien des faits, rappelés par Achard (1), ne concordent pas avec la théorie.

Un fait intéressant, remarqué par Garnier et Sigismond Bloch (2), c'est que, lorsque la réaction à l'épreuve a cessé d'être positive, elle peut être rappelée par l'injection d'extrait thyroïdien mélangé à l'adrénaline. « Chez les sujets normaux, qui ne réagissent pas à l'adrénaline seule, le mélange ne donne pas de réaction positive. Il y aurait donc une sorte de réactivation préalable » (Achard).

En tous cas, en pratique (3), l'épreuve de Gœtsch me paraît, ainsi qu'à Vaquez (4), un des meilleurs moyens, quand elle est positive, de déceler l'hyperthyroïdisme.

L'épreuve de l'adrénaline, en mettant en évidence l'hyperexcitabilité de l'orthosympatique, paraît avoir, peut-être plus qu'une signification diagnostique, une valeur pronostique. Pour Sévéryn Sterling [de Lodz (5)], une réaction forte avec battements de cœur très prononcés, réaction d'oppression, d'anxiété, frissons très forts, accélération notable du pouls et augmentation très grande de la pression artérielle permet dans les infections aiguës, telle que la grippe, la fièvre typhoïde ou la pneumonie, un pronostic favorable.

Comme les signes pronostiques sont rares, il valait la peine de signaler celui-ci.

Parmi les tests glandulaires il faut encore citer le « signe de la thyroïde » de Parisot et Richard (6) chez les hyperthyroïdiens. Ces auteurs ont constaté que l'injection intramusculaire de deux ampoules d'extraits thyroïdens désalbuminés de Carrion, dosés à 0g50 d'extrait frais par ampoule, détermine chez les hyperthyroïdiens un signe constant, capital, un *ralentissement marqué du pouls*, et deux signes accessoires, mais significatifs et moins constants : une chute de la maxima et une persistance ou une exagération du réflexe oculo-cardiaque. Ainsi est mise en évidence l'hyperexcitabilité du vague chez les hyperthyroïdiens. Mais, avec sagesse, Parisot et Richard avouent que dans leurs recherches sur les substances pharmacodynamiques utilisées pour étudier la prédominance du vague ou du grand sympathique, ils ont vu que la spécificité de ces drogues n'était qu'apparente : elles agissent sur les deux systèmes; c'est le plus sensibilisé qui fournit la réaction prédominante et l'effet le plus précoce. « C'est ce qui explique, ajoutent Parisot et Richard, que dans notre épreuve, l'injection d'extrait thyroïdien produit chez les hyperthyroïdiens et les hypothyroïdiens un phénomène prédominant « vague », le ralentissement du pouls, mais la réponse double du système vagosympathique à toute excitation nous

(1) ACHARD. Le syndrome basedowien (suite), *Progrès méd.*, 10 juin 1922, p. 265.

(2) GARNIER et S. BLOCH. *Soc. méd. des hôpit.*; — Sigismond BLOCH. Epreuve de Gœtech, *Thèse*, 1921.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. Les psychoses thyroïdiennes, in *Actualités neurologiques* de Pierre Marie, Masson, 1922.

(4) H. VAQUEZ et C. DIMITRACOFF. L'épreuve de l'adrénaline ou épreuve de Gœtsch dans les affections du corps thyroïde, *Arch. des mal. du cœur*. juin 1923, p. 414-427.

(5) Severyn STERLING. Les réactions postadrénaliniques dans le pronostic, *Paris méd.*, 9 sept. 1922, p. 233-237.

(6) J. PARISOT et G. RICHARD. Réactions organiques aux extraits thyroïdiens dans les troubles de la fonction thyroïdienne « le signe de la thyroïde », *Soc. méd. des hôpit.*, 19 mai 1922, p. 806.

explique aussi comment peuvent coexister, chez l'hyperthyroïdien, des signes cliniques d'excitation sympathique et pourquoi, chez des hyperthyroïdiens, nous voyons apparaître, après quelque temps de traitement, des signes de réaction sympathique dont l'inversion du réflexe oculo-cardiaque est le plus précoce. » Cette réflexion cadre trop avec mes idées pour que je n'aie pas tenu à la rapporter.

Épreuve de l'hémoclasie digestive. — Cette épreuve, établie par F. Widal, consiste dans l'ingestion à jeun de 200 grammes de lait. Ce procédé clinique simple permet de mettre en évidence les manifestations humorales du choc colloïdoclasique.

Ces manifestations humorales consistent en *leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire, prédominance des mononucléaires sur les polynucléaires, avec des modifications de l'index réfractométrique, un caractère plus rutilant du sang, des modifications de la pression artérielle*, etc. Ces caractères du choc colloïdoclasique sont les mêmes que les signes vasculo-sanguins du choc anaphylactique.

J'ai employé le terme de *leucopénie*, comme les auteurs français qui ont étudié les réactions sanguines du choc et dans le sens tout clinique de diminution de nombre des leucocytes, quelle qu'en soit la cause, tandis que primitivement la leucopénie, mot créé par Löwit (1), signifiait exclusivement un apport insuffisant d'éléments jeunes par les organes hématopoïétiques.

Pour Widal, dans le choc colloïdoclasique, il s'agit avant tout d'un choc tissulaire protoplasmique et c'est pourquoi il lui a donné le nom de colloïdoclasique, c'est-à-dire par rupture des colloïdes, formant partie intégrante du protoplasma.

Drouet (2), constatant la contingence du choc après l'injection des arsénobenzènes, avait émis l'idée d'un *choc vasculo-sympathico-cellulaire*.

Cette idée a été précisée par Tinel et Santenoise (3), qui ont vu que la seule recherche du réflexe oculo-cardiaque suffisait à déterminer l'hypoleucocytose avec inversion de la formule leucocytaire, s'il était positif.

Par une série d'épreuves, réfrigération locale, excitation électrique d'un nerf, douleur, émotion (4), ils déterminèrent la même chute leucocytaire et conclurent que c'est la vaso constriction qui la détermine. Cette conclusion fut confirmée expérimentalement par Garrelon et Santenoise (5), qui ont constaté que, chez le chien, l'hypoleucocytose du choc peptonique s'accompagne d'une vaso-constriction périphérique intense.

Or, l'étude du parallélisme fréquent de l'exagération du réflexe oculo-cardiaque et de l'épreuve positive de l'hémoclasie digestive, réduite d'ailleurs à la constatation de l'hypoleucocytose avec inversion de la formule leucocytaire, chez les épileptiques et les maniaques intermittents a permis à Tinel et Santenoise (6) de conclure que la vagotonie est nécessaire à l'expression clinique du choc colloïdoclasique.

(1) LÖWIT. *Studien zur Physiol. u. Path. des Blutes u. der Lymphe*, Iéna 1892.
(2) DROUET. Hémoclasie et système nerveux sympathique, *Journ. de méd de Paris*, 1921, n° 17, p. 328 ; — Le choc vasculo-sympathique, *Id.*, 10 déc. 1921, p. 635-640.
(3) TINEL et SANTENOISE. *Soc. de biol.*, 22 oct. 1921.
(4) TINEL et SANTENOISE. *Soc. de biol.*, 22 oct. 1921.
(5) GARRELON et SANTENOISE. *Id.*, 19 nov. 1921.
(6) TINEL et SANTENOISE. *Presse méd.*, 1922.

Cette notion permet de comprendre un certain nombre de cas d'épilepsie et de psychose périodiques, comme je l'ai montré par des exemples cliniques (1), mais ce serait ruiner la théorie que de vouloir la généraliser outre mesure.

Dans l'épreuve de l'hémoclasie digestive on sait que Widal et ses élèves rapportent la chute leucocytaire à une insuffisance hépatique, qui permettrait le passage dans le sang d'albumines hétérogènes.

Claude, Santenoise et Schiff ont confirmé cette interprétation en constatant l'hypoleucocytose chez des insuffisants hépatiques à réflexe oculo-cardiaque inversé. L'injection de forte dose de peptone provoque toujours un choc avec diminution des leucocytes, quel que soit l'état du tonus neuro-végétatif. D'autre part, on sait que les sujets à réflexe oculo-cardiaque très marqué ont une forte chute leucocytaire par l'épreuve de l'hémoclasie digestive.

Claude et ses élèves (2) en concluent que les variations du taux leucocytaire consécutives au repas sont conditionnées par l'état fonctionnel du foie et le tonus vagosympatique.

Si l'on connaît un de ces deux éléments, on peut donc connaître l'autre par l'épreuve de l'hémoclasie digestive, qui peut dès lors être employée non seulement comme moyen d'investigation de la fonction protéopexique du foie, mais encore comme procédé d'exploration du système neurovégétatif.

Glaser (3) appelle carrément la *leucopénie vagotonique* le réflexe abdominal du pneumogastrique. Pour lui, en opposition à la leucocytose alimentaire, qui est due à une contraction des vaisseaux cutanés périphériques, la *leucopénie alimentaire* est due à une dilatation de ces mêmes vaisseaux par excitation réflexe du vague. Les acides biliaires jouent un rôle important dans le déclanchement de ce réflexe, ce qui se comprend quand on se rappelle les bradycardies des ictériques. La *leucopénie digestive des hépatiques* serait donc due à la rétention d'acides biliaires agissant sur le vague et non à une insuffisance de la fonction protéopexique du foie. C'est aussi l'idée de Müller et de Fromm (4).

Dès 1910, J. Jolly (5) expliquait l'hypoleucocytose du choc peptonique surtout par la rétention des leucocytes dans certaines parties du système vasculaire sous l'influence de phénomènes vaso-moteurs.

Milian (6), avec d'autres, a fait la critique de la diminution des leucocytes considérée comme critère suffisant de l'hémoclasie. Il a montré, avec Babalian, que c'est un phénomène d'une extraordinaire banalité et qu'on l'observe dans les vaso-dilatations paralytiques, sans doute sous l'influence de la margination des leucocytes. On l'obtient ainsi par l'inhalation de nitrite d'amyle.

L'hypoleucocytose est, en effet, un phénomène banal depuis longtemps connu, qu'on obtient, dans de multiples circonstances, dans le sang périphérique, du fait de modifications vaso-motrices locales ou de réactions nerveuses générales, sur lesquelles

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. Sympathique et psychoses périodiques, leçon de Sainte-Anne le 13 décembre 1921, *Progrès méd.*, 11 nov. 1922, p. 529-533.
(2) CLAUDE, SANTENOISE et SCHIFF. *Soc. de biol.*, 17 mars 1923, p. 686.
(3) GLASER. Le réflexe abdominal du pneumogastrique (leucopénie vagotonique), *Med. Klin.*, 1922, n° 15, p. 462.
(4) W. FROMM. *Münch. med. Woch.*, 1er juin 1923.
(5) J. JOLLY. *XVIe Cong. intern. de méd. de Paris*, 1900 ; — *Arch. d'anat. microsc.*, 1909, t. XI.
(6) MILIAN. *Soc. méd. des hôpit.*, 3 nov. 1922, p. 1443.

ont, entre autres, insisté, avec Milian, Tinel et Santenoise (1). Il ne faut donc pas se contenter de constater une simple hypoleucocytose périphérique pour conclure au choc hémoclasique. Il est nécessaire de se rappeler que Widal a montré que le choc colloïdoclasique se caractérise au point de vue circulatoire non seulement par une hypoleucocytose avec inversion de la formule leucocytaire, prédominance des mononucléaires sur les polynucléaires, mais encore par des changements de l'index réfractométrique, un caractère plus rutilant du sang, des modifications de la pression artérielle, etc.

C'est donc tout un syndrome, et constater le plus banal de ses éléments, la diminution des leucocytes. ne suffit pas à démontrer son existence.

En conclusion, je partage les réserves très prudentes de Mauriac et Moureau (2). Leucopénie et leucocytose périphériques étant la résultante de réactions très diverses, il est exagéré, quand on les constate dans le choc anaphylactique, de vouloir les expliquer uniquement par les différences de concentration et de vitesse d'écoulement du sang. « Juger la colloïdoclasie ou l'insuffisance hépatique sur une leucopénie passagère, c'est supposer parfaitement analysé le mécanisme des variations leucocytaires, c'est limiter à plaisir et rapetisser aux limites de notre entendement un problème très vaste. Il ne faut pas oublier que bien des systèmes, bien des théories médicales ont disparu, « quoi« qu'elles fussent fondées sur l'expérimentation, « parce qu'elles avaient une base expérimentale « trop étroite pour soutenir la masse d'hypothèses « et de raisonnements, qu'on avait échafaudés sur « elles » (Claude Bernard).

Épreuve du métabolisme basal. — Je rappelle que le métabolisme basal est l'énergie (exprimée en grandes calories) dépensée par heure et par mètre carré de surface du corps, lorsque le sujet est au repos complet, à jeun depuis quatorze heures environ, dans une atmosphère moyenne de 16 degrés, suffisamment couvert pour n'avoir à réagir ni contre le froid ni contre la chaleur du milieu extérieur. [H. Binet (3)].

Ce terme, qui nous vient d'Amérique, est en somme synonyme de *dépense de fonds*. On sait qu'on nomme ainsi la quantité d'énergie minima, nécessaire au maintien de la vie, et qui est une sorte de constante physiologique caractéristique de la constitution du sujet.

La mesure du métabolisme basal réclame certaines conditions de jeûne, de repos, d'équilibre thermique, la connaissance de la surface du corps et celle de la quantité de chaleur dégagée par l'organisme en un temps déterminé. Pour mesurer cette quantité de chaleur, on emploie soit la *méthode de calorimétrie directe*, soit la *méthode de calorimétrie indirecte* par l'étude des échanges respiratoires.

Cette dernière méthode étant maintenant couramment appliquée en France, je ne la décrirai pas et je renvoie le lecteur à l'excellente thèse de Binet.

Achard et Binet (1) ont appliqué cette méthode à l'étude du métabolisme basal dans les syndromes thyroïdiens. Elle a été critiquée dans quelques-uns de ses détails par Marcel Labbé et Stévenin (2).

Leur *technique* (3), calquée sur celle des Américains, mais avec des appareils ne mesure français, eudiomètre de Laulanié, spiromètre de Verdin, masque de guerre avec soupape de Tissot, donne les meilleurs résultats, comme je l'ai déjà constaté sur plusieurs de mes malades.

En résumé, le métabolisme basal, qui a maintenant droit de cité en France, est employé couramment par Marcel Labbé, Achard, Guy Laroche. dans mon service, etc.

De même que, par son accroissement, il a permis à Marcel Labbé et Stévenin de démontrer l'hyperthyroïdie de certains basedowiens, de même, par sa diminution, il a permis à Nobécourt et Janet (4) de démontrer l'hypothyroïdie incomplète ou fruste dans certains retards de croissance.

Mais la clinique ne perd jamais ses droits. Et il est intéressant de pouvoir *de plano*, par une manœuvre très simple, suspecter dans quel sens peut être modifié le métabolisme basal.

C'est ce qu'a tenté Sainton.

P. Sainton et L. Schulmann ont confirmé (5) par l'*épreuve de l'apnée volontaire*, manœuvre clinique beaucoup plus simple que la mesure du métabolisme basal, l'exagération des échanges respiratoires des basedowiens. L'épreuve de l'apnée volontaire montre, en effet, que, chez les basedowiens, il y a une réduction considérable de la possibilité de la suspension de la respiration, la moyenne étant de dix-huit secondes ou lieu de cinquante secondes. Ce nombre de dix-huit indique la soif d'oxygène qu'ont, en général, les basedowiens et s'oppose à la longeur d'apnée volontaire chez les myxœdémateux. De plus, l'*examen spirométrique* indique une diminution très nette de la capacité respiratoire. Enfin, l'étude du *débit respiratoire*, à l'aide du masque manométrique de Pech, montre que le débit respiratoire maximum est très diminué, surtout au moment de l'expiration.

A côté de l'épreuve du métabolisme basal et de l'apnée volontaire peut prendre place celle de l'*hyperglycémie alimentaire*, bien qu'elle ne soit pas l'expression d'un réflexe sympathique et que, chez les basedowiens, elle soit due à l'hyperthyroïdie et non à l'excitation du grand sympathique. Néanmoins, comme elle a une valeur dans le diagnostic du goitre exophtalmique, j'en rappelle la technique.

Marcel Labbé et ses élèves (6) font ingérer à jeun 50 grammes de glucose pur et mesurent la glycé-

(1) TINEL et SANTENOISE. Variations brusques de la formule leucocytaire sous l'influence d'actions nerveuses immédiates, *Soc. de biol.*, 22 oct. 1921.

(2) P. MAURIAC et M. MOUREAU. Les variations du nombre des leucocytes, leur mécanisme, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1923.

(3) H. BINET. Le métabolisme basal en clinique déterminé par la méthode des échanges respiratoires. Son étude dans les dysthyroïdies et les retards de croissance de l'enfance, *Thèse*, 1922, 135 pages.

(1) ACHARD et BINET. Les échanges respiratoires et le métabolisme basal dans les syndromes thyroïdiens, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juillet 1922, p. 1217-1222.

(2) Marcel LABBÉ et STÉVENIN. Les échanges respiratoires des hyperthyroïdies. Technique de la mesure du métabolisme basal, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juillet 1922, p. 1160-1163.

(3) Marcel LABBÉ et STÉVENIN. Technique de la mesure des échanges respiratoires (métabolisme basal, *Presse méd.*, 30 sept. 1922, p. 841-843.

(4) P. NOBÉCOURT et H. JANET. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 mars 1922, et *Paris méd.*, 30 août 1922.

(5) P. SAINTON et E. SCHULMANN. La respiration des basedowiens (étudiée à l'aide des méthodes actuelles : masque de Pech, spirométrie, radioscopie, etc., *Ann. de méd.*, sept. 1922.

(6) Marcel LABBÉ, H. STÉVENIN et Fl. NEPVEUX. Importance du métabolisme basal et de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par le diagnostic de la maladie de Basedow, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 mai 1922, p. 902-909.

mie par la méthode de Bang de demi-heure en demi-heure. Dans ces conditions, ils ont vu d'abord que la glycémie à jeun n'est pas plus élevée chez les basedowiens que chez les sujets sains (0g72 à 1g07) et, ensuite, que la durée de l'hyperglycémie, chez les basedowiens à réaction positive, a varié de deux heures quinze à trois heures quarante, avec des maxima de 1g33 à 3g87 au-dessus du taux initial. Selon la présence ou l'absence d'hyperglycémie alimentaire allant de pair avec l'exagération ou non du métabolisme basal, Marcel Labbé a divisé les basedowiens en deux groupes : les uns avec excitation du grand sympathique et hyperthyroïdie, les autres avec excitation du sympathique cervical (battements artériels de la thyroïde, tachycardie, exophtalmie, tremblement, émotivité, pigmentation cutanée, exagération des réactions vaso-motrices cutanées), mais sans hyperthyroïdie.

Aussi Marcel Labbé considère-t-il la maladie de Basedow complète comme l'association de deux syndromes : 1° Un syndrome d'hyperthyroïdie avec amaigrissement, agitation, changement de caractère mis en lumière par l'exagération du métabolisme basal et de la réaction hyperglycémique ; 2° un syndrome de sympathicotonie caractérisé par la tachycardie, l'exophtalmie, les bouffées de chaleur, les troubles vaso-moteurs, les sueurs, les crises de diarrhée, la pigmentation. Ce syndrome peut être réalisé par l'excitation du sympathique cervical chez les animaux ; il ne s'accompagne pas de troubles de la nutrition.

L'étude de ces épreuves métaboliques n'aurait abouti qu'à montrer la relative indépendance des réactions sympathiques et thyroïdiennes qu'elles ne seraient pas inutiles, alors que certains auteurs veulent confondre dans un même système endocrino-végétatif toute cette physiologie et pathologie si complexe.

Ainsi épreuves du *métabolisme basal*, étude du *débit respiratoire* avec le masque de Pech, *examen spirométrique* de Pescher, épreuves de l'*apnée volontaire* et de l'*hyperglycémie alimentaire* sont autant de moyens permettant d'interroger l'activité des échanges et, par conséquent, de se rendre compte des réflexes métaboliques de l'ortho et du parasympathique.

Réflexes pupillaires. — Les réflexes pupillaires à la lumière, la convergence et l'accommodation sont trop connus pour que je les décrive. J'ai montré ailleurs (1) que le signe d'Argyll-Robertson, abolition du réflexe lumineux avec conservation du réflexe accommodateur, n'est pas lié à une lésion du ganglion ciliaire.

Le réflexe pupillaire à la douleur, ou *réflexe de Schiff*, étudié en médecine légale, tient à l'excitation du grand sympathique.

Une excitation unilatérale du sympathique cervical détermine une *anisocorie*, comme on le voit souvent chez les pneumoniques (Gubler) et les tuberculeux (Roques, Sergent, Souques).

A côté de cette *anisocorie réflexe pathologique*, je dois citer l'*anisocorie physiologique*.

Tournay (2) a montré que l'anisocorie est la règle

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. *Pathologie du sympathique*, p. 198.

(2) A. TOURNAY. Les lois de l'isocorie et de l'anisocorie normales. Corollaire et variations pathologiques, *Acad. de méd.*, 22 mai 1917.

dans le regard latéral et que la pupille se dilate du côté de l'œil, qui regarde en dehors.

L'épreuve de **Tournay** du regard latéral permet d'accentuer une anisocorie légère, en faisant porter le regard en dehors du côté correspondant à la pupille la plus large. Inversement, l'inégalité tend à disparaître, quand le malade regarde en dehors avec l'œil en myosis. Il en était ainsi dans un cas de myosis unilatéral par déficit sympathique, que j'ai montré à mes leçons cliniques de Laennec, en novembre 1922 et qui répondait à l'observation princeps (1) de Tournay. Il faut faire maintenir quelque temps le regard latéral, car la dilatation pupillaire du côté où le sympathique est lésé s'opère avec une moins grande vitesse (Tournay). Par contre, en cas de signe d'Argyll-Robertson, la réaction peut être inversée (2).

C'est dans les lésions du système nerveux central que Noyer (3) a trouvé les plus grandes variations de la réaction de Tournay, tandis que, dans les cas de déficit sympathique, la réaction reste normale.

Les variations pupillaires, selon toutes les conditions normales et pathologiques, nécessiteraient de longs développements. Ces variations fonctionnelles sont essentiellement en rapport avec l'excitabilité vagosympathique. Aussi l'examen des pupilles fournit des données importantes sur cette excitabilité.

Les réflexes pupillaires, déterminés par les *instillations oculaires*, permettent, plus simplement que les injections sous-cutanées, de se rendre compte des *réactions vagosympathiques pharmacologiques*.

Le plus employé de ces réflexes est l'**épreuve de la mydriase adrénalinique**, dérivée de la découverte, faite par Lœwi, que le contact d'une solution extrêmement diluée d'adrénaline avec un œil énucléé de grenouille détermine la mydriase de cet œil. Beaucoup de chercheurs se sont servis du test de Lœwi pour juger de la présence ou de l'absence d'adrénaline dans un sérum.

C'est ainsi que Joseph et Meltzer (4), après avoir réséqué chez le lapin ou le chien le ganglion cervical supérieur, ont constaté qu'au bout de quelques jours la pupille du côté correspondant se dilatait nettement chaque fois qu'on augmentait la quantité d'adrénaline dans le sang circulant.

En 1909, J. Gautrelet (5), s'inspirant de la constatation expérimentale de Joseph et Meltzer, mit V gouttes d'adrénaline dans l'œil d'un malade atteint de paralysie du sympathique cervical du même côté et constata une mydriase très marquée et persistante. Rien de semblable ne se produisit à la suite d'une même instillation dans l'œil sain.

La mydriase adrénalinique a donc une valeur localisatrice dans la paralysie du sympathique cervical.

Mais il faut reconnaître qu'elle sert surtout à se rendre compte de l'indice vagosympathique du sujet. Et quand *in vivo* l'instillation dans l'œil de II gouttes de solution au millième d'*adrénaline* détermine,

(1) A. TOURNAY. Remarques sur l'inégalité pupillaire dans un cas de myosis unilatéral par déficit sympathique, *Acad. de méd.*, 3 déc. 1918.

(2) TOURNAY. Sur un cas d'inégalité pupillaire avec réactions paradoxales en regard extrême, *Soc. d'ophtalm.*, 18 juin 1921.

(3) NOYER. De l'anisocorie dans le regard bilatéral (la réaction de Tournay). *Thèse*, 1921.

(4) JOSEPH et MELTZER. *Amer. Journ. of physiol.*, 1912.

(5) J. GAUTRELET. *Arch. d'ophtalm.*, avril 1909.

en plus d'une vaso-constriction banale, une mydriase marquée, on parle de sympathicotonie. C'est la réaction d'Ehrmann.

La dilatation pupillaire consécutive à l'instillation d'*adrénaline* est, pour Clovis Vincent (1), un indice que la teneur du sang en adrénaline est suffisante au moment même et dans les instants suivants. La mydriase adrénalinique contre-indique donc chez les encéphalitiques un traitement par les injections sous-cutanées répétées d'adrénaline. Il a vu celles-ci, associées à l'hypophysine, chez des encéphalitiques, arrêter l'œdème aigu du poumon; on sait que, pour les classiques, l'adrénaline facilite ou même détermine l'œdème aigu du poumon.

On parle encore de sympathicotonie ou mieux d'hyperexcitabilité du sympathique cervical, quand l'instillation de II gouttes de solution au centième de chlorhydrate de cocaïne détermine de la mydriase.

La *mydriase cocaïnique* a donc la même valeur que la mydriase adrénalinique pour reconnaître l'hyperexcitabilité du grand sympathique, ou d'un mot simple, l'hyperorthosympathie.

Inversement, quand l'instillation de II gouttes de solution au millième de sulfate neutre d'atropine, ou mieux de solution au même titre de *bromhydrate d'hématropine*, détermine une mydriase soudaine et marquée, on parle de *vagotonie*.

De même, les instillations de II gouttes de solution au centième de *nitrate de pilocarpine* déterminent de la mydriase.

Ainsi *mydriases adrénalinique et cocaïnique sont fonction d'hyperorthosympathie*; *mydriases atropinique et pilocarpinique sont liées à la vagotonie ou hyperparasympathie*. Quand les unes et les autres sont réunies, chez le même sujet, comme ce n'est pas très rare, il s'agit d'hypersympathie généralisée, que certains appellent amphotonie ou neurotonie, d'un mauvais mot qui ferait croire que le tonus de tout le système nerveux est augmenté, alors qu'on veut seulement parler d'hyperexcitabilité du système végétatif.

Réflexes labyrinthiques. — A côté des réflexes pupillaires, on peut placer les réflexes *labyrinthiques*. La réaction du labyrinthe à la *pilocarpine*, qui rend plus fort le vertige chez les vagotoniques et le modifie à peine chez les hyperorthosympathiques, a une bonne valeur sémiologique, mise en évidence par S. Traina (2).

Inversement, on connaît les succès obtenus par Vernet, avec l'adrénaline, chez certains vertigineux. J'en ai observé moi-même un cas remarquable. C'est l'application thérapeutique des idées de Lermoyez (3) sur la double expression syndromique vestibulaire et cochléaire des spasmes de l'artère de l'oreille interne et de ses branches.

Pour plus de détails, je renvoie aux traités d'otologie.

Réflexes tendineux. — Les rapports des réflexes tendineux avec le grand sympathique ont été très

(1) Cl. Vincent et E. Bernard. Troubles respiratoires de l'encéphalite. Pupillo-réaction à l'adrénaline comme moyen de préserver le sujet du choc adrénalinique, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juillet 1922, p. 1189.

(2) S. Traina. Le vague et le sympathique dans leurs rapports avec le labyrinthe non acoustique, *Atti della clin. oto-rhino-laryng. della R. Univ. di Roma*, 1921.

(3) Lermoyez. Le vertige qui fait entendre, *Presse méd.*, janv. 1919, p. 1.

étudiés dans ces dernières années, surtout depuis les recherches de S. de Boer sur la fonction tonique du sympathique. Les expériences de cet auteur (1), contestées d'ailleurs par Beritoff, ont montré que la résection unilatérale du sympathique ou simplement la section des *rami communicantes* entraîne une hypotonie de siège correspondant. De là, on est parti pour admettre une triple innervation du tonus : cérébro-spinale, orthosympathique et parasympathique. Et pour Danielopolu, Radovici et Carniol (2), qui admettent cette triple innervation du muscle, le parasympathique est le nerf actif, excitateur du tonus, et l'orthosympathique le nerf inhibiteur de tout l'ensemble, et ils apportent à l'appui de leur thèse les résultats de recherches pharmacologiques chez des paraplégiques, que j'ai rapportées ailleurs (3).

Mais, si les réflexes tendineux ont des rapports avec l'orthosympathique ou le parasympathique, ce ne sont pas des rapports immédiats. Cette conclusion ressort d'expériences très bien conduites de Foix et Bergeret (4), qui ont constaté, comme S. de Boer, que la résection unilatérale du grand sympathique entraîne un certain degré d'hypotonie, d'ailleurs modérée, que le réflexe patellaire peut être diminué, ou manquer, pendant quelques instants, mais qu'il réapparaît dans la totalité des cas et peut même ne manquer à aucun moment.

Ces rapports non immédiats du grand sympathique et des réflexes tendineux ne méritent pas moins l'attention du clinicien. Chacun sait que, en dehors des gros troubles des réflexes tendineux dus à des lésions cérébro-spinales, on note chez les sujets une grande diversité dans la vivacité et l'amplitude des réflexes tendineux, vivacité et amplitude qui font partie du coefficient réactionnel individuel, avec de petites variations selon les moments.

Au point de vue pathologique, cette diversité est très souvent notée en dehors des troubles cérébro-spinaux.

Il y a longtemps que Vulpian a noté l'exaltation du réflexe rotulien répondant à une arthrite du genou.

Et récemment Paulian (5), étudiant les réflexes tendineux des rhumatisants chroniques déformés, considère que l'irritation des fibres sympathiques détermine, selon l'opinion de Vulpian, des troubles physiopathiques.

L'examen des réflexes tendineux et du tonus musculaire doit donc faire partie d'une étude complète des réflexes sympathiques, et si, dans l'état actuel de nos connaissances, il est prématuré de vouloir en tirer des inductions précises relativement à la prédominance de l'excitabilité orthosympathique ou parasympathique, il apparaît néanmoins que leur exaltation va de pair avec l'hyperémotivité, dont on connaît les relations avec les troubles sympathiques.

En résumé, cette étude des réflexes sympathiques montre chez le même individu la variabilité de l'excitabilité vago-sympathique selon les moments. Or Tinel, Santenoise et Garrelon ont montré que l'état d'équilibre neuro-végétatif, qui permet l'expression

(1) S. de Boer. *Folio neuro-biologica*, 1913, t. VII, p. 378-385.

(2) Danielopolu, Radovici et Carniol. Recherches sur le tonus des muscles volontaires, *Revue neurol.*, sept. 1922, p. 1186.

(3) Laignel-Lavastine. *Pathologie du sympathique*, Alcan, 1923.

(4) Ch. Foix et Bergeret. *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1922; — *Revue neurol.*, n° 11, p. 1389-1396.

(5) Paulian. *Paris méd.*, 28 oct. 1922, p. 388-389.

clinique du choc colloïdoclasique est la vagotonie, en particulier que, chez les épileptiques et les maniaques intermittents, l'état vagotonique est la cause ou l'accompagnement de la sensibilisation et que, inversement, l'état sympathicotonique ou d'hyperexcitabilité du grand sympathique provoque ou accompagne l'insensibilisation.

« Ceci rend parfaitement compte d'un fait qui avait frappé tous les observateurs depuis Hippocrate, disais-je voilà deux ans (1), c'est que le système nerveux répond par des réactions intermittentes à des irritations continues.

« C'est le cas des épileptiques ; le système nerveux ne répond à certains moments à ces irritations continues que lorsqu'il est en vagotonie. Donc le choc colloïdoclasique n'apparaît que chez les vagotoniques. On peut en conclure que l'anti-anaphylaxie ou l'anticolloïdoclasie consiste à transformer les vagotoniques en sympathicotoniques.

« Plus particulièrement chez les psychopathes, au début de l'excitation maniaque, existe un état de choc colloïdoclasique spontané, et, même sans avoir recours à l'épreuve de l'hémoclasie digestive, on trouve la leucopénie avec inversion de la formule. De même chez les épileptiques, quand ce choc apparaît spontanément, c'est l'indice d'un paroxysme proche.

« Il y a là des faits d'un haut intérêt, puisqu'ils touchent à la pratique. Mais on peut élargir ces idées et expliquer par les mêmes théories un certain nombre de constatations, connues depuis la plus haute antiquité. Déjà, dans la Bible, Job appelle la dernière partie de la nuit « l'heure où l'homme meurt ». Pourquoi ? C'est en vertu d'un rythme des vingt-quatre heures du système nerveux végétatif, chacun de nous passant par une série d'états à prédominance vagotonique et sympathicotonique. Depuis longtemps on a remarqué que les crises épileptiques surviennent surtout dans la seconde partie de la nuit ; c'est qu'à ce moment existe une hyperexcitabilité particulière du vague. Au cours de la journée, des modifications neuro-végétatives sont aussi produites par l'ingestion des aliments. Sous l'influence des aliments, la vagotonie du jeûne fait place à la sympathicotonie. Il en résulte que l'épreuve du réflexe oculo-cardiaque n'a aucune valeur, quand on n'indique pas l'heure et les conditions de sa recherche. Ceci montre l'importance du jeûne dans l'hyperexcitabilité du vague et la justesse de l'opinion de tous les ascètes, qui considèrent le jeûne comme un état remarquablement favorable pour les communications avec l'au-delà. Les états extatiques, qui modifient la cénesthésie et facilitent la désagrégation de la personnalité, sont beaucoup plus faciles dans les états de jeûne, sans doute du fait de la vagotonie. »

La technique des réflexes sympathiques étant maintenant connue, je peux en faire l'application aux *syndromes sympathiques*. Et ce sera la conclusion de cette étude.

Conclusion. — Les syndromes sympathiques sont *localisés* ou *généralisés*.

Dans l'étude des premiers, les *réflexes pupillaires* et *cutanés* ont une très grande valeur localisatrice en raison de leurs modifications, exagération, diminution, abolition, asymétrie. Dans l'étude des seconds, les autres réflexes ont souvent plus d'importance, mais il faut se souvenir de leur variabilité d'un jour à l'autre, même d'une heure à l'autre et du danger d'étendre à tout l'organisme l'*indice d'équilibre vago-sympathique* obtenu pour un organe ou un segment donné. C'est ainsi que, selon la notation de Martinet (1), le réflexe oculo-cardiaque permet d'exprimer le *coefficient de partage vago-sympathique cardiaque* par une formule telle que la suivante par exemple :

$$\text{indice sympathique} : \frac{\text{para}}{\text{ortho}} = \frac{6}{4}$$

mais cette formule peut n'être pas vraie pour le *coefficient de partage vago-sympathique digestif*, *respiratoire*, *encéphalique* ou *tégumentaire*.

Il faut donc, pour préciser, toujours faire suivre l'indice vago-sympathique du nom de la région et des appareils auxquels il correspond.

Dans ces conditions le coefficient de partage de Martinet, indice vago-sympathique ou simplement indice sympathique avec les 2 chiffres dont la somme égale 10 et dont le numérateur répond au vague et le dénominateur à l'orthosympathique permettra d'exprimer clairement l'état de l'excitabilité vago-sympathique locale à un moment considéré.

De plus cette notion de coefficient de partage doit être complétée par celle de *stabilité* et de *labilité végétative* et par analogie avec les thermostabiles ou thermolabiles, on peut parler de *sympathostabiles* et *sympatholabiles*.

Martinet a même élargi cette notion de stabilité et de labilité jusqu'à diviser les êtres en deux grandes variétés, les *stats* dont les rythmes biologiques normaux sont remarquablement réguliers et les *labiles* caractérisés par un véritable tempérament morbide d'instabilité.

Cette vue très féconde permet d'éviter bien des erreurs dans l'interprétation des syndromes sympathiques d'après les résultats fournis par l'examen des réflexes (2).

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. Sympathique et psychoses périodiques. Leçon de Sainte-Anne, 18 déc. 1921, *Progrès méd.*, 11 nov. 1922.

(1) MARTINET. Le réflexe oculo-cardiaque. Réaction vagotonique élémentaire, *Biol. méd.*, juin 1922, p. 173-185.

(2) En terminant cette étude des réflexes sympathiques, je dois faciliter la lecture de la deuxième partie parue le 6 octobre 1923 sur les « Réflexes sympathiques viscéraux » en signalant ici des erreurs de texte.

Je néglige les noms propres écorchés : Margarot, Belugou, Cannon et les coquilles que le lecteur aura rectifiées lui-même, comme vagin au lieu de vague, etc....

J'insiste davantage sur l'importance des corrections et additions suivantes :

P. 1281, col. 1, l. 17, après : « dans certains cas », ajouter : « la compression oculaire détermine ».

P. 1282, col. 2, l. 18, lire : « un réflexe trijumino-sympathico-vagal » ; — et l. 25, après « inférieure », ajouter : « et Papilian et Cruceanu (6) ont montré chez l'animal que malgré la section complète des trijumeaux le réflexe oculo-cardiaque se produit » (*Soc. roumaine de biol.*, 1923, *C. R.*, n° 10, p, 933).

P. 1284, col. 1, l. 21, après : « pneumogastrique », ajouter : « mais comme je l'ai remarqué (2) avec d'autres (3), le réflexe oculo-cardiaque n'est pas toujours positif chez des vagotoniques reconnus tels par d'autres signes d'hyperexcitabilité du vague. » (2. LAIGNEL-LAVASTINE. Sécrétion interne et système nerveux, *Loc. cit.* ; 3. BÉNARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 avril 1923, p. 708 ; MARCHAND. *Ann. méd.-psychol.*, juin 1923, p. 40) ; — Même page, col. 2, l. 11, au lieu de : « Iterlius », lire « Ruggeri » (*Riforma med.*, 6 nov. 1920, p. 1029).

P. 1286, col. 1, note 2, lire : « *Soc. de biol.*, 1922-1923, et REBOUL-LACHAUX (J.). Thèse 1923, 203 pages » ; — Même page, col. 2, l. 36, lire : « un centigramme de chlorhydrate de morphine. »

P. 1287, col. 1, l. 46, lire : « petite pince hémostatique » ; — Même page, col. 2, l. 51, lire : « tempérament hyperorthosympathique. »

P. 1288, l. 16 et 17, lire : « 0g10 et 0g20 de $CaCl^2$. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1923)

Coagulation et tension superficielle. — M. Jules AMAR se propose d'établir que la matière vivante évolue dans le sens d'une coagulation et d'une déshydratation progressives, cela par variation continue de sa tension superficielle.

Les alcools, certains sels, l'huile, les toxines et venins abaissent la tension superficielle de l'eau et deviennent ainsi les facteurs coagulants du protoplasma. Tout organisme pris au début de la vie est bien plus riche en eau que durant la vieillesse : 85 p. 100 contre 55 p. 100. La diminution s'explique par l'accumulation des agents déshydratants et coagulants, tels les poisons cellulaires.

Le phénomène de la vieillesse serait donc surtout un phénomène physico-chimique. Mais est-il fatal? C'est ce que l'auteur se propose d'élucider par des expériences en cours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1924)

La déclaration obligatoire de la paratyphoïde. — M. VINCENT, après avoir montré par des exemples la contagiosité du groupe des paratyphoïdes, propose à l'Académie de donner son approbation à la déclaration obligatoire du groupe des paratyphoïdes. (Adopté.)

Discussion du rapport de M Wallich sur l'assistance aux enfants du premier âge — M. WALLICH donne lecture de sa réponse aux objections présentées dans les séances précédentes par MM Pinard, Marfan et Léon Bernard. Ainsi qu'il l'a déjà dit, M. Wallich, dans cette réponse, s'en tient aux questions générales, réservant pour des séances ultérieures les questions de détail. L'accord est unanime sur la nécessité d'apporter des perfectionnements dans la surveillance des enfants séparés, et des réformes dans l'installation des pouponnières. M. Wallich insiste sur les inconvénients et les dangers de l'élevage en commun Notre premier soin, ajoute M. Wallich, doit être d'employer tous les moyens sociaux possibles de réduire le nombre des enfants du premier âge séparés de leur mère. M. Wallich fait suivre ses conclusions premières de vœux qu'il propose à l'Académie d'adopter.

— La suite de la discussion est remise à trois semaines.

Modifications à apporter au traitement antirabique. — M. REMLINGER attire l'attention sur l'affaiblissement actuel des vaccins qui fait courir le risque prochain d'insuffisance; il estime qu'il faudrait se servir de souches nouvelles.

Dystocie par calcul vésical. — M. TUFFIER donne lecture d'une observation adressée par M. Leroy des Barres. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, arrivée au terme de sa grossesse et ayant été atteinte de crises néphrétiques. Au moment de l'accouchement, la dilatation du col étant complète, la tête ne pouvait pas passer.

M. Leroy des Barres s'aperçut alors qu'un corps dur intravésical s'opposait à ce passage. Il refoula donc en haut la vessie et son contenu et put alors appliquer le forceps et terminer l'accouchement. Il s'agissait d'un calcul intravésical qui fut extrait ultérieurement.

Obstructions nasales et sténoses respiratoires. Leur traitement par la dilatation naso-pharyngienne. — M. LETULLE donne lecture d'une note de M GAUTIER :

La technique de dilatation, employée par M. Gautier, utilise deux modèles de bougie en caoutchouc.

L'un, long de 0m12 présente une courbure d'un angle de 30 degrés, avec une extrémité olivaire; il a la forme d'un triangle isocèle à base inférieure et son diamètre correspond aux numéros 10 à 26 de la filière usuelle. Sa cavité est close.

Ce modèle est utilisé pour les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que pour les premières dilatations lors de la sténose accentuée chez l'adulte. Il permet d'aérer le canal naso-pharyngien, les gouttières nasales et la trompe d'Eustache. Depuis vingt années que l'auteur soigne par cette méthode les nourrissons et les enfants dans son œuvre philanthropique, il en constate, chaque jour, la grande efficacité, dans toutes les inflammations catarrhales et poussées congestives de la muqueuse rhino-pharyngienne; elle protège la muqueuse tubaire et l'oreille. Le plus souvent, dès sa première application, l'air circule à travers les fosses nasales permettant, par exemple, au nourrisson de têter sans suffocation.

Le second modèle, de même longueur, mais d'une courbure plus allongée, possède une extrémité antérieure aplatie et fermée ; sa forme est moins isocèle, sa paroi est assez souple pour être dilatable ; sa cavité est ouverte à son extrémité postérieure pour y adapter une soufflerie.

Ce modèle est indiqué dans tous les cas d'imperméabilité nasale, ou chaque fois que l'examen fonctionnel montre que le sujet, respirant par la bouche, a une respiration nasale altérée, diminuée ou abolie. La respiration nasale peut être, en effet, troublée profondément, aussi bien par sténose que par aboulie respiratoire, par akinésie pharyngienne ou par dysmorphose bucco-pharyngée.

Dans tous ces cas, la dilatation ventile le naso-pharynx ; mais pour l'imperméabilité, son action est surtout vaso-motrice ; elle est réflexo-thérapique dans les autres cas.

La bougie pénètre dans le naso-pharynx avec douceur, grâce à une propulsion « diastolique » : L'air est projeté dans la bougie sous forme d'un jet intermittent ; elle se laisse dilater et, en revenant sur elle-même, elle favorise sa propre progression.

Avant tout traitement, l'auteur pratique une toilette naso-pharyngienne, au moyen de vapeurs aseptiques ; puis, il procède aux examens manométrique, spirométrique et rhinoscopique.

Dans un autre travail, M. Gautier a étudié les excellents résultats de sa méthode sur la cinématique diaphragmatique, son utilité pour l'aération des sommets du poumon et le rôle de l'anoxhémie par insuffisance respiratoire naso-pharyngienne dans l'asthme et dans l'emphysème.

Les morphologistes reconnaissent que cette méthode, rétablissant la respiration nasale instinctive et naturelle, contribue puissamment à améliorer les dysmorphoses du massif naso-bucco-pharyngé.

Ce rétablissement de l'équilibre des synergies fonctionnelles est à signaler.

Mesure géométrique de la surface du corps de l'homme, ses rapports avec les lignes du pied. — M. ROUSSY. Cette mesure est basée sur deux facteurs principaux : 1° La mesure des différents périmètres du corps ; 2° la mesure de la face plantaire du pied.

Les périmètres du corps sont les suivants :

Périmètre frontal, périmètre buccal, périmètre cervical, périmètre mammaire, périmètre thoracique, périmètre de la ceinture, périmètre périnéal, périmètre rotulien, périmètres de la jarretière, du mollet, tibio-tarsien. Vient ensuite la mesure de la base plantaire.

A ces mesures, l'auteur ajoute celles des deux bras, périmètre acromio-sternal, oléocranien, radio-carpien et digital.

Additionnant ces différentes mesures à la hauteur du corps, il les réduit en trois secteurs, tête, tronc, membres inférieurs, puis les membres supérieurs et obtient ainsi la mesure exacte de la surface du corps.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1924)

Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde (*à propos du procès verbal*). — MM. MÉRY et GIRARD ont obtenu chez l'enfant de bons résultats dans des rechutes. Ils insistent sur les accidents possibles de choc vaccinal : cyanose, dyspnée, chute de la leucopénie. Ils ont eu trois cas de mort à déplorer. Pour

que la vaccination soit favorable, il faut qu'elle soit précoce avant le dixième jour de la maladie.

M. GUINON a observé également deux cas de collapsus chez l'enfant qui l'ont décidé à abandonner cette méthode.

Myoclonie du diaphragme d'origine encéphalitique (*à propos du procès verbal*). — MM. HALBRON et GAMBILLARD rapportent l'histoire d'une malade, qui présenta après quelques jours de courbature des secousses violentes de l'abdomen, véritable « danse du ventre », dues à des contractions rythmiques du diaphragme gauche. Ces mouvements réguliers que rien n'influençait et qui persistaient pendant le sommeil, durèrent pendant tout le séjour de la malade. Celle-ci avait présenté trois mois avant des troubles nets d'encéphalite léthargique. Le liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire anormale contenait du sucre en excès.

M. DE MASSARY pense que le hoquet peut provenir en dehors de myoclonies du diaphragme, par suite de myoclonies de tous les muscles inspirateurs.

M. APERT. On peut observer plusieurs types : myoclonie du diaphragme, myoclonies des muscles inspirateurs, association de deux localisations.

Quelques aspects du pylore vus au gastroscope. — MM. BENSAUDE et OURY attirent l'attention sur l'intérêt que présente la gastroscopie et présentent quelques aspects du pylore vu au gastroscope.

Les auteurs insistent sur les caractères d'une nouvelle méthode gastroscopique ; véritable cystoscopie gastrique de Sternberg ; importance de la position genu-cubitale qui facilite l'introduction de l'instrument, tout en bouleversant véritablement les rapports de l'estomac.

Méningite suppurée suraiguë à pneumobacilles de Friedlander. — M. P. MENETRIER et Mme BERTRAND-FONTAINE rapportent l'observation d'un malade ayant présenté une méningite suraiguë à début aploplectiforme ayant évolué en quatre jours vers la mort.

Les signes méningés étaient frustes, la ponction lombaire ne ramena pas de liquide. Mais il existait une paralysie de la IIIe et de la VIIe paires gauches, une hémiparésie droite, des troubles respiratoires et circulatoires qui firent porter malgré tout le diagnostic de méningite. A l'autopsie, les constatations anatomiques et bactériologiques établirent qu'il s'agissait d'une méningite suppurée à pneumobacilles de Friedlander.

Les observations analogues sont rares, la méningite à Friedlander étant habituellement consécutive à une septicémie avec abcès multiples ou à une otite suppurée, et les cas de méningite primitive étant le plus souvent bénins.

M. LIAN signale avoir observé un cas semblable.

Un cas de septicémie pure à bacille de Friedlander. — MM. CAUSSADE, JOLTRAIN, SURMONT rapportent l'observation d'une femme de vingt-huit ans qui fut prise brusquement de nausées suivies immédiatement de douleurs épigastriques très violentes et de vomissements très douloureux, bilieux, abondants et répétés, puis d'une céphalée occipito-frontale gravative; dans les heures suivantes survint la fièvre (40 degrés) avec frissons et sueurs. Tous ces phénomènes persistèrent à l'état aigu pendant cinq jours. Elles se calment le sixième jour sauf la fièvre qui augmente (41 degrés); et la constipation, opiniâtre jusqu'à ce moment est remplacée par une diarrhée bilieuse, profuse et continue; puis apparaît un œdème pulmonaire avec crachats mousseux, abondants, avec une dyspnée intense, une tachypnée à 40 et une douleur thoracique prononcée. La mort survint à la fin du septième jour dans le collapsus, lequel fut précédé d'un léger délire; l'hyperpyrexie persistait (40.8). Pendant toute l'évolution il n'y eut pas d'albuminurie, sauf le dernier jour. Légère hypertrophie de la rate, mais pas d'hypertrophie ganglionnaire. Il y eut des hémorragies cutanées (pétéchies et taches ecchymotiques) et le troisième jour, des épitaxies abondantes de sang noir et poisseux. Hypoleucocytose (4.000) mais avec augmentation des polynucléaires (91 p. 100).

Les auteurs insistent sur les troubles gastro-intestinaux et sur la douleur épigastrique qui s'expliquèrent à l'autopsie par une exulcération duodénale et par des suffusions sanguines de la muqueuse gastrique. Ils insistent sur des hémorragies observées par eux et qui sont fréquemment signalées dans des cas identiques au leur (hémorragies cutanées, nasales, bronchiques, capsulaire, splénique et hépatique). Ces trois dernières furent trouvées par eux à l'autopsie, de telle sorte que ces hémorragies et les troubles gastro-intestinaux fréquents aussi dans des cas identiques peuvent caractériser la septicémie en question.

Les auteurs signalent la difficulté du diagnostic *au début* en raison des hémorragies (cutanée et nasale) et de la présence du bacille de Friedlander trouvé dans le sang et présentant morphologiquement les caractères du bacille de Yersin. Par la suite, la preuve d'une septicémie à bacille de Friedlander fut nettement établie par le développement rapide de la culture sur gelose, par la forme diplo bacillaire et par la présence d'une capsule visible grâce à l'emploi de l'encre de chine combinée au Ziehl. En outre, dans la mousse des crachats, dans le liquide pulmonaire soustrait par ponction, et à l'autopsie, dans le sang de la veine cave inférieure de la veine porte, dans les cavités droites du cœur, à la périphérie des capsules surrénales et dans la rate, le bacille de Friedlander fut trouvé à l'état de pureté. Il faisait défaut dans le foie qui présentait des altérations de dégénérescence, ce qui autorise à penser que dans la septicémie en question on peut envisager aussi une action toxique. Le liquide céphalo-rachidien était normal, bien qu'à un moment, une ébauche de signe de Kernig ait été constaté.

M. LEREBOULLET a observé deux cas chez l'enfant.

M. DE JONG insiste sur l'intérêt d'un rapport annuel sur les épidémies saisonnières.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1924)

Note histochimique sur le métabolisme du glycogène pendant la mue chez les crustacés. — M. J. VERNE. L'hépato-pancréas des crustacés décapodes contient normalement du glycogène et montre seulement une légère augmentation de cette substance avant la mue. Les téguments au contraire présentent à cette époque une accumulation de glycogène dont ils sont normalement privés. Cette accumulation faite aux dépens de l'hépato-pancréas est localisée au tissu conjonctif à l'exclusion de l'épiderme. Elle est très rapidement utilisée, le glycogène tégumentaire disparaissant avec l'édification de la nouvelle chitine.

Mesure de l'excitabilité des fibres vaso-constrictrices du nerf sciatique. — M. et Mme A. CHAUCHARD. Cette étude a porté sur le sciatique du chien. La chronaxie de ces fibres est égale à deux millièmes de seconde. Leurs lois d'excitabilité répondent aux lois générales des nerfs itératifs; leurs lois de sommation ont la même allure que celle de la corde du tympan et du pneumogastrique, mais la courbe des rythmes est beaucoup plus étalée dans le cas du sciatique.

Zona varicelleux. Anticorps varicelleux dans le sang de sujets atteints de zona. Anticorps zostériens et anticorps varicelleux dans le sang de sujets atteints de varicelle. — MM. Arnold NETTER et URBAIN. La réaction de fixation nous a permis de constater dans le sérum de sujets atteints de zona la présence d'anticorps vis-à-vis de l'antigène zostérien.

La même réaction nous a montré que le sérum de cinq de ces sujets renferme les anticorps de l'antigène varicelleux.

Nous avons enfin par la même méthode établi que le sérum des sujets atteints de varicelle contient des anticorps aussi bien contre l'antigène varicelleux que contre l'antigène zostérien.

Ces anticorps ont été retrouvés huit et neuf mois après le zona ou la varicelle.

Ces données sérologiques fournissent un argument nouveau en faveur de l'idendité d'origine de la varicelle et d'un certain nombre de zonas, identité soutenue pour la première fois par Bokai et défendue par nous depuis 1920, en nous appuyant de faits cliniques et épidémiologiques.

— Société de biologie de Marseille (séance du 22 janvier 1924) :

Note sur l'infection expérimentale de la cornée par le bacille d'Eberth. — MM. Jean SEDAN et René HERRMANN ont obtenu régulièrement et à de nombreuses reprises, une kératite interstitielle par le bacille d'Eberth, chez le cobaye :

1° Par inoculation locale de la cornée sans infection générale préalable ;

2° Par inoculation locale avec infection générale préalable (infection intramusculaire d'émulsion d'Eberth);

3° A deux reprises, par réaction locale spontanée au cours d'une infection générale ;

4° Par réaction au cours d'infection générale préalable localisée sur l'œil par l'instillation répétée de bile dans le sac conjonctival.

Ils ont noté, en outre, deux cas de conjonctivites muco-purulentes au cours d'infection générale.

Les cultures de la sécrétion ont révélé de l'Eberth pur.

Le sérum des animaux inoculés localement a présenté régulièrement, une agglutination positive au huitième jour.

Formes évolutives des lésions trachomateuses. — MM. AUBARET, ROUSLACROIX et R. HERRMANN présentent des préparations de végétations trachomateuses anciennes, avec hypertrophie folliculaire, processus de phagocytose très marquée, mitoses abondantes, éléments plasmodiaux, etc., montrant que malgré l'ancienneté des lésions, l'infection persiste en pleine activité.

Des corpuscules ovalaires ou arrondis, de petits corps colorés d'une manière homogène rappelant la forme de spores, etc., sont décrits comme éléments à interprétation hypothétique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1924)

De l'action stimulante du bromure de mésothorium sur certains agents thérapeutiques. — MM. HUGEL et DELATER. Il résulte des recherches de ces dernières années que les émanations radio-actives paraissent avoir une action élective sur le système neuro-végétatif.

Hugel et Delater ont pu vérifier celle-ci en une première série de recherches entreprises avec le bromure de mésothorium seul, mis dans un excipient gras, pour traiter les ulcères et eczémas dystrophiques d'origine variqueuse. Onze cas ont été guéris sans repos thérapeutique en trois semaines environ, bien que remontant à plusieurs mois ou années.

Ils ont surtout essayé l'action favorisante de ce sel sur les médicaments du système veineux et des organes à sécrétion interne. Associé à l'ergotine et à l'iodure, le bromure de mésothorium a considérablement amélioré en quinze jours, sept cas de sclérose périphlébitique dont l'aspect violacé des téguments, la chaleur, le gonflement, l'induration ont à peu près disparu.

Mis en ovules avec le tanin de l'extrait de noyer et appliqué en topique vaginal, il a interrompu avec une rapidité surprenante (cinq à huit jours) les douleurs et les pertes blanches de dix femmes atteintes de métrite ancienne sans déformation de l'utérus.

Vingt-trois fois, associé à des extraits polyglandulaires et à des extraits de plantes (hamamelis, etc.), pris par voie buccale, il a fait disparaître les troubles circulatoires de la ménopause et la dysménorrhée.

Enfin, les auteurs ont eu la curiosité de l'essayer en injections sous-cutanées associées à des injections de vaccin antigonococcique dans six cas d'urétrite blennorragique chronique, chaque fois l'écoulement a été tari en deux à quatre semaines.

Le bromure de mésothorium mérite donc une place importante dans la thérapeutique, non seulement par lui-même, mais associé à d'autres médicaments dont il renforce l'action et dont il permet l'emploi à dose moitié moindre.

Dyspnée, eupnée et statique gastrique. — M. G. LEVEN divise les gastro-intestinaux en deux groupes :

1° Ceux qui respirent bien par le relèvement de l'abdomen;

2° Ceux qui respirent difficilement par ce même relèvement de l'abdomen.

Le premier groupe est constitué par des sujets à estomac dilaté, allongé, ptosé, atone.

Le deuxième groupe est constitué par des malades à abdomen descendu par l'aérophagie et l'aérocolite.

Cette constatation de l'eupnée ou de la dyspnée entraîne la thérapeutique, savoir :

Pour le premier groupe, la nécessité de porter une ceinture, afin de pouvoir relever l'estomac (tout autre moyen effectuant le relèvement gastrique peut être considéré comme moyen thérapeutique.

Pour le deuxième groupe, il suffira de diminuer la tension gazeuse abdominale, et en particulier par la provocation d'une expiration buccale prolongée maxima, suivie d'une inspiration spontanée automatique : on pourra faciliter la manœuvre par la compression du creux épigastrique avec le poing.

Physiologiquement, la dyspnée habituelle du premier groupe de malades s'explique par un réflexe dû à l'hyperesthésie solaire et par un abaissement du diaphragme (insuffisance diaphragmatique) ; par le relèvement gastrique, la dyspnée fait place à l'eupnée.

Au contraire, la dyspnée par compression abdominale du deuxième groupe s'explique par ce fait, que la tension gazeuse abdominale relevant l'estomac, prend une position oblique tendant, de plus en plus, vers l'horizontale à mesure que la pression abdominale s'élève, d'où gêne quand on comprime davantage l'abdomen.

Transfusion sanguine dans trois cas de métrorragie grave. — M Georges ROSENTHAL.

Chirurgie et radiothérapie. — M. SCHMITT pense que le radium et les rayons X suffisent dans nombre de cas et il en apporte quelques exemples. Mais comme deux garanties valent mieux qu'une, il estime que, si l'opération après irradiation ne s'impose pas, elle n'est cependant pas formellement contre-indiquée, bien qu'elle ait l'inconvénient d'immobiliser assez longtemps le malade et de lui faire courir quelques risques non négligeables.

Pyrétothérapie associée au bismuth dans le traitement de la paralysie générale. — MM. A. MARIE et V. KOHEN.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1924)

Pronostic et traitement des scolioses congénitales par hémivertèbres. — M. ROEDERER pense, contrairement à l'idée que l'on s'en faisait avant la découverte des hémivertèbres congénitales, que ces scolioses ne sont pas d'un pronostic très grave. Remarquées tôt, avant les déformations secondaires, limitées, elles donnent un long temps jusqu'à l'adolescence pour le traitement : gymnastique spéciale précoce, lit plâtré nocturne, corsets compressifs. M. Roederer présente ainsi une jeune fille de seize ans, très droite, traitée depuis l'âge de dix-huit mois, et trois enfants traités depuis deux ou trois ans.

Présentation d'un sthétoscope. — M. LEVY-DARRAS présente un sthétoscope bi-auriculaire à deux récepteurs et en indique les avantages pour l'auscultation du poumon et du cœur; il permet une exploration étendue des zones auscultées et la comparaison simultanée de deux foyers éloignés.

Nez traumatique, correction sans cicatrice. — M. BOURGUET présente trois malades qui, à la suite d'accidents, ont eu une fracture avec effondrement de la racine du nez. Pour combler la dépression, il a diminué et raccourci le nez dans un cas; dans les deux autres, il a eu recours à une greffe.

Présentation d'un dispositif portatif permettant l'utilisation extemporanée de la teinture d'iode. — M. LIVET présente un appareil réduit, transportable, étanche, pouvant servir de réservoir de teinture d'iode, de compte-goutte et de pinceau. Cet appareil pourra rendre des services multiples au praticien.

Compte rendu des travaux de l'année. Notices nécrologiques. — M. BLONDIN.

Détermination de l'état de la circulation par l'uroséméiologie. Calcul des tensions artérielles. — MM. GAUTRELET et TIXIER montrent que l'exagération de la tension artérielle amène une diminution du taux d'ensemble des cristalloïdes de l'urine, et, inversement, un abaissement de la pression artérielle se traduit par une augmentation de ces mêmes cristalloïdes. On arrive à déterminer uroséméiologiquement les tensions minima et maxima et les causes principales de l'hypertension : sclérose des capillaires et viscosité sanguine.

Traitement du terrain cancéreux. — M. DUPUY DE FRENELLE donnant ses résultats de dix ans d'études, montre qu'aucun médicament n'est capable actuellement de guérir le cancer, mais qu'il existe des médicaments qu'il injecte en série sous forme de complexes colloïdaux qui permettent d'enrayer la marche du cancer, et mettent le plus souvent à l'abri des récidives les cancers opérés. Ils sont de deux sortes : les uns représentent les éléments qui manquent au terrain cancéreux : fer, chaux, silice, magnésie; les autres agissent directement sur le cancer : cuivre, quinine, sélénium.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1924)

Présentation de malades traités par une médication antituberculeuse. — M. H. KRESSER apporte les résultats d'une nouvelle méthode de tuberculinothérapie par voie buccale par l'emploi de l'endotine en élixir composé de Gabrilovitch. Sur 139 cas de tuberculose pulmonaire à tous les degrés ou ganglionnaires, il a obtenu 75 p. 100 d'amélioration. Il présente deux malades guéris d'adénopathie trachéobronchique, et deux malades atteints de tuberculose pulmonaire chronique ouverte, considérablement améliorés (disparition des bacilles dans les crachats). Il estime que cette nouvelle méthode est susceptible de réaliser un grand progrès.

Nature et traitement des fistules anales. Le préjugé classique de la tuberculose. Le rôle de la syphilis. — M. P.-L. TISSIER pense que ni l'évolution, ni les caractères cliniques et anatomiques de la fistule à l'anus vulgaire (borgne externe) ne permettent de l'attribuer à la tuberculose. Tout, au contraire, tend à l'identifier avec d'autres manifestations de la syphilis. Les résultats du traitement par la pâte bismuthée de Beck s'expliquent donc facilement.

Le sarcome infectieux de l'œil humain. — M. S. HAVAS décrit une nouvelle espèce de tumeur qui présente des particularités remarquables : cliniquement, association de deux syndromes, tumeurs intraoculaires à évolution lente et syndrome inflammatoire surajouté; histologiquement, structure des sarcomes ressemblant à certains sarcomes de la souris et au sarcome infectieux de la poule; bactériologiquement, parasites, filaments mycéliens.

Un nouveau méfait des piscines. — Après les cas d'ophtalmie causés par l'eau des piscines parisiennes, M. LEVASSORT relate un cas de spirochétose ictéro-hémorragique chez un jeune homme après un long séjour dans une piscine. Trois cas analogues sont soignés à l'hôpital Pasteur et à Lariboisière. Les piscines insuffisamment nettoyées sont donc à surveiller de très près.

Présentation de films chirurgicaux. — M. PAUCHET présente deux films d'opérations : le traitement de la maladie de Lane par le court circuit intestinal; les accidents toxémiques de cette maladie sont justiciables de la cololyse ou de la colectomie ou du court circuit intestinal. Ce dernier est indiqué quand le cæcum est mobile, opération faite au bouton. Le film montre comment l'opération est réglée. Les résultats éloignés sont fort bons.

La gastrectomie pour cancer. On opère : 1° les ulcères cancérisés sans ganglions infectés, guérison définitive par l'extirpation; 2° les cancers mobiles, opération facile, guérison de un-six ans; 3° les cancers avancés, survie faible, 25 p. 100 de mortalité immédiate. Opération en un temps. Le meilleur traitement du cancer est le traitement préventif : gastrectomie aussi large que possible dans tous les cas d'ulcère chronique ou récidivant.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

MAGNÉTISME. CONDITIONS DU DÉLIT

On admet le plus généralement que la personne non titulaire du diplôme de docteur en médecine, qui traite les malades par le magnétisme, commet le délit d'exercice illégal de la médecine (voir notamment, cour de Rennes, 6 janv. 1909, *D.* 1909-2-352). Cependant, on décide qu'il n'y a pas délit, si aucun remède n'est prescrit, si aucun traitement n'est indiqué au malade; le tribunal correctionnel de Nantes, dans son jugment du 30 juillet 1923 (*D.* 1923-2-155) a admis cette solution dans un cas où une femme qui, n'ayant pas le diplôme de docteur en médecine, pratiquait sur des malades des passes magnétiques par imposition des mains.

Les constatations du jugement sont intéressantes à connaître.

Après avoir dit que la femme X... ne possédait aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ni un titre régulier quelconque, le tribunal déclare qu'il n'y a pas eu, dans les circonstances de fait, exercice illégal de la médecine et ajoute :

« Attendu, en effet, que la prévenue ne recevait aucune rétribution pour les conseils ou consultations qu'elle donnait à ceux qui venaient à elle, et sur lesquels elle s'est livrée à de simples passes, soi-disant magnétiques, imposant les mains sur le siège de la douleur ou les tenant à distance, se bornant ensuite à remettre à ceux-ci de l'eau ou une pommade « magnétisée », composée d'huile d'olive ou de fécule de pommes de terre, ou à « magnétiser » du coton qu'ils lui apportaient dans ce but et pour l'utiliser ensuite ; qu'on ne saurait considérer comme des ordonnances, à proprement parler, l'énumération faite dans des écrits informes remis aux sieurs A... et B..., de certains aliments dont la quantité était parfois indiquée ou de certaines substances, tellesque le bicarbonate de soude ou la teinture d'iode, lesquels sont entrés dans les usages courants et sont employés sans recours préalable à l'avis du médecin ; qu'aucun traitement vraiment digne de ce nom n'était institué ; qu'en réalité le rôle de la prévenue consistait presque uniquement, au moyen de l'apposition des mains sur le corps des malades, à y faire le fluide bienfaisant qu'elle disait posséder, par suite d'un pouvoir de guérir qu'elle était certaine d'avoir, et dont elle voulait faire profiter gratuitement ceux que sa vogue attirait à elle ; qu'elle recevait chez elle, sans dissimuler ses actes, dont elle proclame les résultats bienfaisants, comme d'ailleurs ceux qui se sont volontairement soumis à ses pratiques ; que les modiques sommes trouvées dans un tronc installé chez elle, sur les conseils qui lui en avaient été donnés, étaient employées, sans qu'elle eut été contredite sur ce point, au soulagement des malades pauvres ou à payer ses déplacements, lorsqu'elle se rendait chez eux ; qu'elle refusait tous cadeaux, sous quelle que forme qu'ils fussent présentés : qu'elle a déclaré formellement renoncer, pour ne plus avoir d'ennuis et n'en point créer à son mari, à poursuivre ce qu'elle a appelé son œuvre humanitaire gratuite. »

Les faits qui sont énumérés dans le jugement du tribunal de Nantes montrent que les délits d'exercice illégal de la médecine ne sont que des espèces dans lesquelles le juge est souverain appréciateur. On est en matière pénale, où le texte légal doit s'interpréter restrictivement. Il faut, aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, pour qu'il y ait délit d'exercice illégal de la médecine, que le non diplômé ait, par une direction suivie, pris part à un véritable traitement médical ; ce que le tribunal a estimé ne pas exister dans le cas qui lui était soumis.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1922-1923

I. **Doctorat d'Etat.** — AUDEBERT. — Contribution à l'étude des abcès quiniques.

BALME. — Un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif arsénobenzolé d'origine anaphylactique. Contribution à l'étude des érythrodermies survenant en cours de traitement par les arsénobenzènes.

BENCHEMOUL. — Fibrose curative des varices superficielles. Emploi du biiodure de mercure.

BOUTIN. — Les réactions biologiques au cours du favus. Essais de vaccinothérapie.

CATANEI. — Essai critique sur la morphologie des parasites du paludisme.

COSMAN. — Les aphasies croisées. Contribution à l'étude de la gaucherie cérébrale.

GALAND. — Contribution à l'étude des formes cliniques des méningites hypertensives d'origine otique.

GRUNY. — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique au cours du paludisme.

GUIGON. — Bismuth et syphilis. Contribution clinique.

MERZ. — Recherches sur la structure du tissu spongieux des os. (Travail du laboratoire d'anatomie de la Faculté d'Alger).

PARIENTE. — Recherches sur l'application au diagnostic de la tuberculose de l'uro-réaction de Malméjac.

PARRÈS. — Contribution à l'étude de la mésentérite chronique rétractile et sclérosante.

PASSARINI. — Le typhus exanthématique. Procédés de désinfection et de destruction des poux.

PLANTEY. — L'anesthésie locale dans la chirurgie buccopharyngée pour cancer.

RANDAVEL. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie (lithohydatide hépatique).

RIBET. — Le diaphragme fibreux périnéal et ses annexes.

TESTOUD (Mlle). — Contribution à l'étude de l'ostéite fibrokystique localisée des os longs (kystes non parasitaires des os).

TRAINAR. — Contribution à l'étude des réactions physicochimiques des sérums.

ZIMÉRO. — Contribution à l'étude des accidents nerveux périphériques dans le paludisme (névrites et polynévrites).

II. **Doctorat d'Université.** (*Mention Médecine.*) — ARANDJELOVITCH. — Le Gardénal dans le traitement de la chorée.

BANCOVITCH. — Contribution à l'étude des indications de l'entéro-anastomose de dérivation (court-circuit) dans la stase intestinale subaiguë ou chronique.

MILOCHEVITCH. — Les pseudo-prématurés. Etude clinique et physiologique.

MILOIKOVITCH. — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsonniens postencéphalitiques.

MISSIRLITCH. — Contribution à l'étude des greffes osseuses pédiculées.

TCHVIKLINSKI. — Contribution à l'étude des fractures du sourcil cotyloïdien.

LIVRES NOUVEAUX

Traumatismes du poignet et rayons X (1),
par le docteur Etienne DESTOT.

MM. Aigrot, Bosquette, Gallois, Japiot ont rendu et un pieux hommage à la mémoire de Destot, et un grand service à

(1) In-8. — Paris 1923, Masson et Cie.

leurs confrères, en publiant cet ouvrage qui a demandé à son auteur vingt ans de travail.

Dans une courte introduction l'auteur retrace l'historique de la question des traumatismes du poignet et passe en revue les différentes théories pathogéniques qui ont été invoquées.

Ces traumatismes du poignet présentent une infinité de variétés, mais Destot, après un chapitre d'anatomo-physiologie, se bornera à l'étude des sept principales d'entre elles.

Anatomie et physiologie. — Se basant sur des considérations pathologiques et anatomiques, l'auteur ne limite pas le poignet au carpe mais y comprend l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de telle sorte que, limité nettement en bas par l'interligne carpo-métacarpien, il l'est arbitrairement en haut par un trait horizontal passant à 33 millimètres au-dessus de l'interligne radiocarpien.

Au point de vue radiographique, Destot insiste sur la nécessité de prendre un cliché de face (face postérieure de l'avant-bras plaquée sur le cliché pouce écarté, main fixée; rayon normal passant par le milieu de l'interligne radio-carpien) et un cliché de profil (radius contre le cliché, main dans le même plan que l'avant-bras; on obtient cette position en tournant le bras et en faisant fléchir le tronc du blessé, c'est-à-dire que le bras doit être un peu élevé par rapport au tronc).

Destot a réalisé pour permettre de lire clairement ces radiographies des schémas très instructifs et très clairs.

Quelques points demandent à être systématiquement recherchés, à savoir :

1° La distance qui sépare le pyramidal du cubitus qui doit être de 10 millimètres;

2° Les distances qui séparent le scaphoïde du semi-lunaire et celui-ci du pyramidal;

3° L'aspect de la tête du grand os.

4° La largeur du trou qui sépare l'angle dièdre du scaphoïde du col du grand os.

« Ce sont là les points principaux de la lecture radiographique du carpe ».

La *physiologie* du poignet est étudiée en grand détail et par des méthodes toutes personnelles; nous ne pouvons dans le cadre étroit d'une analyse en donner même un court aperçu; nous n'en retiendrons que quelques points : avant tout « le système scapho-lunaire apparaît comme capital; toute la pathologie traumatique du poignet se condense presque en totalité dans les lésions de ces deux osselets ».

La première rangée des os du carpe est un fait unique ayant une individualité propre et par sa forme, et par sa fonction, et si on lui donne l'importance qu'elle mérite les difficultés qu'on rencontre dans l'étude du carpe et de ses articulations disparaissent.

D'autres points sont à considérer; c'est que « le centre véritable des mouvements du poignet est dans la médio-carpienne puisque les déplacements se font autour de la tête du grand os » et que le « système du pouce est pour ainsi dire surajouté à la main, le scaphoïde en constituant le squelette principal ».

Enfin de l'étude de la physiologie traumatique Destot conclut que « le poignet est un tout anatomique et physiologique et que les fractures du radius et du carpe relèvent de causes identiques et ne peuvent être, en aucun cas, séparées dans leur étude ».

Destot consacre ensuite un chapitre particulier à chacun des sujets suivants :

1° *Entorse et sub-luxation scapho-lunaire*; c'est la radiographie qui a seule permis de reconnaître dans l'ancien cadre clinique de l'entorse la subluxation scapho-lunaire, véritable diastasis persistant entre les deux os, les fractures parcellaires et surtout les troubles de nutrition secondaires (soulèvements cartilagineux, aspects lacunaires des os), autrefois méconnus et causes de douleurs persistantes.

2° *Fracture du scaphoïde*; c'est la lésion du carpe la plus

fréquente et aussi la plus variée et cependant son histoire ne date que de l'ère radiographique.

3° *Fractures du semi-lunaire*; c'est une lésion assez rare, qui, à part les cas de fracture isolée, se rapproche beaucoup du complexus anatomo-pathologique de la dislocation du carpe dont elle n'est différenciée que par la fracture qui remplace la luxation.

Il faut noter particulièrement ici la fracture du lunaire avec fracture intraarticulaire du radius; la fracture du lunaire demeure souvent méconnue et c'est à elle qu'il faut attribuer, après consolidation, la gêne et les douleurs qu'on attribuait autrefois à la seule fracture du radius.

4° *Dislocation du carpe*. Il s'agit, sous ce nom, de l'étude d'un complexus anatomo-pathologique très particulier qui « tire ses caractères de la disposition anatomique et de la physiologie si spéciale de la première rangée des os du carpe ».

Elle comprend : 1° la dislocation proprement dite, lésion la plus fréquente, avec une variabilité extrême des lésions et de leur complexité mais dont le fait principal est le déplacement du semi-lunaire avec ou sans fractures concomitantes des os voisins; 2° la luxation médio-carpienne, rare, qui comporte la participation du pyramidal.

5° *Fractures des autres os du carpe*; rares, elles sont en général des trouvailles au cours de l'examen des clichés.

6° *Luxation radio-carpienne*. Celle-ci « après avoir occupé toute la scène jusqu'au XIXe siècle a perdu toute importance ».

7° *Fractures de l'extrémité inférieure du radius*. Celles-ci, pour Destot, doivent rentrer dans le cadre des traumatismes du poignet « car on ne peut séparer l'extrémité inférieure de l'avant-bras du carpe, dans un exposé nosologique » aussi sont-elles étudiées en détail.

Que le titre du livre ne trompe pas le lecteur; à la lumière de l'examen radiographique c'est toute l'étude des traumatismes du poignet qu'a entreprise Destot. Si la radiographie tient une place importante par la force même des choses, puisque seule elle permet un diagnostic précis des lésions du massif radio-carpien, il n'en reste pas moins que la physiologie, les recherches expérimentales, la clinique avec l'étude des symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement, sont étudiés dans tous leurs détails et seront tant pour le praticien que pour le chirurgien des chapitres du plus grand intérêt.

L'ensemble de cet ouvrage est une œuvre essentiellement personnelle; les excellents schémas et de nombreuses reproductions de radiographies donnent au lecteur toutes les satisfactions désirables. DELHERM et MOREL KAHN.

Répertoire d'hygiène et de médecine sociales (1) par le docteur L.-H. DEJUST.

Jusqu'ici il n'existait aucun ouvrage réunissant les documents que l'on est souvent amené à consulter sur l'hygiène et la médecine sociale. L'Union des Syndicats a eu l'heureuse idée de confier à M. le docteur Déjust l'établissement d'un répertoire classant méthodiquement les références bibliographiques des lois, règlements, mémoires, publications, rapports, etc..., qui relèvent de l'hygiène et de la médecine sociales

Ce répertoire, véritable dictionnaire présenté d'une façon toute nouvelle et très pratique rendra les plus grands services aux praticiens. Il représente un travail considérable et fait le plus grand honneur à son auteur et à l'Union des Syndicats médicaux de France. L. G.

La transfusion sanguine (2), par DUPUY DE FRENELLE.

La transfusion sanguine reste à l'ordre du jour, le Congrès de chirurgie l'a discutée longuement et a montré les services énormes que peut rendre cette méthode thérapeutique.

M. Dupuy de Frenelle a notamment exposé une méthode simplifiée par l'emploi du sérum glucosé qui permet de diminuer la quantité de citrate employé et même de se passer de citrate quand la transfusion est assez rapide.

C'est cette méthode qu'il décrit aujourd'hui dans son excellent ouvrage. Les praticiens y trouveront la technique pour réussir à coup sûr facilement une transfusion technique clairement exposée et illustrée de nombreuses figures. Ils trouveront aussi dans ce livre un clair exposé des indications de la méthode et des incidents qui peuvent se produire. Les accidents anaphylactiques sont notamment l'objet d'une étude très intéressante.

M. Dupuy de Frenelle très sagement montre qu'il ne faut pas demander à la transfusion plus qu'elle ne peut donner, ni en attendre des effets miraculeux.

C'est l'opinion d'un chirurgien très averti, elle ne diminue pas, bien au contraire la valeur de la méthode. L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Union des Syndicats médicaux de France, 25, rue Louis-le-Grand

(2) Une brochure. — Prix : 6 fr. — Paris, 1923, éditions du « Livre de France », 42, boulevard Port-Royal.

COURS ET CONFÉRENCES

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le vendredi 15 février 1924, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet et Denoyelle, internes des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : Examen des malades.

Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de douze à seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — Un cours de clinique médicale des enfants sera fait à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction du professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. Babonneix et de Léon Tixier, médecins des hôpitaux et de MM. Nadal, Paraf, René Mathieu, Janet, anciens chefs de clinique et chefs de clinique, de M. Duhem, radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades, et de M. Bidot, chef de laboratoire.

Il portera sur les questions actuelles de pédiatrie et sera complet en vingt leçons.

Les professeurs Martinez Vargas (de Barcelone) et Enrique Suner (de Madrid) donneront deux conférences supplémentaires.

Il commencera le lundi 14 avril 1924 et sera terminé le samedi 26 avril.

Les leçons auront lieu de 10 h. 30 à 11 h. 30 et de 16 à 18 heures. Un enseignement de clinique sera donné dans les salles de malades, à 9 heures.

Sont admis à ce cours les médecins et les étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement d'un droit de 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 18 heures.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur SEBILEAU.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appaaeil oto rhino-laryngologique(, en dix leçons), par MM. F. Bonnet, P. Truffert, H.-P. Chatellier, Winter, commencera le lundi 11 février 1924, à 2 h., et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SGC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — La semaine dernière a été inauguré, à l'hôpital Saint-Antoine, le nouveau service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lejars.

Des discours furent prononcés par M. le professeur Roger, doyen de la Faculté, M. le professeur Lejars, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, et M. Strauss, ministre de l'Hygiène, qui présidait la cérémonie.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gérard Desbonnets.

GUERRE. — HÔPITAUX THERMAUX. — Sont désignés pour être détachés dans les hôpitaux thermaux en 1924 :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin-30 septembre). — M. le médecin-major de 1re classe Rebierre, de l'hôpital militaire de Marseille, désigné comme médecin chef; M. le médecin-major de 2e classe Laban, du 305e rég. d'artillerie portée.

Hôpital militaire de Bourbonne (1er mai-30 septembre). — M. le médecin principal de 2e classe Deboey, de l'hôpital militaire Golbey, à Epinal, désigné comme médecin chef; M. le médecin-major de 2e classe Clot, du 18e rég. d'infanterie.

Hôpital militaire du Mont-Dore (15 mai-30 septembre). — M. le médecin-major de 1re classe Dupont, de la place de Limoges, désigné comme médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai-26 octobre). — M. le médecin-major de 1re classe Verdeau, de la place de Clermont-Ferrand; MM. les médecins-majors de 2e classe Cazalas, du 2e rég. du génie; Tamalet, de la place de Troyes; Dillenseger, du 1er rég. du génie.

— Sont placés dans la position d'officier honoraire :
M. le médecin-major de 2e classe Florence (de Montpellier).
MM. les médecins aides-majors de 1re classe Marchand (de Paris) et Moreaux (de Nancy).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Pares, est adjoint à M. le professeur Pech, chef du service de physiothérapie au centre anticancéreux de Montpellier.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'or pour services rendus à l'Assistance publique a été décernée à M. Poisson, externe à l'hôpital Saint-Louis.

— MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Benhamou (d'Alger), Guedj (de Sétif), Marbot (de Mondovi).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Gardon (d'Alger).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Temine (d'Alger), Bertrand (de Perigotville).

MM. les médecins-majors Chalon, Céard et Layet.

Mlle Lemaire, MM. Bure et Moggi, internes à l'ambulance d'El Kettar.

Mlle Champeil, externe à l'ambulance d'El Kettar.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Danger (de Maison-Carrée), Dechaux (d'Oued-Fodda), Amor (de Bône).

M. Taddei, interne à l'hôpital de Bône.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — La médaille de la reconnaissance française en bronze est décernée à MM. les docteurs Lepers, chirurgien en chef des hospices de Roubaix et Lepoutre (de Roubaix).

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES DE 1924. — Ainsi que nous l'annoncions récemment, les Journées médicales de Bruxelles de 1924 s'ouvriront le dimanche 29 juin. Les séances auront lieu au Palais d'Egmont que la ville de Bruxelles vient d'accorder au Comité.

Le professeur Carrel, du *Rockfeller Institute de New-York*, parlera à la séance inaugurale.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE MARSEILLE. — Le bureau pour 1924 est ainsi composé :

Président : le docteur Olmer; vice-présidents : les docteurs Bricka et Roussellier; secrétaire général : le docteur Crouzet; secrétaire des séances : le docteur Lagarde; trésorier : le docteur G. Farnarier; archiviste : le docteur Raillard; conseillers : les docteurs Ch. Mattei et Rougon.

LES ÉCONOMIES ET LES HOPITAUX DE LA MARINE. — Le rapport de M. Marin dont nous avons parlé dans notre dernier numéro au sujet des hôpitaux militaires, envisage, en outre, les économies à réaliser en réduisant le nombre des hôpitaux de la marine.

Il demande la suppression pour inutilité des hôpitaux de Saint-Mandrier à Toulon, de Port-Louis à Lorient et la transformation des hôpitaux de Rochefort et de Bodelio à Lorient, en hôpitaux mixtes.

L'HOPITAL DE CAMPAGNE FRANÇAIS DE TOKIO. — L'hôpital de campagne envoyé par le Syndicat de la Presse parisienne a été inauguré à Tokio.

La cérémonie de l'inauguration à laquelle assistaient l'ambassadeur de France, les ministres de l'Intérieur, de la Guerre et des Affaires étrangères ainsi que de nombreuses notabilités, a été l'occasion d'une vive manifestation des sympathies franco-japonaises.

Des discours ont été prononcés, notamment par le docteur Bellet, chef de la mission médicale française, et par le baron Matsui, ministre des Affaires étrangères.

LES HONORAIRES MÉDICAUX EN BELGIQUE. — Le *Bruxelles médical* annonce que le Cercle médical d'Anvers vient de décider d'augmenter les honoraires en 1924. Alors que la consultation à Bruxelles est fixée suivant les catégories à 5, 10 et 20 francs, elle est fixée à Anvers à 8, 12 et 25 francs. Ces chiffres sont augmentés pour les visites à domicile du malade. Et nos confrères anversois ont décidé d'accorder une réduction de 20 p. 100 aux familles nombreuses.

QUATRIÈME SALON DES MÉDECINS. — Le docteur Rabier, secrétaire, prévient ses confrères adhérents que, pour des raisons d'installation, cette exposition est reculée exactement d'une semaine et aura donc lieu du 9 au 16 mars inclus.

Les œuvres devront en conséquence être portées au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, les 5 et 6 mars; au reste, chaque exposant recevra prochainement une lettre explicative.

Enfin, pendant la durée de ce Salon, tous les médecins, pharmaciens, dentistes, et leurs familles sont invités à le visiter gracieusement autant qu'il leur plaira.

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. HOPITAL SAINT-LOUIS (professeur : M. JEANSELME). — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — *Dermatologie et maladies vénériennes*, sous la direction de M. le professeur Jeanselme avec la collaboration de : MM. Sebileau, Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, Lian, Darre, Tixier. de Jong, Sezary, Touraine, Gougerot, Coutela, Hautant, Lemaitre, Sabouraud, Chevalier, Burnier, Bloch, Hufnagel, Schulmann, Giraudeau, Marcel Sée, Bizard, Noire, Civatte, Ferrand, Barbe, Melfromin, Richard, Flusin.

Le cours complet de dermatologie commencera le 30 avril 1924.

Le cours complet de vénéréologie commencera le 2 juin 1924.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service des docteurs R. BENSAUDE, P. LE NOIR et Félix RAMOND.) — Un cours de gastro-entérologie aura lieu du 28 avril au 17 mai 1924.

Travaux pratiques pendant la durée du cours.

Se faire inscrire dans le service du docteur Le Noir.

Droits d'inscription aux travaux pratiques : 150 francs.

Voyage d'instruction à Vichy et Châtel-Guyon à la fin du cours.

MALADIES DES YEUX. — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombeure, fera le mardi 19 février 1924, les jeudis, samedis et mardis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades. Projections.

Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en juin et en novembre 1924.

Tous les jours, à 9 h. 1/2 : Présentation d'affections oculaires courantes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H.-P. Achard, décédé à Paris; Détourbe, décédé à Cannes; H. Coppens (d'Hondschoote). Guettier (de Berck-sur-Mer), Gustave Oyon (de Nice), Auguste Pollosson, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Lyon; Thieux (de Paris).

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de la radiographie de la hanche (1); par DUCROQUET.

Dans ce travail très clair et illustré de 38 schémas ou reproductions de radiographies, l'auteur expose des notions précises sur la technique de la radiographie de la hanche, notions qu'il est indispensable au chirurgien de connaître.

La position à donner au membre pour obtenir des clichés probants est discutée avec soin. C'est ainsi que pour obtenir une épreuve montrant le col fémoral dans sa totalité, il est indispensable de faire une épreuve avec 30 degrés de rotation interne du membre. L'auteur montre les erreurs de diagnostic qui peuvent résulter d'une technique différente.

Il nous montre aussi l'attitude à donner au membre inférieur (flexion 90°, abduction 40°), pour obtenir une radiographie de profil du col fémoral. La radiographie faite dans cette position permet de calculer l'angle d'antéversion du col fémoral.

L'auteur termine par l'indication de repères qui permettent de limiter sur l'épreuve les contours de la cavité cotyloïde et des lignes, repères permettant de mesurer sur la radiographie les déplacements se produisant entre le fémur et l'os iliaque.

M. LANCE.

(1) *Th. de Paris*, 1923. — Paris, A. Legrand.

GYNÉCOLOGIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)

Par M. MAURICE AUVRAY,

Agrégé, chirurgien de l'hôpital Laennec.

Nous touchons à une question qui n'a guère été traitée jusqu'ici dans les livres classiques et qui cependant peut soulever des problèmes fort intéressants et parfois des plus difficiles à résoudre.

1° A côté de faits pouvant susciter les plus vives controverses, il en est dans lesquels la relation entre l'accident et la lésion génitale observée ne peuvent prêter à discussion au point de vue de l'application de la loi sur les accidents du travail, ce sont ceux où le *traumatisme a porté sur la région vulvopérinéale* (telle une chute à cheval sur le périnée, un coup de corne), provoquant de la contusion, des ecchymoses, une déchirure de la région vulvaire : les effets de la contusion ainsi produite peuvent même se faire sentir au-delà de la région contuse sur les organes intrapelviens, les ébranler violemment, créer des phénomènes douloureux, aggraver des états préexistants. Mais ici il est déjà parfois bien difficile d'apprécier la part qui revient au traumatisme et à l'état antérieur des organes génitaux sur lesquels nous manquons de données précises.

2° *Un traumatisme peut agir sur l'utérus et les annexes à travers la paroi abdominale ou à l'occasion d'une fracture du bassin et entraîner la blessure concomitante de l'intestin ou de la vessie.* Dans ces cas l'action du traumatisme est de toute évidence.

a. Mais il en est dans lesquels elle est plus discutable. *Le traumatisme peut-il créer une ovarite, une annexite non inflammatoires, non infectieuses?*

Lawson Tait admettait que le traumatisme était capable de créer l'ovarite. Paul Dalché dans des articles qu'il a consacrés à la gynécologie et accidents du travail dans la *Gynécologie* 1921 (p. 449 et 529) admet : « Qu'un traumatisme de la région ovarienne peut amener de l'hypérémie ovarienne, à sa suite une hémorragie folliculaire, une ovarite menstruelle et même une apoplexie ovarienne. » Ces lésions sont susceptibles d'entraîner des troubles fonctionnels, des phénomènes douloureux, qui dans certains cas pourront persister pendant assez longtemps. Dalché admet même que chez des sujets prédisposés les lésions que nous venons d'énumérer sont susceptibles « de favoriser l'éclosion des diverses formes de la dysovarie dont la genèse reconnaît toutes les influences nerveuses ».

Les mêmes phénomènes fluxionnaires peuvent s'observer du côté de la trompe; ils pourraient devenir le point de départ d'une hématocèle par pénétration du sang de la trompe dans le péritoine, ou d'un hématosalpinx. Ce sont ces annexites que Roulland décrit sous le nom d'annexites non inflammatoires et Dalché sous celui d'annexites non infectieuses (*Société d'expansion scientifique française*, Paris 1921).

b. Dalché pose aussi la question de savoir : *Si une ovarite inflammatoire, une ovarite infectieuse peut dépendre d'un traumatisme?* Il admet que si l'appareil utéro-ovarien est sain avant le traumatisme, l'ovarite infectieuse n'éclatera pas; mais si les organes sont infectés antérieurement ou s'il existe seulement des causes d'infection, l'infection peut succéder secondairement à l'hypérémie provoquée par le traumatisme.

On voit combien il peut être délicat d'interpréter en pareil cas pour le médecin expert la part qui revient au traumatisme dans l'évolution des lésions observées.

3° *Le traumatisme peut exercer son action sur une tumeur préexistante développée aux dépens de l'utérus ou de l'ovaire.*

On comprend facilement, quand on connaît l'importance de la circulation veineuse autour de certains fibromes que le traumatisme puisse provoquer une hémorragie intrapéritonéale souvent très grave; j'ai parlé de ces ruptures vasculaires et des conséquences qu'elles peuvent avoir, en étudiant les fibromes. Il n'est pas douteux qu'en pareil cas le traumatisme ait un rôle prépondérant; sans doute ce n'est pas lui qui a créé le fibrome, mais c'est lui qui est venu troubler si gravement l'évolution d'une tumeur jusque-là tolérée et il doit être tenu pour entièrement responsable des troubles parfois très graves qui peuvent être la conséquence de l'hémorragie.

Il ne serait pas impossible qu'un traumatisme agisse encore en provoquant la suppuration ou la gangrène d'un fibrome. Mais avant de conclure à une relation de cause à effet, j'estime qu'il faudrait soigneusement analyser les circonstances de l'accident et s'enquérir non moins soigneusement de l'état antérieur de la malade.

De même un coup porté sur l'abdomen peut venir compliquer l'évolution d'un kyste de l'ovaire jusque-là toléré et même méconnu. Je viens d'en observer un exemple très net; à la suite d'un choc violent reçu sur l'abdomen au cours de son travail, une malade est entrée dans mon service de Laënnec se plaignant de douleurs dans l'abdomen et d'une augmentation du volume du ventre. L'opération a montré qu'il s'agissait bien, comme nous l'avions pensé, d'un kyste de l'ovaire, dont la face postérieure était unie à l'intestin et au mésentère par des adhérences en nappe récentes, lâches, très vasculaires, qu'il fut facile de rompre; le contenu du kyste formé de plusieurs poches était variable; mais dans certaines de ces poches il existait un liquide hématique produit d'une hémorragie intrakystique. Le kyste bien entendu existait avant l'accident, il ne peut y avoir de doutes à ce sujet, contrairement aux dires de la malade, mais le traumatisme subi a eu certainement pour conséquences l'augmentation rapide du volume du kyste sous l'influence de l'hémorragie intrakystique et les phénomènes de péritonite plastique observés au cours de l'opération.

Un kyste peut aussi se rompre sous l'influence d'un traumatisme et entraîner une grave hémorragie interne.

Il n'est pas impossible qu'un choc agisse ici encore en provoquant la suppuration du kyste avec toutes ses conséquences redoutables.

Si l'existence du traumatisme est certaine, il ne me paraît pas douteux qu'on doive établir une relation de cause à effet entre l'accident et ses suites fâcheuses, tout en tenant compte bien entendu que tôt ou tard le kyste de par son évolution normale

(1) Ce chapitre est extrait du *Précis de gynécologie*, édité chez M. Doin et actuellement sous presse.

eût entraîné certainement l'intervention du chirurgien.

4° *Les déplacements et prolapsus des organes génitaux sous l'influence d'un traumatisme ou d'un effort violent* rentrent dans la catégorie des faits que nous étudions dans ce chapitre.

a. Certains auteurs admettent qu'un effort violent, une chute sur le siège, est susceptible de créer une *déviation aiguë de l'utérus*, une rétroversion de l'organe, se traduisant par l'apparition brusque d'une douleur très vive dans l'abdomen, qui parfois s'accompagne d'une perte de sang et de vomissements. Thiem cité par Imbert, Oddo et Chavernac l'a admis et dans un cas a fixé le chiffre de l'incapacité à 20 p. 100. Paul Dalché a observé un cas de rétroversion aiguë « chez une jeune vierge qui présentait une laxité ligamentaire manifeste (rein ballottant, ptose intestinale, affaiblissement de la sangle abdominale, vergetures, etc.), tenant à une croissance exagérée après une fièvre typhoïde ». Le même auteur cite le cas de Ziegenspeck (de Munich) concernant une rétroflexion aiguë survenue chez une femme qui avait fait une chute violente sur le siège. Or l'auteur connaissait et soignait cette personne depuis cinq ans et jamais il n'avait vu l'utérus en rétroflexion. Ces faits doivent être considérés comme exceptionnels; il est bien évident qu'ici encore l'état antérieur joue un rôle prédisposant et que souvent l'effort agit sur un utérus dont la déviation était déjà amorcée et se complète au moment du choc traumatique. Il faudrait pour qu'on puisse établir la relation de cause à effet, qu'il ait été constaté, comme dans le cas de Ziegenspeck, que la rétrodéviation n'existait pas avant l'accident et que l'examen gynécologique apte à renseigner sur l'état de l'utérus ait été pratiqué dans les heures qui ont suivi l'accident.

b. Pour Dalché qui croit en avoir observé un cas, il n'est pas impossible que le *prolapsus de l'ovaire et de la trompe* se produise sous l'influence d'un effort violent. La production subite se traduit par une vive douleur avec réaction péritonéale, nausées, pertes légères de sang, douleur pendant la défécation. L'ovaire est perçu par le toucher vaginal prolabé dans le cul-de-sac postérieur et sensible au toucher. Dalché considère que la chute de l'ovaire se retrouve à l'origine de bien des symptômes nerveux, douloureux et psychiques.

Ici encore nous sommes en présence de faits qu'il faut considérer comme bien exceptionnels et sur l'origine traumatique exclusive desquels il importe de faire le plus souvent de grandes réserves.

c. Plus intéressant à étudier est le *prolapsus génital, prolapsus de l'utérus* lui-même, dont l'histoire présente avec celle de la hernie une grande analogie, ainsi que le font remarquer Imbert, Oddo et Chavernac. Normalement l'utérus est maintenu en place par ses ligaments de suspension et par l'appareil de soutien que constitue le plancher périnéal. Lorsqu'une destruction du périnée est produite par un traumatisme, la chute de la matrice qui peut en être la conséquence relève directement de ce traumatisme et l'interprétation des faits est facile. Mais le plus souvent le prolapsus succède à un effort et c'est en pareil cas qu'on est appelé, comme pour la hernie, à établir la part du traumatisme, de l'effort qui doit être brusque, violent, et de la prédisposition. Les cas les plus évidents sont ceux qui surviennent chez des sujets jeunes, en particulier chez la jeune fille vierge, qui, à l'occasion d'un effort brusque, éprouve une vive douleur pelvienne et chez laquelle on constate que l'utérus apparaît à la vulve à travers l'hymen. Même dans ces cas là où l'influence du traumatisme est de toute évidence, il faut tenir compte du rôle de la prédisposition qui se traduit par une certaine laxité des tissus, et par une insuffisance congénitale du périnée et des moyens de suspension de l'organe. A plus forte raison faut-il limiter la part du traumatisme, lorsque l'effort est intervenu chez des femmes qui ont eu plusieurs grossesses, dont le périnée a été déchiré, qui sont âgées et dont les tissus flasques sont de mauvaise qualité.

C'est avec raison que Imbert, Oddo et Chavernac, dont j'accepte les conclusions, admettent « qu'on sera conduit à reconnaître une incapacité sensiblement plus forte aux jeunes filles » et que « l'on n'admettra le rôle de l'accident que si l'on a la conviction que le prolapsus n'existait pas avant lui. On éliminera sans hésiter les prolapsus très accentués qui ne peuvent résulter que d'un état ancien...

Enfin, comme pour la hernie, on tiendra compte de l'importance de l'effort et des douleurs accusées par la blessée, de l'interruption du travail, etc. » Ces auteurs acceptent, en ce qui concerne l'appréciation du taux de l'incapacité, les chiffres fixés entre 10 et 50 p. 100 par Ollive et Le Meignen.

Hammerschlag (*Monattschrift f. Unfall.*, 1902, II), cité par Forgue et Jeanbrau, auxquels j'emprunte ce qui suit, admet qu'il faut distinguer trois groupes de faits dans les prolapsus au point de vue qui nous intéresse ici :

Dans un premier groupe, l'utérus s'est abaissé le premier entraînant derrière lui le vagin. Le périnée est demeuré intact, la vulve est étroite, et le bas du vagin est resté en place. Ces faits sont rares, car dans la statistique d'Hammerschlag, sur 58 cas de prolapsus attribués à un accident, 17 fois seulement l'utérus s'était abaissé le premier entraînant derrière lui le vagin. Ces cas-là, qui répondent au prolapsus de force, déterminent une incapacité de travail justiciable d'une indemnité.

Dans un second groupe de faits (prolapsus de faiblesse), le périnée a été déchiré au cours d'accouchements antérieurs, la chute du vagin a précédé celle de l'utérus qui est entraîné secondairement. En pareil cas, la vulve est ouverte, le périnée effondré, et le vagin élargi dans sa partie inférieure. Le traumatisme n'a pu agir alors qu'en aggravant un état préexistant; le rôle de l'expert est d'apprécier le degré de l'aggravation imputable à l'accident et de calculer le taux de l'incapacité d'après la part qui revient au traumatisme.

Dans le troisième groupe de faits, Hammerschlag fait rentrer le prolapsus total avec volumineuse tumeur au dehors; ces faits-là lui paraissent sans relation avec le traumatisme.

5° Il nous faut maintenant parler d'une catégorie de faits dans lesquels le rôle du traumatisme apparaît plus discutable encore et où il est bien difficile de dire la part qui revient à ce traumatisme et à l'état antérieur, local ou général. Je fais allusion à ces troubles de l'appareil utéro-ovarien que Dalché décrit longuement, dans les articles qu'il a consacrés à la gynécologie et aux accidents du travail, comme la conséquence de l'*émotion* et de la *com-*

motion produites par des acccidents, commotion occasionnée par une explosion, par la chute du corps projeté. Dalché fait remarquer « qu'il n'est même pas besoin qu'un traumatisme ait sévi directement sur la zone génitale pour provoquer des phénomènes utéro-ovariens amenant les suites les plus graves. L'aménorrhée accidentelle, par exemple, résulte de causes dont toutes n'interviennent pas nécessairement en lésant la région par une blessure locale portant sur la matrice ou les annexes. Elle reconnaît une étiologie plus générale, et ses effets n'en sont pas moins redoutables ».

Les effets de l'émotion, de la commotion, ressentis à l'occasion d'un traumatisme peuvent s'expliquer par différents mécanismes ; par une action inhibitrice s'exerçant sur les fonctions de l'appareil génital : par la suggestion qui peut créer par exemple ou exagérer des phénomènes douloureux ; par des modifications de la circulation d'ordre vasomoteur, comme l'émotion peut en produire (pâleur périphérique, congestion viscérale profonde), qui pourraient expliquer certains troubles du côté de l'appareil vasculaire; enfin, par des troubles dans le fonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne (Dalché), telles la glande thyroïde dont le mauvais fonctionnement se fait sentir d'une façon non douteuse sur l'ovaire et l'ovaire lui-même dont le fonctionnement peut être exagéré (hyperovarie) ou diminué (hypoovarie) (Dalché).

Quel que soit le mécanisme invoqué, les troubles observés du côté de l'appareil génital sont d'ordres très divers ; ce sont : l'aménorrhée, les hémorragies, les douleurs.

a. L'*aménorrhée,* c'est-à-dire la disparition des règles, peut se produire dans deux conditions différentes : ou bien les règles qui allaient se produire n'apparaissent pas; ou bien, si l'accident est survenu pendant la période menstruelle, l'écoulement sanguin a cessé brusquement. Par la suite les règles peuvent disparaître d'une façon complète pendant plusieurs mois et même d'une façon définitive; d'autre fois elles sont irrégulières, et l'écoulement menstruel est très réduit. Lorsqu'elles réapparaissent, les règles peuvent ne pas être régulières comme elles l'étaient auparavant et présenter de grandes variations dans la quantité de l'écoulement sanguin.

L'aménorrhée est souvent influencée d'une façon fâcheuse par l'état nerveux du sujet; si l'hystérie intervient, elle peut prolonger par suggestion l'état aménorrhéique créé par l'émotion; quelquefois même elle peut créer de toutes pièces l'aménorrhée; on est alors en présence d'une manifestation de l'hystéro-traumatisme. On voit combien il est important, lorsqu'on examine une femme atteinte d'aménorrhée à la suite d'un accident, et qu'on est appelé à se prononcer comme expert, d'étudier l'état de son système nerveux pour établir la part qu'il prend dans la production ou dans la persistance des accidents, pour fixer le pronostic qui est aggravé par l'hystérie, et même pour diriger la thérapeutique, car il y a des cas, Dalché en cite, où la contre-suggestion a pu faire disparaître les accidents.

L'aménorrhée peut avoir des conséquences importantes sur l'état local génital et sur l'état général : localement, elle peut entraîner de la congestion de l'utérus et des annexes; la malade présente alors des phénomènes douloureux et les signes d'une annexite non infectieuse, mais ces états congestifs peuvent favoriser l'apparition de l'infection. Il y a de la leucorrhée. On peut noter à distance des hémorragies supplémentaires, des crises de diarrhée, des sueurs, de l'ictère menstruel, des poussées congestives sur tout l'appareil respiratoire, des troubles digestifs, des troubles divers du côté du système nerveux et du côté des glandes à sécrétion interne.

b. Au lieu d'assister à la suite d'une émotion ou d'une commotion, à la suppression des règles, on peut voir survenir de la congestion de l'utérus et des annexes avec augmentation de volume des organes et douleurs ; la congestion peut aboutir aux *hémorragies* (Dalché). Celles-ci se produisent tantôt à l'époque des règles qui sont prolongées et abondantes (ménorragies), tantôt dans l'intervalle des périodes menstruelles (métrorragies); ces pertes peuvent être favorisées dans leur apparition par une prédisposition locale. On conçoit qu'il soit difficile, ici encore, de faire la part de ce qui appartient au traumatisme et à une affection utérine préexistante. De même que l'aménorrhée, les hémorragies peuvent être une manifestation d'ordre émotionnel ou commotionnel, ou d'ordre névropathique (hystéro-traumatisme) ; les hémorragies hystériques niées par certains auteurs, sont admises par d'autres, par Dalché en particulier.

c. A la suite de traumatismes ayant provoqué les états émotionnel et commotionnel dont il est question dans ce chapitre, on peut voir survenir dans la sphère génitale des *douleurs* se présentant avec un caractère anormal d'intensité et de ténacité, et qui sont hors de proportion avec les lésions constatées à l'examen local. Ces douleurs se manifestent sous des formes différentes : hyperesthésies cutanées, sensations de brûlures, de piqûres, de fourmillements au niveau de la vulve et de la paroi abdominale, névralgies abdominales localisées à certaines branches nerveuses (névralgie du honteux interne, névralgie lombo-abdominale, névralgie du fémoro-cutané, névralgie ovarienne), règles douloureuses (dysménorrhée). Ces douleurs anormales s'observent chez des sujets névropathes, chez des hystériques et là encore l'hystéro-traumatisme reparaît. « Suggestion et obsession, écrit Dalché, entretiennent les accidents douloureux du traumatisme et les exagèrent; une cause sans grande importance devient alors l'origine de lamentations prolongées qui nous dérouteraient si nous n'étions pas avertis de la névropathie. »

Ces manifestations dans la sphère génitale peuvent s'accompagner, chez ces sujets névropathes, longtemps après le traumatisme, d'accidents nerveux généraux. Dalché écrit : « Le traumatisme génital chez la femme favorise plus que tout autre l'apparition de ces états qui vont de la neurasthénie à l'anxiété chronique (Dupré), et qui se manifestent sous les formes les plus inattendues. » C'est chez ces malades qu'on observe des céphalées persistantes; des vertiges, une lassitude prononcée, l'inaptitude au travail, de la tachycardie, des insomnies prolongées, etc. Les malades ont tendance à rapporter à leur état génital les désordres observés, alors qu'en réalité c'est surtout le terrain névropathique qu'il faut incriminer. On comprend combien ces faits sont importants à connaître pour ceux qui ont à apprécier en pareil cas la part de responsabilité du traumatisme.

Tous ces faits qui relèvent beaucoup plus de la médecine que de la chirurgie sont longuement étudiés dans le travail déjà cité de Dalché, auquel je renvoie le lecteur; je n'ai pu forcément en faire ici qu'une courte analyse.

6° Dalché fait remarquer dans les leçons cliniques et thérapeutiques où il étudie les maladies des femmes et les troubles nerveux « que bien des réflexes, partant d'une lésion génitale, en orientent les effets vers les régions les plus diverses (spasmes de l'intestin, symptômes cardiaques, etc.). »

Réciproquement, Terrillon avait déjà insisté sur ces faits, « un traumatisme qui frappe une région étrangère à l'appareil génital peut agir sur lui par *voie réflexe* ». C'est ainsi qu'on peut constater des troubles de la fonction menstruelle à l'occasion d'une blessure intéressant les parties voisines de l'appareil génital, les seins, et même les membres. Or, ces perturbations dans le fonctionnement de l'appareil génital, poussées congestives avec douleurs, troubles des règles, causent parfois de grandes appréhensions aux malades. Ici encore, il faudra, avant de se prononcer sur la relation de cause à effet, se préoccuper d'une façon toute particulière de l'état antérieur de l'appareil génital.

7° On a vu, au cours de cette étude, combien cette question de l'*état antérieur* devait nous préoccuper, lorsque nous nous trouvons en présence de certains cas où il est particulièrement délicat d'interpréter le rôle du traumatisme dans la genèse des troubles génitaux observés. On ne saurait trop répéter qu'un examen approfondi de la malade, au point de vue de ses antécédents et de la constatation de lésions anciennes de l'appareil génital, s'impose. Cet examen est d'autant plus délicat que, dans certains cas, la malade a intérêt à tromper le médecin expert. On s'enquerra donc du passé génital de la malade, du nombre de ses grossesses antérieures, des circonstances qui ont accompagné et suivi l'accouchement. On recherchera avec soin l'existence des déchirures du périnée et du col, celle d'accidents infectieux (métrite, salpingite, péritonite), survenus soit après l'accouchement, soit à tout autre moment de sa vie génitale. On essaiera de dépister l'existence de troubles fonctionnels antérieurs à l'accident (hémorragies, pertes blanches, douleurs). Le médecin expert sera parfaitement autorisé à faire pratiquer l'examen bactériologique des sécrétions vaginales (recherche du gonocoque) en cas de doute et l'analyse du sang lorsqu'il suspectera la syphilis.

On tiendra compte d'autre part des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident, de l'importance de l'effort, des douleurs accusées par la blessée, de la nécessité où elle s'est trouvée d'abandonner son travail et du temps qu'a duré cette incapacité de travail; il faudra aussi tenir compte de la description des lésions contenue dans le certificat d'origine, les constatations faites par le médecin qui a examiné la blessée à un moment très rapproché de l'accident pouvant être d'une grande utilité pour le médecin expert.

L'état de dépression psychique manifesté par certaines femmes, l'état douloureux accusé par d'autres, doivent attirer tout spécialement l'attention de l'expert. Il y a des accidentées du travail qui peuvent accuser faussement des douleurs et ne sont que des simulatrices. Mais il ne faut pas se hâter de conclure à la simulation; et lorsqu'on se trouve en présence de femmes atteintes de dépression psychique ou se plaignant de douleurs particulièrement vives dans la sphère génitale, douleurs qui ne paraissent pas en rapport avec les lésions constatées à l'examen local, un examen approfondi du système nerveux s'impose. Il montrera qu'un certain nombre de ces malades ne sont que des *sinistrosées*, c'est-à-dire des femmes qui accusent de la douleur et se déclarent incapables de rien faire. Ce sont des sujets, dit Brissaud, qui sont « dans un état mental morbide consistant en une inhibition de la volonté ou, pour mieux dire, de la bonne volonté ». Il y a là un état psycho-pathologique « infiniment plus fréquent que la simulation et même que l'exagération. Le blessé guéri ne se décide pas à faire, au prix de fatigues et de souffrances l'essai de reprise du travail ou, s'il le fait, il s'arrête aussitôt que survient la souffrance et ne va pas au delà (Imbert, Oddo et Chavernac).

L'examen du système nerveux de la malade permettra de rattacher certaines douleurs persistantes à leur véritable cause, de reconnaître que certaines *algies*, particulièrement rebelles, doivent être mises sur le compte de l'état émotionnel, de diverses psycho-névroses, de l'hystérie, de l'hystéro-traumatisme, qu'elles sont entretenues et exagérées par la suggestion et l'obsession.

8° Dans le rapport qu'il doit rédiger sur le cas qui lui a été soumis, le médecin expert indiquera d'abord la nature des désordres physiques et fonctionnels qu'il a relevés du côté de l'appareil génital. Il devra ensuite s'efforcer, en s'appuyant sur les résultats que lui a fournis son examen sur l'état actuel et sur l'état antérieur, de formuler son opinion sur le rôle exact joué par le traumatisme, d'apprécier l'influence réelle que celui-ci a pu avoir sur les troubles génitaux, d'établir si les troubles observés sont tout à fait indépendants de l'accident, ou s'ils sont la conséquence d'un état antérieur aggravé par celui-ci ; ou enfin s'ils relèvent entièrement du traumatisme; tout ce que nous avons dit précédemment nous incite à penser qu'*en gynécologie la relation absolue de cause à effet entre le traumatisme et les désordres constatés est bien exceptionnelle;* nous avons suffisamment insisté pour n'y pas revenir sur le rôle de la prédisposition dans le prolapsus, sur le rôle de l'état local antérieur, sur celui de l'état général (état émotionnel, psycho-névrose, hystérie).

S'il retient l'origine traumatique des accidents observés, l'expert devra établir quel est le degré d'incapacité qui en résulte, quelles sont les conséquences au point de vue professionnel et fixer le quantum de l'incapacité. Le chiffre du quantum est impossible à déterminer à l'avance, car il varie avec chaque cas envisagé. Il est surtout difficile à fixer lorsqu'on est en présence d'un de ces sujets nerveux, qui se déclarent parfois incapables de reprendre le travail et chez lesquels le traumatisme n'a joué qu'un rôle provocateur permettant à la névrose de se manifester chez l'une par des douleurs persistantes que rien n'explique localement, chez une autre par un état d'asthénie profonde. Il l'est encore chez ces femmes atteintes de prolapsus, que des grossesses répétées, que l'état de leur périnée et la mauvaise qualité de leurs tissus, mettaient dans les conditions les plus favorables pour la chute de leur matrice qu'un effort brusque a suffi à réaliser, mais

qui se serait vraisemblablement produite avec le temps sous l'influence d'efforts répétés professionnels. La fixation du quantum de l'incapacité peut varier également avec l'âge de la femme ; nous avons vu qu'une indemnité plus élevée devait être attribuée en cas de prolapsus à une jeune fille qu'à une femme âgée ayant eu de multiples grossesses, puisque chez la première le rôle du traumatisme, de l'effort, apparaît beaucoup plus évident. De même, la femme qu'un traumatisme génital a conduit à la suppression chirurgicale de son utérus et de ses annexes, qui de ce fait voit disparaître ses règles et qui ne pourra plus devenir mère, a droit, si elle est jeune, à une indemnité plus élevée que la femme arrivée à un âge voisin de la ménopause.

On voit par ces quelques exemples, et on pourrait en citer d'autres, combien sont variables les faits soumis à l'examen du médecin expert.

En somme, la marche à suivre pour les expertises, concernant les traumatismes gynécologiques, est la même que pour les autres accidents du travail, mais l'interprétation des faits est souvent plus délicate, parce que la relation directe entre l'accident et la lésion génitale apparaît beaucoup moins évidente que pour la plupart des autres accidents du travail.

ACTUALITÉS

LES TACHYCARDIES DE LA GUERRE ET DE L'APRÈS-GUERRE

Le 5 novembre 1914, Déjerine relatait à la Société de neurologie l'observation d'un soldat qui, depuis une commotion par éclatement d'un gros obus, avait toujours de la tachycardie à 160, 180, sans être basedowien. Pendant la guerre, l'étude des névroses cardiaques, des cœurs irritables, des tachycardies fonctionnelles fut ensuite faite bien des fois en France, en Angleterre et dans tous les pays belligérants; Mackenzie, Osler, Vaquez, Martinet, Gallavardin, Lian et d'autres auteurs que je ne puis citer tous, publièrent sur cette question d'importants mémoires; on en trouvera l'exposé dans la thèse de Richard (1). Depuis la fin des hostilités, on n'avait presque plus parlé des anciens combattants tachycardiques; l'année dernière, Tisné (2) montra dans sa thèse qu'un certain nombre d'entre eux étaient encore tachycardiques quatre ans après l'armistice; sans connaître la thèse de Tisné, j'avais fait la même remarque au Centre de Réforme de Nantes (3); Leconte et Tisné (4) ont confirmé, sauf pour la pathogénie, les résultats de mes observations.

Rappelons d'abord rapidement ce que l'on a constaté si souvent pendant la guerre : un soldat, un peu émotif, est exposé pendant longtemps à un violent bombardement, il voit de nombreux camarades mortellement atteints ou grièvement blessés autour de lui, il se présente au médecin de bataillon, se plaignant de palpitations; pour lutter contre le cafard, conséquence inévitable de la guerre de tranchées, on usait, on abusait même un peu du pinard et de la gnole, on fumait la pipe toute la journée et cela n'est pas bon pour les nerfs du cœur; souvent, les hommes étaient surmenés par des travaux de terrassement, il fallait sans cesse creuser des boyaux, des abris profonds, poser des fils de fer; d'autres combattants avaient été évacués pour une crise de rhumatisme articulaire aigu et, revenus au front, leur convalescence terminée, ils étaient tachycardiques. Surmenage, abus de l'alcool et du tabac, sans oublier, pour beaucoup de soldats, les excès vénériens quand le régiment allait au repos à l'arrière (1); émotions répétées, commotion par éclatement d'un obus; maladies infectieuses, en particulier le rhumatisme articulaire aigu; voilà les causes qui déterminent l'instabilité cardiaque. Quelle est la plus importante? Les auteurs discutent sur ce point, mais on retiendra que les commotions, les émotions violentes de la guerre ne sont peut-être pas la cause la plus fréquente de la névrose cardiaque et ceci nous explique pourquoi cette névrose existait avant 1914, sans avoir été d'ailleurs assez étudiée, et pourquoi elle s'observe encore aujourd'hui chez des sujets n'ayant pas fait la guerre. Il faut insister sur cette notion qui présente un grand intérêt; comme l'a écrit Gallavardin. « La guerre n'a pas créé cette catégorie de malades; elle n'a fait que les dévoiler. » Tout récemment, j'ai vu deux jeunes tachycardiques qui l'étaient devenus en faisant leur service militaire, l'un en Rhénanie, l'autre en Vendée; Leconte et Tisné ont observé dix-sept cas de tachycardie « indépendants de toute influence guerrière ».

L'étude clinique des cœurs irritables ne nous retiendra pas longtemps; leur symptomatologie est aujourd'hui classique : le tachycardique se plaint surtout de dyspnée d'effort, quelquefois de palpitations, de gêne précordiale; quand il s'essouffle en marchant vite, en faisant des travaux un peu pénibles, il peut ressentir des battements dans les tempes, des éblouissements; en l'examinant, on trouve soit une fréquence des battements cardiaques normale au repos, mais s'accélérant à la moindre cause, soit, plus souvent, une tachycardie existant déjà au repos et montant sous l'influence des efforts, parfois jusqu'à 160 et même 180; le cœur ne paraît pas hypertrophié et la radioscopie confirme qu'il a ses dimensions normales; il n'y a pas de souffle organique, rarement un souffle extracardiaque; les battements du cœur sont presque toujours réguliers, les extrasystoles assez exceptionnelles. On remarque parfois, mais non toujours, un peu de cyanose des extrémités, des sudations faciles, un nervosisme accentué et un léger tremblement qui, joint à l'éclat du regard, fait supposer que le tachycardique est un hyperthyroïdien.

La pathogénie de l'irritabilité cardiaque est encore controversée; Gallavardin (2) met au premier plan l'excitation du sympathique; Lian (3) distingue des formes constitutionnelles et des formes acquises, avec trois groupements de celles-ci selon qu'elles ont une origine toxi-infectieuse, la plus importante, une origine émotionnelle ou commotionnelle, une origine par surmenage; dans les cas de cœur irri-

(1) Richard. Etude des tachycardies fonctionnelles du soldat. *Th. de Lyon*, juil. 1918.

(2) Tisné. Etude des instabilités cardiaques de guerre et leur pronostic. *Th. de Paris*, 1922-1923.

(3) M. Brelet. Tachycardies et lésions cardiaques au Centre spécial de Réforme. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1923, n° 20.

(4) Leconte et Tisné. L'avenir des tachycardiques de guerre. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1923, n° 27.

(1) L'excitation génitale a toujours été grande dans les armées en campagne; plusieurs historiens ont noté ce fait. Déjà, sous les murs de Troie, Agamemnon et Achille se disputaient la possession de la belle captive Briséis...

(2) Gallavardin. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, fév. 1916.

(3) Lian. *Traité de pathol. méd. et de thérapeut. appliquée*, t. IV.

table par émotions ou commotions, Lian admet que l'hypersympathicotonie est parfois en rapport avec un syndrome basedowien fruste. Leconte (1) indique aussi que l'hypothèse pathogénique d'un basedowisme fruste semble bien justifiée pour un certain nombre de malades atteints d'instabilité cardio-vasculaire. Chez aucun des tachycardiques que j'ai eu l'occasion d'examiner, je n'ai trouvé de syndrome basedowien fruste, mais il convient de remarquer que le diagnostic de basedowisme est fait plus ou moins facilement, selon les idées personnelles de l'observateur; n'oublions pas que comme l'a bien dit Babonneix (2), l'endocrinologie trouve, parmi les médecins, des sceptiques, des croyants et des dévots.

Il est important de savoir ce que vont devenir ces tachycardiques, quel avenir leur est réservé. Pendant la guerre, on n'avait pas beaucoup de précisions sur ce point; les tachycardiques avaient depuis peu attiré l'attention et l'évolution de cette névrose cardiaque était encore assez mal connue. On eut d'abord tendance à croire qu'il s'agissait de phénomènes transitoires, que les troubles cardiaques survenant chez les soldats en campagne s'amélioreraient rapidement par le repos; puis Gallavardin, Cordier, Lian firent des réserves et constatèrent la persistance de la tachycardie dans un certain nombre de cas; Lian eut, dès 1918, l'impression que les tachycardiques de guerre pouvaient voir leur état s'améliorer mais que certains d'entre eux ne bénéficieraient que d'une amélioration incomplète, sans récupérer leur équilibre cardiaque. L'observation ultérieure des malades a pleinement justifié cette opinion; en 1922 et 1923, j'ai vu vingt-quatre anciens combattants qui étaient encore tachycardiques trois et quatre ans après leur démobilisation. Leconte et Tisné ont retrouvé en 1922 vingt-huit sujets examinés par eux en 1918 et ont comparé leur état actuel à celui qu'ils présentaient alors; sur vingt-huit malades, vingt sont dans le même état qu'en 1918; plusieurs ont dû abandonner une profession pénible pour prendre un emploi sédentaire; d'autres sont obligés de se ménager, de renoncer à faire certains travaux; les troubles dont ils se plaignent sont les mêmes qu'autrefois et, objectivement, c'est la même instabilité cardiaque; mais le volume du cœur est resté normal; la tension artérielle est bonne, n'ayant plus cette « tendance à la hausse » assez souvent notée pendant la guerre; on ne trouve pas de signes de lésions organiques du cœur, pas de signes d'insuffisance cardiaque. Les huit autres tachycardiques de 1918 ont vu leurs troubles cardiaques s'améliorer progressivement et leur cœur est redevenu tout à fait normal. De ces constatations il résulte que, dans un certain nombre de cas, le syndrome d'instabilité cardiaque persiste depuis plusieurs années et s'installe peut-être définitivement; les malades, dont les troubles cardiaques persistent, sont obligés de changer de profession, d'avoir une existence sédentaire; beaucoup de ces tachycardiques sont, malgré leur absence de lésions, moins aptes à une activité physique, même modérée, que bien des valvulaires (Leconte et Tisné). Jusqu'à ce jour, l'instabilité cardiaque persistante n'a pas eu de conséquences organiques, n'a pas entraîné d'insuffisance du myocarde, mais il importe, en particulier dans les Centres de Réforme, de retenir que ces troubles cardiaques mettent ceux qui en sont atteints dans un état d'infériorité physique, et déterminent un certain « degré d'invalidité ».

M. BRELET.

(1) LECONTE. *La pratique méd. franç.*, janv. 1924.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 81, p. 1303.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1924)

Transformation d'une fistule branchiale du cou en kyste. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation adressée par M. Fournier (de Valenciennes). Il s'agit d'un homme de trente ans qui portait au cou une petite fistule donnant quelques gouttes de liquide. Dix ans après apparut une tuméfaction qui grossit assez rapidement et attint le volume d'une grosse poire, en même temps que disparaissait la fistule. M. Fournier opéra, trouva un prolongement qui allait jusqu'à la paroi interne du pharynx.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un kyste branchial typique à structure amygdalienne.

La pathogénie de ces kystes branchiaux est aujourd'hui bien établie. Mais ce qu'il y a d'étrange dans l'observation de M. Fournier c'est l'apparition tardive, à l'âge adulte, de la tumeur.

Tumeur pédiculée du bassin chez un homme. — Dans un second rapport, M. LECÈNE analyse deux observations de M. Tourneux (de Toulouse). Dans la première, il s'agit d'une tumeur pédiculée du bassin (fibrome intrapéritonéal) chez un homme de trente ans. Cette tumeur siégeait dans la fosse iliaque gauche et amena des accidents d'occlusion. A l'opération, on constata qu'il existait une cavité creuse dans le centre du fibrome. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de myxofibrome, tumeur bénigne.

Tumeur paranéphrétique. — Dans la seconde observation de M. Tourneux il s'agissait d'une tumeur paranéphrétique diagnostiquée. Le cathétérisme urétéral ayant montré l'intégrité des deux reins, M. Tourneux se décida à opérer. Il fit l'incision médiane. M. Lecène préférerait, en pareil cas, recourir à l'incision lombaire oblique. Quoi qu'il en soit, M. Tourneux a pu enlever une grosse tumeur, pesant 10 kilogrammes et l'énucléer, la séparer du rein qu'il put laisser en place. Il a réuni sans drainage. Les suites immédiates furent bonnes, mais la malade s'affaiblit et succomba le onzième jour. Pas d'autopsie.

M. Lecène pense qu'en pareil cas mieux vaudrait recourir à l'incision lombaire et assurer un bon drainage postérieur.

Ostéosynthèse. — M. DEHELLY rapporte l'observation d'un jeune soldat qui se fit une fracture oblique du tibia. La fracture fut réduite et maintenue réduite par une lame métallique de Parent. Guérison. Six mois après ce soldat se fit une nouvelle fracture du tibia au-dessus de la première.

M. Dehelly se demande si ce n'est pas la plaque métallique de la première fracture qui a été la cause de la seconde.

— Une discussion s'engage sur les meilleurs agents métalliques à employer dans l'ostéosynthèse, discussion à laquelle prennent part MM. Dujarier, Alglave, Gernez, Hallopeau et Fredet.

Éventration diaphragmatique. — M. DUVAL fait une très intéressante communication sur un cas très rare. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui était atteint de suffocations très pénibles et de douleurs intolérables. Il passe par plusieurs services où on diagnostiqua une pleurésie et où on fit plusieurs ponctions blanches. Il vint ensuite à Cochin, dans le service de M. Widal qui le fit radioscoper. M. Widal diagnostiqua une hernie diaphragmatique. Cet homme souffrant de plus en plus suppliait qu'on l'opère. Or, il s'agissait, non pas d'une hernie, mais d'une éventration diaphragmatique.

Il y avait trois voies d'accès pour aller chercher le dôme du

diaphragme et l'abaisser : la voie thoracique, la voie abdominale et la voie thoraco-abdominale.

M. Duval choisit cette dernière après s'être assuré qu'il n'y avait pas d'adhérences ni du côté de la plèvre, ni du côté des viscères abdominaux, il fit refouler par un aide, vers la cavité abdominale, les viscères et accrocha avec précaution le dôme diaphragmatique en fit la plicature et le fixa à un espace intercostal.

Tous les symptômes graves que présentent ce malade, suffocations, palpitations cardiaques, douleurs atroces disparurent et ce malade, aujourd'hui guéri, est prêt à reprendre son travail.

On rencontre parfois des cas d'éventration diaphragmatique sans symptômes. D'autres cas, au contraire, comme celui que vient de présenter M. Duval, donnent lieu à des symptômes graves et pénibles.

M. Duval a pu réunir dix-sept cas d'éventration diaphragmatique. Dans seize de ces cas, on s'est contenté de faire une laparotomie exploratrice et de refermer le ventre. Un seul chirurgien américain en 1922, chez une femme de vingt-cinq ans, a délibérément attiré le dôme diaphragmatique en bas et l'a suturé à la paroi : sa malade a guéri.

M. Duval présente le malade qu'il a opéré, et des radiographies avant et après l'opération.

M. Savariaud demande quelle est la pathogénie de cette affection.

M. Duval déclare l'ignorer.

M. Cunéo pense qu'il s'agit d'une disposition congénitale.

M. Schwartz fait observer que pour vaincre la difficulté d'abaisser les viscères dans la cavité abdominale on pourrait recourir à la situation inverse à celle de Trendelenburg.

Pied bot valgus équin congénital. — M. Mouchet rapporte une observation de M. Canessa (de Montevideo),

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 2 février 1924)

Hétérotopie médullaire. — M. L. Babonneix a trouvé, à l'autopsie d'un enfant mort de paralysie ascendante aiguë, des lésions d'un type très spécial. Il existait, en effet, dans la partie antérieure de l'un des cordons postérieurs, un îlot constitué par la présence de trois à quatre cellules nerveuses identiques, de par leurs dimensions, leurs caractères morphologiques, leur structure, à celles qui constituent la colonne de Clarke.

Rien n'autorise à penser qu'il s'agisse là d'une production artificielle. Impossible, par ailleurs, de supposer que l'on ait affaire à des éléments sympathiques, plus petits, et occupant, habituellement, les cordons latéraux. Force est donc d'admettre que l'on a affaire à des cellules de la colonne de Clarke, détachées, à une époque indéterminée, mais sans doute très précoce, de leur noyau d'origine.

Des cas de ce genre sont exceptionnels, et l'auteur n'en a retrouvé que quatre à cinq dans la littérature.

M. Grimbert, au nom de M. Poirot et au sien, décrit une technique simple et sensible pour la **recherche de l'urobiline dans le liquide duodénal.**

Elle consiste à se débarrasser des pigments biliaires en transformant la bilirubine en biliverdine insoluble dans le chloroforme, et, après épuisement par ce dissolvant, à verser dans ce dernier une solution chloroformique d'acétate de zinc anhydre.

MM. Georges Guillain, A. Strohl et Th. Alajouanine étudient, par la méthode graphique, la **réponse du muscle grand droit au cours du réflexe médio-pubien,** et montrent que, suivant les modes de percussion de la région pubienne, cette réponse a les caractères, soit d'un réflexe périosté, soit d'un réflexe tendineux ou même d'une contraction neuromusculaire.

Quand les conditions anatomiques permettent de percuter la symphyse sans communiquer d'ébranlement notable aux muscles abdominaux, on obtient, après une petite secousse mécanique, une réponse unique du muscle. Au contraire, quand l'excitation s'accompagne d'une forte onde mécanique au niveau du muscle, on retrouve les différentes phases qui caractérisent les secousses neuro-musculaires. Dans les deux cas cette étude confirme les notions déjà acquises par ces auteurs dans l'examen des autres réflexes tendineux.

Sensibilisation d'animaux à certaines infections par une vaccination antibactériophage. — M. Paul Hauduroy injecte à plusieurs reprises à des lapins jeunes du bactériophage antistaphylococcique. Une partie des animaux ainsi traités meurent spontanément et à l'autopsie on trouve de multiples abcès sous-cutanés à staphylocoques.

Les autres animaux sont tués en vingt-quatre heures par une inoculation intraveineuse d'une dose de staphylocoques non mortelle pour les témoins. Tous les animaux ont donc été sensibilisés par la vaccination antibactériophage.

Pouvoir anticomplémentaire des sérums humains et réaction de Bordet-Wassermann. — M. Maurice Renaud, étudiant les limites inférieures de la réaction de Bordet-Wassermann avec les dispositifs très sûrs dont il a précédemment parlé, a constaté que la plupart des sérums humains sont capables de gêner l'hémolyse dans une bien plus large mesure qu'on a coutume de le dire. Ce pouvoir anticomplémentaire spontané, dû sans doute à des liaisons des colloïdes du sérum qui forment des complexes susceptibles d'absorber l'alexine, est toujours plus ou moins renforcé par l'addition d'un antigène lipoïdique. La réaction de Bordet-Wassermann comporte en fait deux degrés, le premier étant indiqué par la mesure du pouvoir anticomplémentaire spontané, le second par l'accentuation de la déviation en présence d'un antigène lipoïdique. Les deux étapes, ainsi que cela ressort de l'étude de 2.500 sérums, se relient l'une à l'autre par des transitions infiniment nombreuses et nuancées et on ne saurait les différencier l'une de l'autre.

Il n'y a donc pas de seuil spécifique de la réaction de Bordet-Wassermann et celle-ci ne saurait avoir une valeur absolue puisque rien ne la lie spécifiquement et nécessairement à la syphilis. La sérologie ne peut que mettre en évidence une propriété assez banale des sérums et en mesurer l'intensité et fournir une donnée qui, pour intéressante qu'elle soit, ne peut être qu'un élément d'appréciation tout indirect. La valeur de la réaction est donc toute relative et il faut se garder de lui donner une signification précise et absolue qu'elle n'a pas.

Réflexe cutané plantaire en flexion coexistant avec la surréflectivité tendineuse dans la sclérose latérale amyotrophique. — MM. Georges Guillain et Th. Alajouanine rapportent quatre observations montrant que, dans la sclérose latérale amyotrophique, on peut observer une dissociation entre l'état des réflexes tendineux qui sont exagérés et le réflexe cutané plantaire qui reste normal. Cette dissociation peut se voir non seulement quand les réflexes des membres inférieurs sont peu exagérés comme dans des faits relatés par M. Chatelin, mais encore lorsque les réflexes tendineux sont très exagérés et le clonus du pied provocable. Une telle dissociation entre la surréflectivité tendineuse avec clonus et la réaction normale du réflexe cutané plantaire peut s'observer dans des lésions corticales de la voie pyramidale, elle ne se constate pas en général dans les lésions bulbaires et médullaires de la voie motrice. Ce petit point de sémiotique est utile à connaître pour éviter l'erreur qui ferait rejeter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique dans des cas non exceptionnels où le réflexe cutané plantaire conserve, dans l'évolution de cette affection, un type normal en flexion.

Mesure de l'excitabilité du nerf grand splanchnique. — M. et Mme A. Chauchard montrent que les fibres vaso-constrictrices du grand splanchnique chez le chien ont une chronaxie de 2 millièmes de seconde. La limite de sommation de l'appareil vaso-constricteur est atteinte au nombre de quarante excitations à la fréquence de six par seconde ; pour les rythmes, cette limite se trouve à l'intervalle d'une demi-seconde ; la sommation se fait encore à l'intervalle de trois secondes ; le pouvoir de sommation de l'appareil vaso-constricteur est donc très étendu.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PLACE DE L'HYPOPHYSE ET DE L'ERGOT DE SEIGLE EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE

Dans un important article de clinique thérapeutique, Roulland (1) définit la place qui revient en pratique, à l'hypophyse et à l'ergot de seigle (obstétrique et gynécologie).

L'*extrait hypophysaire* a une action élective sur la fibre musculaire de l'utérus; il renforce la contractilité de cet organe, mais *est incapable de la provoquer à lui seul*. Impuissant donc à déclancher le travail chez la femme enceinte, l'extrait hypophysaire renforcera les contractions au cours de l'accouchement ; il augmentera le tonus utérin dans les suites de couches.

L'extrait hypophysaire ne devra être employé que dans les *cas purs* d'insuffisance de contraction musculaire. Il faut entendre par cas purs ceux dans lesquels on ne rencontre à aucun moment du travail des contractions utérines bien caractérisées ou frustes (hypertonie).

Il faut, en outre, n'employer l'hypophyse que dans les bassins normaux lorsque la tête, profondément engagée, ne rencontre pas d'obstacle.

C'est à la fin de la dilatation, ou au cours de la période d'expulsion, que l'hypophyse semble avoir son maximum d'utilisation.

On proscrira l'hypophyse dans les bassins rétrécis, les rigidités du col, les tumeurs prœvia, les utérus césariés antérieurement. On l'évitera également chez les brightiques, les albuminuriques, les cardiaques, les hypertendues, les tuberculeuses.

Les doses seront moins élevées chez les primipares que chez les multipares. Roulland recommande 1 centimètre cube à 1 centimètre cube et demi de l'extrait pituitaire (soit 20 centigrammes de glande) chez les primipares, trois quarts à une ampoule, et ne pas renouveler l'injection autant que possible. Si les contractions sont trop violentes, on administrera du chloroforme ou un antispasmodique par voie sous-cutanée.

L'ergot de seigle. — Médicament très actif, a sur la fibre utérine une action durable et puissante. La contraction se prolonge plus longtemps sous l'influence de l'ergot de seigle que sous celle de l'hypophyse. Proscription absolue au cours du travail où il risque d'amener une *contracture utérine*.

En *obstétrique*, il trouve ses indications dans les hémorragies de la délivrance, à condition qu'on soit sûr de la délivrance complète.

Dans les inerties utérines qui suivent certains accouchements.

Après la césarienne.

Dans les cas d'utérus mou avec rétention, dans les suites de couches.

Dans les cas de césarienne, c'est le médicament de choix pour déterminer une contraction rapide et arrêter l'hémorragie.

En *gynécologie*, l'ergot de seigle s'emploie dans toute hémorragie utérine.

Il est vaso-constricteur et *hypertenseur*.

Si la tension artérielle est élevée comme à la puberté et à la ménopause, il vaut mieux avoir recours à l'opothérapie (hypophyse).

Ses véritables indications seront : les hémorragies, les métrites, les fibromes (en attendant le traitement opératoire), les métrorragies nerveuses, par déviation utérine ou annexites chroniques.

Sous quelle forme et à quelles doses l'employer? Les anciens employaient l'ergot de seigle fraîchement pulvérisé. Aujourd'hui, on utilise les principes actifs retirés de l'ergot. Récemment on a proposé le *tartrate d'ergotamine* découvert par Stoll; il est moins hypertenseur et ses effets cliniques sont précis et constants, ce qui serait une supériorité.

On emploie, soit la solution à 0,1 p. 100 d'ergotamine, à raison de XV à XXX gouttes, trois fois par jour, soit les comprimés dosés à 0,001 de principe actif, un à deux trois fois par jour, ou mieux les ampoules de 0,0005 de principe actif à la dose d'une à trois ampoules par jour.

Depuis le travail de Roulland, le professeur Rossier et le docteur de Bumann, dans des communications très intéressantes au *Congrès des obstétriciens et gynécologues* tenu à Genève (9-11 août 1923), ont mis au point les effets et les indications de l'ergotamine (Gynergène).

Ces auteurs insistent sur la rapidité d'action de l'ergot de seigle employé sous cette forme (une demi-minute après l'injection), sur l'intensité de cette action constatée par le toucher intra-utérin, enfin sur sa constance d'action.

De Bumann et Karl Böwing conseillent le gynergène, en particulier dans les cas suivants : 1° atonie *postpartum*; 2° après chaque opération gynécologique; 2° dans les césariennes (ici on a même pu faire l'injection directement dans le muscle utérin) ; 4° dans les hémorragies *postpartum* quand la délivrance est complète; 5° après les curettages; enfin 6° dans les hémorragies de la ménopause.

(1) ROULLAND. *Le Concours méd.*, 19 août 1923.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de petite chirurgie et de technique médicale journalière (1), par P. ARDIN-DELTEIL et P. SOUBEYRAN.

La 2e édition de cet ouvrage date de 1912. C'est dire, que, la 3e édition est complètement refondue. L'expérience de la guerre, par exemple, a complètement modifié les chapitres de l'appareillage des fractures et des méthodes antiseptiques. On y verra exposées toutes les acquisitions récentes de la thérapeutique chirurgicale et médicale : méthodes anesthésiques, transfusion du sang (par M. Bécart), héliothérapie, kinésithérapie pratique (par M. Kounidgy), injections des divers dérivés arsenicaux, injections des sérums spécifiques, parasérothérapie, vaccinations spécifiques.

Ouvrage très complet et très clair, qui sera un guide très sûr à tous les étudiants en médecine aussi bien qu'aux élèves infirmières. M. LANCE.

Manuel de l'infirmière (2).

Cette 4e édition publiée sous la direction du professeur Legueu, par MM. les docteurs Banzet, Millon, Gouverneur, Robert, Gilson, Kresser, Champeau, et Mlles Génui et Dauch, de l'hôpital-école des Peupliers, est un magnifique volume édité avec un véritable luxe.

Ce n'est évidemment pas dans un livre que les infirmières doivent puiser les connaissances spéciales qui ne s'acquièrent que dans le milieu hospitalier. Mais rentrées chez elles les infirmières qui ont vu défiler à l'hôpital un certain nombre de cas pathologiques, ont besoin de les classer dans leur mémoire et de classer aussi les détails fournis par leur chef de service.

C'est ici qu'intervient le rôle du Manuel, répertoire précieux auquel devront se reporter les élèves.

Le Manuel de la Croix-Rouge porte l'empreinte ineffaçable du maître qui en fut le créateur, le professeur Guyon. Les auteurs de cette nouvelle édition sont restés fidèles à cette grande mémoire tout en faisant subir au manuel les remaniements imposés par l'évolution de la chirurgie depuis la grande guerre.

De nouveaux chapitres ont été ajoutés, l'hygiène, la lutte contre la tuberculose, qui rentre maintenant dans le domaine de l'infirmerie, la puériculture, etc., ont été l'occasion de nouveaux développements.

C'est dire combien ce nouveau livre est complet et combien il rendra de services, non seulement aux infirmières mais aussi aux étudiants et aux médecins désireux de revoir bien des questions actuellement éparses.

C'est un bel ouvrage que vient d'éditer la Croix-Rouge, c'est aussi le livre le plus utile. L. S.

(1) 3e édition, 1 vol. in-8 raisin, 928 p. 507 fig. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) 4e édition, revue et augmentée, un grand in-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Croix-Rouge française, Société de secours aux blessés militaires, 21, rue François Ier.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU ROCHER

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

FORMES CLINIQUES. — I. **Suivant les lésions encéphaliques concomitantes.** — FORME SIMPLE, commotion cérébrale légère.

FORME COMATEUSE, contusion cérébrale.

FORME MIXTE, compression cérébrale par hématome intracranien.

II. **Suivant le siège du trait de fracture.** — FRACTURE PERPENDICULAIRE. — Type de description.

FRACTURE OBLIQUE. — Ouvre en plus les cellules mastoïdiennes.

FRACTURE PARALLÈLE. — Moins grave, pauvre en symptômes; succède à un choc temporo-pariétal ; otorragie abondante et prolongée, conservation de l'ouïe, absence de paralysie faciale, strabisme interne en sont les meilleurs signes.
L'hématome intracranien est relativement fréquent.

FRACTURE DE LA POINTE. — Lésion de la VIe paire, strabisme interne avec diplopie.

FRACTURES PROPAGÉES. — Au rocher opposé : fracture de René Lefort, parallèle d'un côté, perpendiculaire de l'autre.
A l'étage antérieur : ecchymose palpébrale.
Fracture paramédiane de Quénu : très rapidement mortelle.

III. **Suivant l'âge.** — FRACTURES DE L'ENFANT. — Elles sont rares : les fractures de la voûte n'irradient guère chez l'enfant, la base étant rendue élastique par la largeur des sutures : la véritable lésion de la base du crâne de l'enfant est la disjonction suturaire, celle de la voûte étant le céphalhydrocèle.
Elles provoquent souvent une hyperthermie marquée en dehors de toute infection. Elles sont classiquement bénignes.

PRONOSTIC. — **Grave.** — La mort est fréquente. Elle peut être :

Immédiate ou très rapide : par shock, commotion ou contusion cérébrale graves.

Rapide : par compression par un épanchement intracranien, très rarement par hémorragie externe.

Secondaire : par infection : c'est le danger capital : méningo-encéphalite diffuse surtout; abcès du cerveau, plus rarement et plus tard.

Quand le blessé survit, il est souvent porteur d'une lésion définitive, par lésion du rocher (paralysie faciale, surdité); ou par lésion encéphalique (épilepsie). On voit combien est grand, aux points de vue thérapeutique et pronostique (accidents du travail), l'intérêt d'un diagnostic précis.

DIAGNOSTIC. — I. **Le blessé est dans le coma.** — Le diagnostic peut être extrêmement difficile. Il n'est pas exceptionnel de voir un sujet, en état d'ivresse ou victime d'un ictus apoplectique, d'une insolation, faire une chute brutale et se déchirer le cuir chevelu. Il faut alors rechercher systématiquement une otorragie, une paralysie faciale ou un strabisme interne, examiner la voûte cranienne, pratiquer une ponction lombaire : c'est la simultanéité de plusieurs symptômes qui permet, par leur groupement, d'affirmer le diagnostic. Signalons encore la difficulté diagnostique que pose une commotion ou une contusion cérébrales sans fracture.

II. **Le blessé présente des signes isolés** — Une OTORRAGIE doit faire discuter :
Une plaie du pavillon de l'oreille, le sang s'étant accumulé dans le conduit auditif externe;
Une fracture de la paroi antérieure du conduit auditif externe; mais elle est consécutive à un choc ou une chute sur le menton; il n'y a pas de paralysies; le tympan est intact. Un tampon de coton introduit dans le conduit auditif externe se tache de sang par le pourtour et non par la pointe;
Une simple déchirure du tympan : otorragie continue et courte; pas de paralysies ni d'écoulement de liquide céphalo-rachidien; simple diminution de l'acuité auditive.
En revanche, l'absence d'otorragie ne suffit pas à faire éliminer le diagnostic de fracture du rocher; rechercher l'hémorragie tubaire, les paralysies, les troubles auditifs.

Une ECCHYMOSE MASTOÏDIENNE peut être le fait d'une fracture isolée de la mastoïde : pas de paralysie faciale ni d'otorragie; emphysème sous-cutané localisé; parfois véritable tumeur gazeuse sous périostée.

L'ÉCOULEMENT SÉREUX peut être le fait d'une otite contemporaine du traumatisme; il en est de même d'une *paralysie faciale* secondaire.
Reste à poser le **Diagnostic de variété** de fracture.
Nous avons vu, à propos des formes cliniques, les éléments de cette discussion.

TRAITEMENT. — 1° Lutter contre le shock; huile camphrée, sérum, tonicardiaques,

2° Antisepsie minutieuse du conduit auditif externe (nettoyer à sec; pas de lavages);

3° Traitement chirurgical des lésions de la voûte;

4° Prophylaxie et traitement des accidents cérébro-méningés : divers procédés ont été proposés :
a. Ponctions lombaires méthodiquement répétées (Quénu);
b. En cas d'hypotension intracranienne, injection sous-cutanée de sérum, ou mieux de 40 centimètres cubes d'eau distillée intraveineuse (Leriche);
c. Trépanation décompressive, uni ou même bilatérale, au niveau de la fosse temporale, mais sans ouvrir la dure-mère (Cushing);
d. Ouvrir, de plus, la dure-mère, de façon à placer une mèche, et à drainer l'espace sous-arachnoïdien (Vincent, d'Alger).
Les discussions récentes de la Société de chirurgie n'ont pas conclu à la trépanation décompressive systématique;

5° Les complications commandent à leur tour un traitement particulier :
Hématome sous-dure-mérien : trépanation, évacuation de l'hématome; ligature, compression ou obturation des cavités saignantes.
Méningo-encéphalite : trépanation large; le pronostic est fatal.
Abcès du cerveau : trépanation et évacuation.
Paralysie faciale : on a tenté des anastomoses avec le spinal ou le grand hypoglosse.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 9, p. 150, et n° 11, p. 190.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 11 FÉVRIER AU 16 FÉVRIER 1924)

THÈSES

Mardi 12 février. — Jury : MM. Vaquez, président; Jeanselme, Carnot et Rathery. — M. GUIRITCH (N.). Tabes monosymptomatiques et frustes. — M. LIBERT. Le tubage duodénal. — M. GÉRAY (G.). Syphilis arsénio-résistantes et arsénio-récidivantes. — M. STÉFASSIPOULO (G.). Sérothérapie antipoliomyélitique.

Jeudi 14 février. — Jury : MM. de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Achard et Nobécourt. — M. ROUX (M.). Les appétits et le jeûne devant l'hygiène. — M. CHIRAS (Etienne). Essai sur l'ophtalmie sympathique à début névritique. — M. MAIZILLY (Pierre). Contribution à l'étude de l'anesthésie régionale des nerfs. — Mlle WERCHI (Cécile). La leucémie à grande cellule indifférenciée chez l'enfant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Admissibilité :

Juges : MM. Laignel-Lavastine, Vaquez, Lesage, Guinon, Hudelo, Louis Ramond, Aubertin, Vincent, Caussade, Rivet, Variot et Lesné.

Censeurs : MM. Faroy, Mathieu-P. Weil, Sézary, Troisier, Laroche, Huber, Brulé et Brodin.

— Concours de Brévannes, Chardon-Lagache, Sainte-Périne, Hendaye et San Salvadour. — Séance du 11 février. — Questions données : « Anatomie descriptive de l'articulation de la hanche. — Signes et diagnostic du tétanos. »

MM. Lechaux, 25 ; Loireau, 21 ; Perret, 20 ; Maillet, 23 ; Mlle Parmentier, 20 ; M. Moutard, 24.

Lecture des copies. — Séance du 12 février. — MM. Gallais, 20 ; Mahieu, 19 ; Roy, 26 ; Frémiot, 23 ; Male, 26 ; Stankovitch, 19.

Séance du 13 février. — MM. Auger, 23 ; Lacroix, 20 ; Mlle Paul, 22.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour trois places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police s'ouvrira à Paris le lundi 31 mars 1924. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 2e bureau), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 3 au 13 mars 1924.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le Moignic, médecin principal de réserve.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Lansezeur (du Havre).

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-inspecteur Georges, chef du service de santé du 20e corps d'armée.

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Cambriels, du port de Toulon est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du centre aéronautique de Cuers-Pierrefeu.

Le docteur Cambriels remplace le docteur Pellissier disparu dans la catastrophe du Dixmude.

SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. Coursier est nommé médecin, à titre provisoire, du service des enfants assistés du département de la Seine pour la circonscription médicale de Brinon-sur-Beuvron (agence de Varzy).

ASILES MUNICIPAUX DE FEMMES. — Sont nommés : M. Soubise, médecin suppléant honoraire ; M. Callet, médecin suppléant.

OFFICE NATIONAL DU TOURISME. — Sont nommés membres de l'office pour les années 1924 à 1927 :

MM. les docteurs Desgrez, professeur à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie médicale ; Boursier, président de la Société d'hydrologie médicale ; Cany, secrétaire général de la Fédération thermale d'Auvergne ; Durand-Fardel, président du Syndicat général des médecins des stations sanitaires et balnéaires de France ; Sellier, chargé de cours d'hydrologie et de climatologie médicales à l'Université de Bordeaux.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 18 février courant, à 3 heures très précises.

Ordre du jour. — 1° Election de membres associés étrangers :

M. le professeur Roxo (de Rio de Janeiro).

MM. les docteurs Ernani Lopes et Plinio Olinto, médecins de la colonie d'Engento Dentro (Rio).

M. le docteur Pacheco, directeur de l'asile de Saõ Paulo, à Juquery.

2° MM. Briand et Marchand : Mal comitial caractérisé par des accès nocturnes d'épilepsie convulsive et par des accès diurnes d'automatisme ambulatoire. Présentation de malade.

3° MM. Toulouse, Marchand et Litvak : Actes complexes et coordonnés accomplis aux cours de crises épileptiques d'automatisme cérébral. Présentation de malade.

4° M. Desport (service de M. Pactet) : 1. Un cas de diagnostic délicat d'épilepsie; 2. Syndrome paralytique sans réactions humorales. Présentation de malade.

5° Mlle Serin (service de M. Henri Colin) : 1. Un cas de diagnostic délicat d'épilepsie; 2. Syndrome paralytique sans réactions humorales. Présentation de malade.

6° M. Henri Hoven (asile de Mons) : Trois cas de délire raisonnant d'invention. Présentation de documents.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garcin (de Morestel), Lelorrain, ancien médecin militaire décédé à Lyon; Léon Paliard (de Lyon).

NOTE DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisanee artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnozyl (1), par le docteur Paul Canakis.

Le docteur Paul Canakis signale et étudie dans cette thèse une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire, basée sur les propriétés associées du lipoïde cholestérine et du cinnamate de benzyle. Des observations très concluantes suivent cette intéressante étude.

En 1920, le docteur Barbary (de Nice), s'inspirant de travaux antérieurement exécutés sur les cinnamates basiques, mal tolérés, introduisit en thérapeutique le cinnamate de benzyle, principe actif du baume du Pérou. La médication cinnamique provoque dans toutes les infections et surtout dans la tuberculose pulmonaire *une stimulation intense de la leucocytose, une destruction rapide des bactéries et une neutralisation des toxines.*

Au cinnamate de benzyle, le docteur F. Barbary associa la cholestérine, ce lipoïde, produit surtout par les glandes surrénales et le corps jaune, se trouve dans l'organisme normal, à la dose de 1g40 à 1g80 par litre de sérum sanguin. En cas d'infections accompagnées de réactions thermiques, et particulièrement dans la tuberculose pulmonaire ouverte, le taux de la cholestérine dans le sang s'abaisse en de notables proportions, diminuant à mesure que l'état général devient plus mauvais et constituant ainsi un élément important du pronostic. On a constaté que l'injection répétée d'une certaine quantité de cholestérine aux individus atteints d'une infection bacillaire, produisait :

a. Un arrêt de l'hémolyse qui se produit normalement au cours des infections;

b. Une augmentation considérable de la phagocytose;

c. Une neutralisation des toxines bacillaires.

Etant donné les propriétés du cinnamate de benzyle et du lipoïde cholestérine, il était normal que leur association constituât un remède des plus efficaces contre les processus infectieux en général et particulièrement contre la tuberculose pulmonaire.

Les laboratoires Clin ont étudié et mis au point, sous le nom de cinnozyl, un médicament contenant 0g05 de cinnamate de benzyle, et 0g10 de cholestérine, en solution de 5 centimètres cubes d huile camphrée, véhicule qui joint à ses affinités très particulières pour la cholestérine une action générale et antitoxique reconnue.

Le docteur P. Canakis injecte habituellement chez l'adulte 5 centimètres cubes de cinnozyl tous les jours ou tous les deux jours, portant la dose à 10 centimètres cubes après quelques jours, lorsqu'il traite des tuberculeux en voie d'évolution.

Le docteur Canakis signale, d'autre part, le gros intérêt que présente l'emploi du cinnozyl dans les tuberculoses de l'enfant, auquel le médicament, très peu toxique, peut être injecté sans danger. La tuberculose de l'enfant est, en effet, primitivement, dans presque tous les cas, une tuberculose ganglionnaire qui ne gagne que secondairement le poumon. Or, un des gros éléments de défense du tissu lymphoïde normal est précisément sa richesse en lipoïdes. Les injections de cholestérine, restituant au tissu malade le lipoïde déficient, lui permettent de lutter avec un succès plus grand contre l'invasion microbienne. Chez les enfants de sept à douze ans, le docteur Canakis injecte habituellement 2 centimètres cubes et demi de la solution et, à partir de douze ans, utilise les mêmes doses que pour l'adulte.

Après trente ou quarante injections de cinnozyl, l'auteur nous dit constater les résultats suivants :

1° Au point de vue local, une régression des lésions qui évoluent vers la forme torpide;

2° Au point de vue général, une diminution progressive de la fièvre avec retour des forces et de l'appétit.

Le nombre des globules rouges augmente, ainsi que celui des leucocytes, parmi lesquels on trouve de nombreux macrophages polynucléés et de nombreux éosinophiles.

A l'examen microscopique des crachats, les bacilles apparaissent d'abord partiellement agglutinés, quelques-uns d'entre eux étant englobés dans des macrophages polynucléés. Par la suite, les amas deviennent de plus en plus petits, et les bacilles semblent dégénérés. Cette dégénérescence, l'auteur insiste sur ce point, n'est pas due, comme on pourrait le croire, à une bactériolyse au sens propre du mot, mais à une destruction de la membrane adipocireuse qui protège le protoplasma des bacilles sous l'action des diastases cellulaires (coagulines et lysines) secrétées par l'organisme sous l'influence de l'association cholestérine-cinnamate de benzyle.

Le docteur Canakis affirme très justement, en terminant son travail, que les actions combinées de la cholestérine et du cinnamate de benzyle créent, chez les malades observés, un puissant état de défense auquel le cinnamate de benzyle joint la propriété de provoquer chez le tuberculeux un travail de réparation des lésions avec évolution de la sclérose.

L. G.

(1) *Th. de Montpellier*, 1923. — Imprimerie l'Abeille à Montpellier.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES ANORMALES DU TÉTANOS [1]

Par M. JEAN TAPIE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le tétanos humain peut se présenter sous des formes cliniques atypiques dont le diagnostic est souvent malaisé; les unes sont d'une extrême gravité; les autres, ce sont heureusement les plus communes, ont une évolution bénigne et guérissent presque toujours lorsqu'on les traite précocement. Leur étude constituait naguère un sujet d'actualité, car on les a observées pendant la dernière guerre avec une remarquable fréquence; elles n'avaient pourtant pas échappé à l'observation des anciens cliniciens français. Nous verrons, d'autre part, qu'il est possible de les reproduire chez l'animal par l'inoculation de la toxine tétanique; j'insisterai sur ces faits expérimentaux quand, après avoir fixé dans ses traits essentiels l'expression clinique de ces tétanos atypiques, nous essaierons de pénétrer leur mécanisme pathogénique. Mais, au préalable, il est nécessaire de rappeler brièvement les principaux symptômes et l'évolution des formes communes du tétanos.

I. **Les formes communes du tétanos.** — 1° **Tétanos commun à évolution aiguë.** — A la suite d'une plaie, parfois insignifiante, le malade s'est plaint d'ouvrir difficilement la bouche; les mouvements de mastication sont limités et douloureux; le trismus augmente rapidement d'intensité en même temps que la contracture s'étend à l'aile du nez et aux muscles péribuccaux (rire sardonique), puis aux muscles de la nuque et des gouttières vertébrales, enfin aux quatre membres et à la paroi abdominale. Sur ce fond de rigidité permanente qui, par sa prédominance sur certains groupes musculaires. entraîne des attitudes caractéristiques (orthotonos, opistothonos, etc.) se greffent des paroxysmes douloureux au cours desquels la raideur devient extrême. La température s'élève, le pouls et la respiration s'accélèrent à mesure que les paroxysmes augmentent de fréquence et d'intensité. Le malade, couvert de sueurs, toujours lucide et conscient de la gravité de son état, succombe en quelques jours au milieu de symptômes qui traduisent l'atteinte des centres bulbaires (syncope ou asphyxie).

2° **Tétanos commun à évolution chronique.** — Le trismus est encore, ici, le premier symptôme, mais il n'apparaît qu'après une plus longue période d'incubation (dix à quinze jours en moyenne après la blessure). L'extension des contractures au tronc et aux membres est moins précoce; les paroxysmes douloureux sont plus espacés; les modifications de la température, du pouls et de la respiration sont beaucoup moins importantes.

Sous l'influence d'un traitement précoce et énergique, ce tétanos chronique guérit dans plus de la moitié des cas.

Telles sont les deux formes communes du tétanos humain; elles ne diffèrent entre elles que par leur gravité et celle-ci est inversement proportionnelle à la durée de la période d'incubation qui oscille entre deux et quinze jours dans la majorité des cas. Le *trismus précoce*, la *généralisation* de la rigidité et des spasmes, l'*absence de paralysies*, la conservation de la *lucidité*, alors même que le malade succombe par *intoxication bulbaire* sont les manifestations cliniques les plus caractéristiques de ces « formes normales » du tétanos. Il suffit, dès lors, d'imaginer que l'un quelconque de ces grands symptômes fasse défaut, qu'il survienne une irrégularité dans l'ordre habituel de leur apparition; ou bien encore que viennent s'associer à ces symptômes des phénomènes insolites tels que paralysies, troubles psychiques, pour comprendre ce que peuvent être les « formes anormales » du tétanos. Celles-ci seront par suite assez variables; mais, nous verrons que la plupart d'entre elles ont un caractère commun : l'absence de généralisation des contractures.

II. **Les formes anormales du tétanos.** — 1° **Le tétanos splanchnique.** — A la suite d'une plaie viscérale (traumatisme accidentel ou opératoire) et après une période d'incubation qui ne dépasse guère huit à dix jours, le malade accuse des troubles de la déglutition; la *dysphagie* acquiert bientôt une telle intensité qu'il refuse toute alimentation; veut-on le faire boire, il se raidit, la tête en hypertension, le facies cyanosé exprime l'angoisse; la seule vue d'une boisson peut déclencher les spasmes pharyngés. Les muscles du larynx sont bientôt envahis; leur atteinte se traduit par des accès de suffocation qui apparaissent spontanément ou à la suite d'une simple pression du cou. Le trismus est par contre assez tardif; la contracture atteint souvent les muscles de la nuque et du dos, mais très rarement les membres. L'hyperthermie, la tachycardie s'observent précocément, comme la dyspnée; celle-ci fait de rapides progrès et le malade succombe, soit brusquement par syncope, soit un peu plus lentement par asphyxie. La durée totale de l'affection ne dépasse guère quarante-huit heures.

Le tétanos splanchnique se distingue donc cliniquement du tétanos commun par la précocité de la dysphagie et des spasmes laryngés, par l'absence de généralisation des contractures contrastant avec l'intensité des phénomènes généraux, enfin par son évolution rapidement mortelle.

2° **Les tétanos céphaliques.** — Ils sont essentiellement caractérisés par la localisation des contractures à l'extrémité céphalique. Le tableau en a été, pour la première fois, tracé par Rose il y a déjà plus d'un demi-siècle.

A. TÉTANOS DE ROSE. — Quinze à vingt jours après une blessure de la face, plus exactement de la région orbito-naso-malaire, le sujet présente une rigidité douloureuse des muscles masticateurs; la contracture ne tarde pas à s'étendre aux muscles de l'aile du nez; il existe, en outre, une asymétrie faciale manifeste : du côté de la blessure, le sillon naso-

---

[1] Cette Revue générale, rédigée d'après notre leçon d'agrégation, ne saurait prétendre à un exposé complet de la question ni à une étude analytique de tous les travaux qui ont été consacrés aux tétanos atypiques. Le lecteur désireux d'une documentation plus complète pourra consulter :

COURTOIS-SUFFIT et GIROUX. *Les Formes anormales du tétanos*, collection Bleu horizon, Paris 1916, Masson.

H. ROGER. *Le Tétanos localisé au membre blessé*, Revue générale de pathologie de guerre, Paris 1917, Vigot.

P. MOIROUD. Formes cliniques et traitement du tétanos, *Gaz. des hôpit.*, 1920, nos 31 et 33.

génien s'est effacé, la joue est flasque; la bouche est déviée du côté opposé. Cette *paralysie faciale* est le plus souvent totale, du type périphérique; elle s'accompagne de la disparition unilatérale des rides frontales, de lagophtalmie, de déviation du globe oculaire dans les efforts d'occlusion des paupières. Il est plus rare de voir la paralysie se limiter au territoire supérieur ou au territoire inférieur du facial. Exceptionnellement, le malade peut enfin présenter une diplégie faciale, lorsque la blessure empiète sur les deux côtés de la ligne naso-frontale. Les contractures s'étendent progressivement aux muscles de la nuque et du cou; mais l'opisthotonos est incomplet, limité à la région cervicale. Dans les cas graves, on voit apparaître de la dysphagie; le pouls et la respiration s'accélèrent; le malade succombe par asphyxie. Mais, beaucoup plus souvent, les signes d'intoxication bulbaire font défaut et le malade guérit; la proportion des cas mortels, d'après Villar, ne dépasserait pas 42 p. 100.

En résumé: limitation des contractures; apparition d'une paralysie flasque au cours d'une affection essentiellement convulsivante; évolution relativement bénigne, tels sont les caractères les plus remarquables de cette forme anormale du tétanos humain.

B. Tétanos ophtalmoplégique. — La paralysie du tétanos céphalique n'est pas forcément limitée au territoire du facial; elle peut frapper d'autres nerfs craniens, en particulier, le *moteur oculaire externe* et assez fréquemment le *moteur oculaire commun*; dans ce dernier cas, les modifications pupillaires font généralement défaut et la paralysie porte exclusivement sur la musculature extrinsèque de l'œil (ptosis, st abisme externe); certains auteurs voient dans ce caractère parcellaire des troubles moteurs la preuve de leur origine nucléaire.

C. Tétanos céphaliques sans paralysie. — La paralysie d'un nerf cranien n'est pas un symptôme constant dans les tétanos céphaliques. L'absence de paralysie a été aussi bien observée dans des cas bénins que dans des tétanos céphaliques très graves, précocement compliqués de dysphagie, qui tuent le blessé par intoxication bulbaire alors que la rigidité n'a pas encore dépassé les muscles cervicaux.

3° Le tétanos à forme cérébrale. — En 1898, Roux et Borrel réalisèrent chez l'animal par l'injection intracérébrale de toxine tétanique un tétanos à manifestations cérébrales prédominantes. Cette forme atypique était restée dans le domaine expérimental jusqu'au jour où plusieurs auteurs (Bérard et Lumière, Bazy et Capitan) signalèrent aussi chez des blessés de guerre, atteints de tétanos, l'existence de troubles psychiques: hallucinations, phobies, idées délirantes. De pareils faits sont malgré tout exceptionnels; dans l'immense majorité des cas, le tétanique conserve jusqu'au bout une parfaite lucidité.

4° Les tétanos partiels des membres. — Leur histoire n'est pas nouvelle; sans qu'il soit nécessaire de remonter jusqu'à Hippocrate, il semble bien qu'ils ont été entrevus par Guy de Chauliac, au xive siècle; on les trouve nettement mentionnés dans les belles descriptions de Larrey et de Dupuytren. Les enseignements de la guerre nous permettent d'en fixer aujourd'hui, d'une façon précise, les traits essentiels.

A. Tétanos monoplégique. — Il s'agit, en général, d'un blessé de guerre évacué pour plaie pénétrante de la jambe; après un pansement sommaire, au poste de secours, le médecin a pratiqué une injection de sérum antitétanique; dans la formation sanitaire de l'arrière, la plaie a été débridée et soigneusement désinfectée. Quinze ou vingt jours plus tard, alors que son état n'inspirait plus aucune inquiétude, le blessé accuse, au niveau de sa blessure, une sensation de constriction douloureuse. On envisage immédiatement la possibilité d'une complication locale; mais, après ablation du pansement, on constate que la cicatrisation est régulière et qu'il n'existe au niveau de l'ancienne plaie aucune trace d'inflammation. Un symptôme attire cependant l'attention: les muscles voisins de la plaie sont le siège de petites contractions intermittentes qu'il est facile de provoquer par une légère percussion, parfois même par un simple frôlement. Ces spasmes sont encore plus nets le lendemain; ils s'étendent parfois à tout un groupe musculaire, déterminant alors des mouvements d'extension ou de retrait du membre blessé qui rappellent certains réflexes d'automatisme médullaire. Dans l'intervalle des spasmes, le membre est contracturé en extension avec varo-équinisme; les muscles rigides font une saillie anormale et la mensuration révèle une augmentation de la circonférence du membre (Claude et Lhermitte). Quand on essaie de fléchir et d'étendre passivement les divers segments du membre, la main perçoit une sensation de résistance élastique comparable à celle que réalisent les contractures d'origine pyramidale. La force musculaire est conservée; la sensibilité est normale; mais les réflexes tendineux et periostés sont exagérés; le clonus du pied n'est pas rare; enfin, nerfs et muscles contracturés présentent de l'hyperexcitabilité faradique et galvanique. Le membre inférieur opposé a conservé sa souplesse; mais un examen attentif montre qu'il existe aussi de ce côté de l'hyperexcitabilité électrique (Claude et Lhermitte), parfois même une exagération de la réflectivité tendineuse; ces constatations sont intéressantes, car elles prouvent que l'affection n'est pas strictement monoplégique et elles permettent de prévoir l'existence de nombreux faits de transition entre les formes partielles et les formes généralisées du tétanos.

Ce tétanos monoplégique n'en constitue pas moins une forme remarquable par l'absence de trismus, par la rareté des sueurs, par l'atténuation des signes généraux, enfin et surtout par la limitation des contractures; celles-ci peuvent s'étendre aux muscles abdominaux (ventre de bois), mais il est rare de les voir se généraliser. La guérison est la règle; nous verrons cependant qu'au point de vue fonctionnel le pronostic est souvent assombri par la persistance de certaines déformations: pied bot, attitudes vicieuses par rétractions fibro-tendineuses.

Le tétanos se localise plus rarement au *membre supérieur*; il réalise alors une contracture en flexion des doigts, de la main, de l'avant-bras; les spasmes peuvent ultérieurement envahir les muscles du cou et de la face (Vautrin).

B. Tétanos paraplégique. — La contracture débute au niveau du membre blessé; elle envahit dans la suite le membre symétrique. Le blessé offre alors l'aspect d'un paraplégique; cette analogie est encore plus frappante lorsqu'il existe des troubles

sphinctériens. Les muscles de la paroi abdominale sont souvent contracturés, mais le trismus fait défaut; le tronc et les membres supérieurs sont normaux, de sorte qu'il existe un contraste saisissant entre la moitié supérieure du corps, souple et mobile, et la moitié inférieure qu'immobilise la rigidité douloureuse. Au niveau des membres inférieurs, on note de l'hyperexcitabilité électrique des muscles et des nerfs, de l'exagération des réflexes osseux et tendineux; le signe de Babinski est inconstant. Quant aux signes généraux, ils sont très effacés; comme le précédent, ce tétanos, essentiellement chronique, se termine le plus souvent par la guérison.

C. Tétanos partiels plus rares. — On a exceptionnellement signalé des cas de *tétanos hémiplégique*, d'*hémitétanos croisé* (Roubier); il existe enfin une observation de *tétanos abdomino-thoracique* (P.-L. Marie).

5° Formes de transition entre le tétanos partiel et le tétanos généralisé. — Dans les tétanos localisés, nous avons vu qu'un examen minutieux permet parfois de déceler une ébauche de généralisation des contractures : certains de ces blessés ont un léger trismus; leur faciès est souvent figé « triste et pleurard » suivant l'expression de Claude et Lhermitte; ils présentent plus rarement du strabisme (Carnot), une légère dysphagie. Mais on connaît des formes de passage beaucoup plus nettes entre les tétanos partiels et le tétanos généralisé.

A. Généralisation secondaire d'un tétanos partiel. — Les contractures, limitées d'abord aux membres inférieurs, peuvent ultérieurement s'étendre à l'abdomen, aux muscles masticateurs, au thorax et aux membres supérieurs. Le malade présente finalement le tableau du tétanos commun généralisé; la température est variable, mais les modifications du pouls et de la respiration sont constantes et proportionnelles à la gravité de l'affection; celle-ci se termine assez souvent par la mort.

B. Localisation secondaire d'un tétanos généralisé. — Le trismus a été le premier symptôme et les contractures se sont rapidement généralisées; mais, comme l'avaient remarqué Larrey et Verneuil, la rigidité et les spasmes prédominent au niveau du membre blessé. Sous l'influence du traitement, les accès paroxystiques s'espacent; la raideur se localise aux membres inférieurs; elle se limite enfin à certains groupes musculaires voisins de la blessure. La maladie présente finalement l'évolution bénigne d'un tétanos partiel.

C. Tétanos a incubation longue et a évolution prolongée (Claude et Lhermitte). — La longue incubation et l'évolution chronique ne sont pas l'apanage exclusif des tétanos localisés. Le tétanos généralisé peut aussi débuter plusieurs semaines après la blessure, alors que celle-ci est parfois cicatrisée; dans ces cas, les spasmes sont rares et peu violents, les signes généraux très atténués; après une très lente évolution (plusieurs semaines ou plusieurs mois) souvent entrecoupée de rechutes, la maladie se termine en général par la guérison.

Cette forme anormale par sa longue période d'incubation ne doit pas être confondue avec le *tétanos reviviscent*; celui-ci éclate longtemps après la blessure, à l'occasion d'une intervention chirurgicale qui libère des spores tétaniques ou pendant l'évolution d'une maladie infectieuse (grippe, paludisme); il est souvent très grave, et reconnaît un mécanisme pathogénique différent.

Étiologie et pathogénie. — La pathogénie des formes atypiques du tétanos humain apparaît remarquablement simple à qui veut bien se souvenir des résultats acquis par l'étude bactériologique et expérimentale du tétanos.

Le tétanos est une toxi-infection spécifique; introduit dans l'organisme. le bacille de Nicolaïer se développe au niveau du point d'inoculation; il y secrète un poison, une toxine (Knud Faber; Vaillard et Vincent) qui présente une affinité remarquable pour le système nerveux (Roux et Borrel; Wassermann et Takaki) et qui, par voie nerveuse, va progressivement atteindre la moelle et les noyaux bulbo-protubérantiels. La gravité de l'affection sera donc proportionnelle à la rapidité d'absorption de la toxine et à la quantité de poison fixé par les centres nerveux.

Chez les Solipèdes, il suffit d'injecter sous la peau une dose minime de toxine pour provoquer un tétanos aigu rapidement mortel; chez d'autres animaux, moins sensibles, il est possible de graduer les effets de la toxine et de réaliser expérimentalement toutes les formes du tétanos humain.

C'est ainsi que chez le cobaye l'injection de toxine dans un organe à innervation sympathique produit un *tétanos splanchnique;* l'absorption massive du poison tétanique et l'imprégnation précoce des centres bulbaires expliquent l'extrême gravité de ce *tétanos sympathique* que Binot a cru devoir opposer au tétanos du système nerveux moteur.

Chez le même animal, l'injection intracranienne de toxine réalise un *tétanos cérébral* (Roux et Borrel) caractérisé par des phénomènes d'excitation cérébrale, des crises épileptiformes, de la polyurie.

Chez le lapin, il est facile de provoquer par l'injection sous-cutanée de toxine un tétanos généralisé dont les contractures débutent au niveau des muscles voisins de la région inoculée. En diluant la toxine, on obtient des tétanos de gravité décroissante; avec une dose minime, il est possible de réaliser un *tétanos monoplégique* localisé aux muscles de la patte inoculée. D'autre part, une dose de toxine mortelle pour un lapin témoin ne donne qu'un tétanos partiel lorsqu'on injecte dans un bref délai une quantité suffisante de sérum antitétanique.

Rapprochons ces faits expérimentaux des données de la clinique humaine; nous voyons que : 1° la limitation des contractures à quelques groupes musculaires peut être la conséquence d'un empoisonnement bulbaire précoce qui tue le malade avant la phase de généralisation; 2° plus souvent, la localisation des spasmes au voisinage de la blessure est l'indice d'une intoxication peu grave en raison de l'*immunité relative* conférée au sujet par une ou plusieurs injections de sérum antitoxique. Cette immunité est évidemment variable suivant la dose de sérum injectée et suivant le moment où aura été pratiquée l'injection : l'injection récente d'une quantité suffisante de sérum met presque à coup sûr le blessé à l'abri du tétanos; il n'en est plus de même lorsque le sérum a été injecté à dose insuffisante ou lorsque le blessé contracte le tétanos à une époque où l'antitoxine tétanique est déjà en partie éliminée; dans ces conditions, le tétanos éclate, mais, en raison de l'immunisation partielle du blessé, il ne dépasse pas son étape médullaire (Montais).

Ainsi s'explique la remarquable fréquence des tétanos atypiques, bénins, chez nos blessés de guerre dès l'époque où les médecins du front pratiquèrent systématiquement l'injection de sérum antitétanique. N'est-ce pas là, comme le faisait remarquer M. Widal, un bel exemple de la transformation que peut subir, sous l'influence d'une thérapeutique spécifique préventive, une maladie grave dont les caractères cliniques paraissaient autrefois si fixes, si rigoureusement définis ?

Diagnostic. — Ces formes atypiques du tétanos sont d'un diagnostic malaisé ; par un examen attentif on évitera cependant de les confondre, au grand préjudice du blessé, avec une série d'affections.

A. **Diagnostic du tétanos splanchnique.** — On ne confondra pas le tétanos splanchnique avec la *rage humaine :* celle-ci succède toujours à une morsure; si elle s'accompagne de dysphagie à son « stade hydrophobique », elle évolue généralement sans trismus et surtout sans cette rigidité permanente spéciale au tétanos.

Le tétanos puerpéral doit être différencié de l'*éclampsie;* il suffira de se rappeler que, dans l'intervalle des paroxysmes convulsifs, l'éclamptique ne présente pas de rigidité, que l'albuminurie, la céphalée, les troubles visuels, l'hypertension artérielle, symptômes d'observation commune dans l'éclampsie, font généralement défaut dans l'intoxication tétanique.

B. **Diagnostic des tétanos céphaliques.** — Le diagnostic des tétanos céphaliques avec paralysie peut être plus délicat car, chez un blessé de la face, l'atteinte d'un nerf cranien éveille immédiatement l'idée d'une *fracture de la base*, d'une *lésion orbitaire*, d'une *infection méningée*. Il ne faut donc pas oublier qu'une paralysie faciale périphérique ainsi qu'une ophtalmoplégie doivent aussi faire songer au tétanos lorsqu'il existe une plaie, même insignifiante, de la face; dans ce cas, on recherchera avec soin le trismus, la raideur anormale des muscles cervicaux; l'observation devra toujours être complétée par l'examen radiographique du crâne et par l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

C. **Diagnostic des tétanos partiels des membres.** — L'existence d'un traumatisme et le plus souvent d'une blessure de guerre, la localisation initiale des contractures au niveau du membre blessé permettent d'éliminer les *contractures non traumatiques* d'origine pyramidale, la *tétanie*, les *méningites aiguës*.

L'*épilepsie jacksonienne traumatique* succède à un traumatisme cranien ; il n'y a généralement pas de rigidité dans l'intervalle des crises convulsives.

La *paraplégie spasmodique traumatique* s'accompagne d'une diminution de la force musculaire, de troubles sensitifs et sphinctériens ; le signe de Babinski est à peu près constant.

Parmi les complications des blessures des membres, les chirurgiens ont accordé jadis une grande importance aux *spasmes traumatiques ;* mais sous ce terme ils décrivaient deux sortes d'accidents, les *spasmes précoces* et les *spasmes tardifs*, dont la pathogénie n'est pas univoque. Les spasmes précoces qui surviennent quelques heures après le traumatisme et restent localisés à un groupe musculaire très limité, traduisent l'irritation de ces muscles par un corps étranger (esquille, fragment de projectile, etc.); ils disparaissent après l'ablation de l'épine irritative. Quant aux spasmes tardifs, il suffit d'en relire les descriptions pour y retrouver les principaux caractères des tétanos partiels ; la recherche du bacille de Nicolaïer s'impose désormais dans ces cas qui doivent, pour une grande part, rentrer dans le cadre des formes atypiques du tétanos.

De même, certaines observations de *névrite traumatique* concernent en réalité des cas de tétanos localisés. L'intensité des phénomènes douloureux, l'apparition rapide de troubles trophiques et vaso-moteurs sont des caractères assez particuliers à la névrite traumatique ; mais, ici encore, lorsqu'il existe une plaie, on doit toujours pratiquer l'examen bactériologique et rechercher le bacille de Nicolaïer.

Il ne faut pas confondre les tétanos partiels avec ces *contractures réflexes* si bien décrites pendant la guerre par MM. Babinski et Froment. L'exagération de la réflectivité tendineuse, l'hyperexcitabilité électrique des muscles contracturés sont des symptômes communs aux deux affections ; mais les *acrocontractures* réalisent souvent au niveau des mains des déformations caractéristiques : « main en bénitier », « main d'accoucheur », « main en col de cygne » ; elles s'accompagnent de troubles vasomoteurs, thermiques et secrétoires, souvent aussi d'un psychisme spécial du blessé.

C'est enfin à la « grande simulatrice », à l'*hystérie* qu'on a parfois attribué injustement certaines manifestations de l'intoxication tétanique. Dans les tétanos frustes à évolution lente et à incubation prolongée, il n'est pas rare, comme l'ont fait remarquer MM. Claude et Lhermitte, que le blessé vienne consulter pour des troubles de la démarche alors que la blessure initiale est parfaitement cicatrisée ; dans ces conditions, on méconnaît aisément la nature organique d'une contracture limitée qui, au niveau du pied par exemple, entraîne un léger varoéquinisme. Mais, dans ces tétanos les plus frustes, l'exaltation de la réflectivité osseuse et tendineuse, l'hyperexcitabilité électrique de certains groupes musculaires ne font jamais défaut ; à une période plus avancée, le facies figé du malade, un léger trismus sont des symptômes encore plus caractéristiques.

Pronostic. — Les formes anormales du tétanos ont une évolution variable. Le pronostic, régulièrement fatal pour le tétanos splanchnique, est relativement bénin pour les tétanos localisés et plus particulièrement pour les tétanos partiels des membres ; au point de vue fonctionnel, il faut cependant tenir compte de la fréquence relative de certaines *séquelles* : rétractions musculo-tendineuses, torticolis permanent, cyphose (Walther), spasmes myocloniques (P. Marie, Foix et Mlle Lévy).

Ces complications sont pratiquement évitables par un traitement précoce et prolongé.

Traitement. — Il ne diffère pas en principe de celui qu'il convient de mettre en œuvre dans les formes communes du tétanos. Qu'il me suffise de rappeler encore une fois : 1° L'importance du *traitement chirurgical* : débridement de la plaie, excision en masse, désinfection minutieuse du foyer ; 2° la nécessité de recourir dans tous les cas à la *sérothérapie*.

Dans le tétanos splanchnique et dans tous les cas où les contractures ont une tendance à la généralisation, il faut injecter le sérum à doses massives

et par diverses voies : sous-cutanée, intramusculaire, paranerveuse, intrarachidienne ; on doit en même temps utiliser toutes les médications qui dans nombre de cas ont fait leur preuve, en particulier le *chloral* et l'*acide phénique* suivant la méthode de Baccelli.

Dans les tétanos partiels des membres, on peut aussi recourir au chloral associé aux bromures et à la balnéation ; mais je crois qu'il est indispensable de ne pas négliger le traitement spécifique, malgré les opinions contradictoires qui ont été exprimées sur la valeur curative de la sérothérapie. On a fait à l'emploi de cette dernière trois grandes objections :

1° *Les tétanos atypiques éclatent souvent chez des blessés qui ont reçu une injection de sérum antitétanique;* mais la localisation des contractures n'est-elle pas précisément la conséquence de cette injection préventive? La bénignité des *tétanos postsériques* s'explique, nous l'avons vu, par la neutralisation partielle de la toxine.

2° *Les tétanos partiels bénins évoluent spontanément vers la guérison;* mais nous savons que cette règle comporte de graves exceptions; nons avons insisté d'autre part sur la fréquence de certaines séquelles susceptibles d'entraîner une incapacité fonctionnelle parfois considérable; la meilleure prophylaxie de ces complications n'est-elle pas d'enrayer précocement, par tous les moyens dont nous disposons, l'évolution de l'intoxication tétanique?

3° *Le sérum n'aurait pas une action curative sur le tétanos déclaré;* mais de nombreuses observations prouvent précisément le contraire; récemment encore MM. Etienne et Bénech ont rapporté une série de tétanos aigus guéris par la seule sérothérapie. Il est bien vrai que le sérum ne neutralise pas la toxine déjà fixée par les cellules nerveuses; ainsi s'expliquent les échecs de la sérothérapie dans le tétanos splanchnique et dans les tétanos généralisés tardivement traités; mais dans les tétanos atypiques à évolution lente, la toxine met un certain temps à gagner le névraxe, puisqu'elle ne diffuse guère par la voie sanguine; le sérum peut donc agir sur elle avant qu'elle n'ait atteint la moelle épinière et les centres bulbo-protubérantiels.

En résumé, l'emploi du sérum antitoxique me paraît être une obligation dans la thérapeutique de *toutes* les formes cliniques du tétanos humain. Toutefois, je ne crois pas qu'il soit utile, dans les tétanos partiels à longue incubation, d'injecter des doses massives de sérum; enfin, la voie veineuse doit être, dans ces cas, formellement déconseillée.

Conclusion générale. — Dans cette étude d'ensemble des formes anormales du tétanos, j'ai particulièrement insisté sur ce fait que leurs caractères les plus atypiques s'expliquent admirablement par ce que nous avaient appris les travaux de Knud Faber, de Roux et Vaillard, de Behring et Kitasato sur la toxine et l'antitoxine tétaniques; il n'est pas une seule de ces formes que l'expérimentation n'ait pu reproduire. Ces « formes anormales » ne sont donc anormales qu'*en apparence*; malgré les aspects cliniques variables et parfois singuliers qu'il peut revêtir, le tétanos constitue une entité spécifique remarquablement définie et, dans l'évolution de nos connaissances, l'une des plus belles acquisitions de la médecine moderne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1924)

De la simultanéité de deux effets toxiques contradictoires (accoutumance et anaphylaxie) sur la même cellule. — M. Charles RICHET, Mlle Eudoxie BACHRACH et M. Henry CARDOT. Dans deux notes présentées à l'Académie en 1922, les auteurs ont démontré qu'en faisant végéter un microbe (ferment lactique) dans des milieux toxiques, on voyait, suivant la dose et la nature du poison, croître ou décroître la sensibilité de la cellule microbienne à ce poison. Mais les auteurs estiment qu'ils n'ont pas insisté suffisamment sur ce fait remarquable qu'*une même cellule* peut simultanément être sensibilisée à un poison et accoutumée à un autre.

Le fait leur a paru assez important et paradoxal pour exiger répétition et confirmation.

Les expériences que les auteurs rapportent aujourd'hui prouvent la complication vraiment extraordinaire des réactions cellulaires, puisque, par de petites doses de toxiques, on peut simultanément développer dans une masse minuscule de protoplasma deux propriétés antagonistes et dont le sens est contradictoire. Et pour accroître encore la complication, cette simultanéité, d'apparence contradictoire, est héréditaire.

Inoculation de la lèpre humaine au lapin. — M. Henri LIMOUSIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1924)

Fièvre paratyphoïde B chez un nourrisson. — MM. Ch. ACHARD et J. THIERS ont observé un cas de fièvre paratyphoïde B chez un enfant de deux ans et demi qui mourut au vingt et unième jour. La fièvre persistante, la prostration, la diarrhée tenace, puis les taches rosées ont été les principaux éléments du diagnostic clinique. La séro-agglutination avait été positive à 1/400 et l'autopsie montra des lésions des plaques de Peyer.

Les cas de fièvre paratyphoïde B sont rares dans la première enfance. Le premier est rapporté dans le travail princeps d'Achard et Bensaude qui a fait connaître les fièvres paratyphoïdes en 1896. Souvent la maladie guérit. La diarrhée est habituelle, la fièvre variable, les taches rosées inconstantes. On a signalé dans un certain nombre d'observations des arthrites suppurées.

Dans le cas présent, la fièvre paratyphoïde est survenue pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital et il est très probable que la maladie s'est transmise par contagion hospitalière.

A propos d'un cas de transposition de l'ovaire dans l'utérus après extirpation des trompes. — MM. LETULLE et TUFFIER montrent par de très intéressantes projections comment il est possible, après extirpation des trompes, d'inclure dans l'utérus un ovaire.

La malade qui fait le sujet de cette note eut ensuite ses règles normalement. Une affection ultérieure ayant nécessité l'ablation de l'utérus l'examen anatomique pratiqué par M. Letulle a montré que l'ovaire avait, en effet, continué à vivre dans l'utérus.

Il s'agirait de savoir si cet ovaire aurait continué à fonctionner et si l'utérus aurait pu devenir gravide.

La tentative n'était pas moins intéressante à signaler.

Durée des perturbations cardio-vasculaires produites par l'exercice. — M. BOIGEY, médecin chef de l'École de Joinville. Notre distingué confrère, qui depuis longtemps étudie la physiologie des sportifs en particulier à Joinville où il a le plus beau des champs d'expériences, montre que l'exercice physique retentit sur la circulation pendant un temps plus long qu'on ne le croit généralement. C'est ainsi qu'un exercice violent, mais de courte durée, tel qu'une course de 100 mètres

trouble le rythme cardiaque pendant une durée qui varie de quarante minutes chez les sujets entraînés à cinq heures chez les sujets non entraînés.

Une course de 3.000 mètres, qui dure de neuf à onze minutes suivant la vitesse et la qualité des coureurs, perturbe le régime cardio-vasculaire pendant une période qui varie de une heure à cinq heures. On a vu les conditions normales de la circulation ne se rétablir que dix-sept heures après la cessation de l'effort.

L'aviron pratiqué au régime de vingt coups de rame à la minute pendant trente minutes modifiait le rythme du cœur pendant une période de trente-cinq minutes à deux heures.

Après des jeux de poursuite divers et une partie de football de trente minutes le cœur retrouve son rythme beaucoup plus tôt, car l'activité musculaire intermittente coupée de brefs repos est moins surmenante pour le cœur.

La position couchée prise après les efforts musculaires abrège beaucoup la durée des perturbations cardiaques. Les exercices coupés d'arrêts fréquents et ne nécessitant pas un effort soutenu agissent sur le cœur à dose en quelque sorte fractionnée et sont les plus recommandables.

Elections. — MM. Tixier (de Lyon) et Mériel (de Toulouse) sont élus correspondants nationaux dans la deuxième division, chirurgie et accouchements.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1924)

Tuberculose pulmonaire, conséquence d'une contusion thoracique. — MM. C. LIAN et A. LAMBLING présentent un malade de cinquante-six ans qui, depuis l'âge de trente-quatre ans, où il avait été soigné pour une pleurésie droite avec épanchement, était toujours resté bien portant, exerçant le métier pénible de terrassier.

A la fin de mai dernier dans un accident de voiture, il reçut une violente contusion sur la région antérieure du thorax au niveau des deux seins, la douleur thoracique, très intense, persiste trois à quatre semaines.

Deux mois après la contusion, hémoptysie rouge abondante et poussée de fièvre à 39 degrés, terminée en une semaine; depuis l'hémoptysie, apparition de toux sèche qui, un mois plus tard, commence à s'accompagner d'expectoration muco-purulente en même temps que le malade maigrit et voit ses forces diminuer.

Actuellement, infiltration tuberculeuse de toute la hauteur du poumon droit et légère induration du sommet gauche, présence de nombreux bacilles de Koch dans l'expectoration.

La filiation des accidents est telle que le rôle déterminant de la contusion thoracique dans le réveil de la tuberculose pulmonaire chez ce malade paraît bien net.

Hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine — MM. AUBERTIN et GAMBILLARD. Les modifications de la tension artérielle, bien étudiées dans l'angine de décubitus par insuffisance ventriculaire gauche, sont moins connues dans l'angine d'effort dont la durée si brève ne permet pas toujours des mensurations répétées. Les auteurs rapportent quatre cas dans lesquels l'angine d'effort était accompagnée d'une hypertension paroxystique considérable. Parfois, il s'agit d'hypertendus permanents chez lesquels la tension systolique s'élève brusquement au moment de l'effort, la tension dystolique restant invariable, et les phénomènes douloureux coïncidant avec la montée de la tension; parfois il s'agit de sujets à tension absolument normale qui présentent une hypertension paroxystique portant non seulement sur la maxima, mais aussi et surtout sur la minima (par exemple de 12-8 à 22 1/2-16 1/2) le tout ne durant que quelques minutes et abaissé par le nitrite d'amyle.

Ces faits montrent que l'hypertension paroxystique coïncidant avec l'angine d'effort signalée par Mackenzie et Pal, considérée comme rare par nombre d'auteurs, est peut-être plus fréquente qu'on ne le pense généralement, car la tension prise immédiatement après une crise ne renseigne nullement sur le chiffre de tension qui accompagne le début de la crise.

Etude sur les variations de la cholestérine dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. M. CHIRAY et R. LE CLERC étudient les variations de la cholestérinocholie à l'aide du tubage duodénal en se plaçant surtout au point de vue de la comparaison entre la bile vésiculaire et la bile hépatique étudiées à l'aide de l'épreuve de Meizer-Lyon. Ils emploient pour ces dosages la méthode de Grigaut et arrivent aux conclusions suivantes :

1. Normalement la bile vésiculaire, bile B des auteurs américains, contient de quatre à dix fois plus de cholestérine que la bile cholédocéenne (bile A des Américains). Cette action de concentration vésiculaire, beaucoup plus forte pour la cholestérine que pour les autres éléments de la bile, montre que très probablement la muqueuse vésiculaire sécrète pour son compte de la cholestérine.

2. Dans les cas de cholécystite lithiasique ou non lithiasique, dans les cas de troubles vésiculaires réflexes (ulcère duodénal), le rapport est inverse et ceci peut avoir une importance pour le diagnostic.

3. Lorsqu'il y a oblitération du cystique ou annihilations des fonctions vésiculaires du fait de la présence de gros calculs, le taux de la cholestérine comme des autres éléments biliaires est égal dans la bile A et la bile B.

4. Dans les cas de parésie mécanique du cholécystite par péricholécystite scléreuse très serrée, on peut démontrer la faiblesse de la contractilité vésiculaire par l'excessive concentration de la bile B où l'on trouve une augmentation considérable et parallèle de la cholestérine ainsi que des pigments biliaires.

Lithiase biliaire infectée. Vaccinothérapie anticolibacillaire préopératoire. Cholécystectomie. Guérison. — M. LION.

De l'extrait glycériné de staphylocoques du professeur Vallée dans la tuberculose pulmonaire. — M. LAFOSSE (présenté par M. Queyrat).

De la névralgie du laryngé supérieur comme complication de l'épidémie actuelle de grippe. — M. HALPHEN a constaté, dans la grippe, de nombreux cas de névralgie du laryngé supérieur. Cette névralgie est caractérisée par une douleur périlaryngée souvent calmée par la déglutition, irradiée à l'oreille et s'accompagnant d'une sensation de chatouillement avec toux quinteuse et coqueluchoïde. A l'examen, aucune lésion pharyngo-laryngée; mais la palpation du cou réveille toujours une sensibilité très vive au niveau du point d'émergence du nerf laryngé supérieur entre la corne hyoïdienne et la grande corne thyroïdienne.

Habituellement, il faut recourir, en pareil cas, à l'anesthésie tronculaire du nerf par injection d'alcool, petite manœuvre simple et sans danger.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1924)

Accidents sériques consécutifs à l'administration nasale et intrarectale de sérum antipneumococcique chez un nourrisson non préalablement injecté. — MM. G. BLECHMANN et Albert CHEVALIER rapportent l'observation d'un enfant de dix-huit mois qui, au décours d'une varicelle, fait une broncho-pneumonie à forme pseudo-lobaire.

Un matin, on instille dans chaque narine une dizaine de gouttes de sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur et l'on administre par la voie rectale 10 centimètres cubes de ce même sérum qui sont conservés.

Une heure après, l'enfant présente les accidents suivants : la face devient bouffie, les yeux sont larmoyants, le visage se couvre d'une éruption papuleuse et blanchâtre, la surface de tout le corps devient le siège d'un véritable urticaire généralisé. Ces accidents disparaissent après quelques heures.

On continue cependant les instillations et les lavements de sérum, matin et soir, pendant les trois jours suivants; les accidents signalés ne se reproduisent plus et l'enfant guérit.

Avant sa maladie, ce nourrisson n'avait reçu aucun sérum en injections; il n'avait pas pris d'hémostyl par la bouche; il n'avait jamais été alimenté avec de la viande ou du jus de

viande de cheval. Ces accidents insolites ressemblent en tous points à des accidents sériques, et il paraît peu vraisemblable qu'on puisse les rapporter à une autre cause qu'à l'administration du sérum antipneumococcique par les voies indiquées.

Note sur l'emploi du sérum antipneumococcique par les instillations nasales (pneumococcies infantiles, etc.). — M. Blechmann. Le pneumocoque II le plus fréquemment, et parfois le pneumocoque I, sont responsables d'un grand nombre de rhino-pharyngites, d'angines, d'otites, de bronchites, de broncho-pneumonies, de pleurésies purulentes, etc., aussi bien chez des nourrissons que chez des adultes (Nobécourt).

Etant donné l'importance du rôle du pneumocoque dans ces affections diverses qui souvent, chez le nourrisson, ne se traduisent que par des troubles généraux, hyperthermie très marquée, simple catarrhe du cavum, sans autres signes cliniques, M. G. Blechmann administre systématiquement dans ces cas le sérum antipneumococcique par la voie endo-nasale (et accessoirement par la voie intrarectale) en le mélangeant à des sels d'argent.

Chez le jeune enfant, l'auteur préconise d'instiller matin et soir, par la voie nasale, XX à XL gouttes de sérum de l'Institut Pasteur (et il fait parfois conserver en lavements, également deux fois par jour, 10 centimètres cubes du même sérum).

L'absorption de sérum par ces voies est même susceptible de produire rapidement des accidents sériques. L'observation clinique a montré que le sérum ainsi administré (seul ou mélangé au sérum antistreptococcique) paraissait donner des résultats aussi favorables que les injections sous-cutanées, sans en présenter les inconvénients.

La méthode a été appliquée avec succès dans des broncho-pneumonies du vieillard.

Discussion. — M. Lereboullet. L'absorption d'extrait d'ypophyse par voie nasale est très irrégulière. Celle du sérum antidiphtérique ne donne aucun résultat; la réaction de Shick n'est pas modifiée.

L'administration du sérum antipneumococcique sous la peau donne des résultats. Pourquoi vouloir y substituer la voie nasale et rectale?

M. Barbier est du même avis; dans les broncho-pneumonies et affections catarrhales des bronches il administre sous la peau un sérum mixte antipneumo et antistrepto tous les deux jours qui lui donne d'excellents résultats; la mortalité a diminué et des cas graves s'amendent.

M. Debré. On a étudié il y a déjà plusieurs années de façon précise l'absorption des sérums par voie rectale : les anticorps passent très peu dans le sang, il passe des traces d'albumines hétérogènes qui suffisent à expliquer les accidents sériques. C'est ce que l'auteur a observé avec le sérum de Vallée. La voie rectale n'a pas d'action thérapeutique démontrable.

M. Apert. On ne peut comparer au point de vue de leur voie d'introduction le sérum antidiphtérique et le sérum antipneumococcique : le premier est un sérum antitoxique qu'on n'a aucun intérêt à injecter in situ, le deuxième est bactériolytique, il agit mieux là où est le microbe, il doit avoir une action locale et il y a intérêt à l'administrer in situ.

M. Dorlencourt a étudié avec Guillemot l'absorption des sérums par voie rectale. Il est de l'avis de M. Debré. Cependant chez les nourrissons il semble que l'absorption se fasse mieux que chez l'enfant.

M. Debré. Il y a en effet une grande différence en faveur du nouveau-né, mais au bout de quelques semaines cette efficacité de la voie rectale disparaît.

M. Lereboullet rappelle que M. Rohmer a montré que la muqueuse intestinale altérée a un pouvoir plus grand d'absorption en cas de diarrhée infantile.

M. Lesné. Si la voie rectale est intéressante pour l'administration de certains médicaments il faut être très réservé pour les sérums; ses expériences lui ont montré que l'injection intrarectale de sérum antidiphtérique ne modifie pas le shick quelle que soit la dose. C'est une voie dangereuse à préconiser pour l'emploi des sérums.

M. Schreiber demande si, avant de discuter sur la voie d'administration du sérum antipneumococcique, il ne serait pas utile d'établir de façon indiscutable son efficacité thérapeutique.

Scarlatine avec complications multiples : luxation spontanée de la hanche postscarlatineuse. Guérison. — M. Vondourès (d'Athènes). Il s'agit d'une scarlatine avec complications multiples : adénites, pseudo-rhumatisme infectieux, néphrite, pleurésie suppurée, otite. L'enfant reste longtemps couché sur le côté. Quand on le redresse on constate que le membre sur lequel il portait est raccourci de 4 centimètres et que la hanche est luxée. Sous anesthésie la réduction est faite, mais la luxation se reproduit quelques jours après. On réduit à nouveau et on met un plâtre. Guérison avec mouvements assez étendus.

L'auteur n'a trouvé une observation analogue de luxation au décours de la scarlatine qu'au cas remontant à 1804 cité dans le *Dictionnaire Dechambre*.

M. Hallopeau ne croit pas qu'il faille remonter si loin pour trouver d'autres observations de luxation de la hanche au cours de la scarlatine. Elles ne sont pas exceptionnelles. Il a vu chez un enfant, à la suite de cette affection, d'un côté une ankylose de la hanche, de l'autre une luxation avec soudure du fémur luxé à l'os iliaque. Quant au mécanisme de ces luxations, dans les arthrites infectieuses, il a pu le constater dans un cas de luxation au cours d'une ostéomyélite dans laquelle il est intervenu; il a trouvé un peu d'épanchement dans l'articulation et surtout un cotyle comblé par des tissus fibreux, infiltrés, épaissis. L'observation a été présentée à la Société de pédiatrie il y a deux ans.

M. Lance croit qu'il faut distinguer deux mécanismes dans la production des luxations au cours des arthrites. Tantôt luxation brusque sous l'action des lésions indiquées par M. Hallopeau. Tantôt luxation progressive par suite de la position du membre en flexion-adduction prolongée. Il a pu observer ce dernier mécanisme chez deux malades qui étaient restés couchés sur le côté sain pendant plusieurs mois (trois mois et cinq mois) pendant une fièvre typhoïde avec rechute et un rhumatisme articulaire généralisé. La hanche se mit en adduction-flexion progressive et, lorsqu'on voulut lever la malade, elle était luxée. La radiographie ne montra aucune lésion osseuse. Dans un cas la réduction fut facile : plâtre mobilisation, guérison avec des mouvements étendus.

Le signe des scalènes dans la pneumonie du sommet chez l'enfant. — M. Lesné. Les signes physiques de la pneumonie du sommet chez l'enfant sont souvent tardifs ou difficiles à percevoir, aussi a-t-on insisté sur certains symptômes accessoires : diminution de l'amplitude des mouvements inspiratoires du côté de la pneumonie (Rilliet et Barthez), défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du même côté (Weill). A cette immobilité de la partie supérieure de l'hémithorax du côté malade correspond une contracture des scalènes. On constate le signe des scalènes en palpant ces muscles sur la partie latérale du cou entre le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze; on les perçoit à ce niveau durs et tendus alors que rien de semblable n'existe du côté opposé à la pneumonie. Ce symptôme précoce est très fréquent, sinon constant; sa recherche facile peut aider au diagnostic d'une affection dont les manifestations cliniques sont si souvent masquées.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques chez un enfant atteint d'hérédo-syphilis précoce. Guérison. — MM. Jules Renault et Jean Cathala. Il s'agit d'un enfant de cinq mois et demi qui guérit sans séquelles après une méningite à méningocoques d'allure sévère grâce à une sérothérapie intensive (385 centimètres cubes intrarachidiens et 370 centimètres cubes sous-cutanés); or, cet enfant avait été soigné deux mois auparavant pour hérédo-syphilis par dix injections hebdomadaires de novar, à la dose de un centigramme un tiers par kilo. Il semble donc que ce bébé, dont l'existence était gravement compromise dès les premières semaines, ait été mis, du fait du traitement spécifique intensif, dans des conditions de résistance telles qu'il ait pu triompher d'une autre infection particulièrement redoutable à cet âge, la méningite à méningocoques.

Syndrome de Brown-Séquard par myélite transverse. Radiographie. Injection de lipiodol. Réaction violente

immédiate. Mort par granulie. — M. LEENHARDT et Mlle SENTÈS.

Tumeur sacro-coccygienne chez un nourrisson. — MM. Jules RENAULT et L. BINET. Il s'agit d'un enfant de trois semaines entré pour rétention d'urine. La vessie ne se vidant pas on fait pratiquer une cystostomie. Mort. On trouve une tumeur du petit bassin de la grosseur du poing que l'examen histologique montre être un neuro-épithéliome développé dans les vestiges de la moelle caudale de l'embryon.

Double cas de scorbut chez des jumeaux nourris au lait condensé sucré. — MM. ZUBER et Pierre VALLERY-RADOT citent le cas de deux jumeaux atteints de scorbut à la suite d'une alimentation exclusive et prolongée au lait condensé sucré. Ils montrent que dans la production du scorbut le « facteur ancienneté » de l'aliment joue un rôle aussi considérable que le « facteur stérilisation ».

Discussion. — M. LESNÉ. Un aliment est scorbutigène quand il ne contient pas de vitamines C. Mais tous les enfants soumis au même régime ne font pas de scorbut. Il y a un facteur individuel. Il a vu, de deux jumeaux nourris au même lait, un seul devenir scorbutique.

Il faut rechercher la carence en vitamine C des différents laits. Tous les laits stérilisés après trois semaines ne contiennent plus de vitamine C ; ils doivent donc être employés frais et les boîtes devraient porter la date de stérilisation.

Les laits qui conservent le mieux la vitamine C sont le lait bouilli et le lait condensé sucré. Ce dernier, même après un an, n'a pas été scorbutigène chez les cobayes ; cependant l'auteur a vu un cas de scorbut infantile avec ce lait. Il doit ces qualités à ce qu'il est stérilisé à moins de 70 degrés, qu'il est conservé dans le vide et que le sucre est un réducteur puissant absorbant l'oxygène qui pourrait subsister.

M. AVIRAGNET remarque que le scorbut infantile diminue depuis qu'on sait qu'il suffit de donner du jus d'orange ou de citron en même temps que le lait stérilisé. Au lieu de mettre la date de stérilisation sur la boîte, il vaudrait mieux indiquer qu'il est indispensable de donner un peu de jus d'orange à l'enfant en même temps que le contenu de la boîte.

M. Jules RENAULT rappelle le résultat des expériences qu'il a faites en 1916 avec P.-P. Lévy. Il est inutile de faire bouillir le lait. Il suffit pour que tous les microbes, y compris le bacille tuberculeux soient tués, que le lait ait été porté un instant à 84 degrés. Le subtilis et les spores ne sont pas détruits par l'ébullition même très prolongée. Il suffit donc que l'eau dans laquelle sont plongés les biberons commence à bouillir (99 degrés) pour qu'on puisse les retirer. Leur contenu est à 92 degrés. Le lait est ainsi altéré au minimum. Avec ce lait pasteurisé ainsi l'auteur n'a jamais vu de scorbut infantile.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1924)

L'exploration fonctionnelle du foie par l'épreuve de phénoltétrachlorephtaléine. — MM. A. GILBERT et A. COURY rapportent les résultats de leur expérience de l'épreuve de la phtaléinetétrachlorée dosée dans le sérum après injection intraveineuse du colorant à la dose de 5 milligrammes par kilogramme de poids. Ces résultats se répartissent en quatre groupes de faits :

1° Sujets ne présentant aucune affection hépatique : Elimination normale.

2° Sujets présentant des lésions du foie sans aucun trouble fonctionnel : Elimination normale ou peu modifiée.

3° Sujets atteints d'affections hépatiques avec ictère et troubles fonctionnels : Rétention notable et prolongée de la phtaléine.

4° Sujets atteints d'affections hépatiques avec troubles fonctionnels sans ictère : rétention moins marquée, mais plus prolongée que dans les cas du groupe précédent.

De l'étude des cas observés, les auteurs concluent :

a. Que les lésions de la glande hépatique et les rétentions biliaires troublent sérieusement les processus de réduction ou d'élimination de la phtaléine.

b. Que plus les lésions hépatiques sont profondes et étendues plus la rétention du colorant est considérable et prolongée.

c. Qu'en dehors de l'ictère, la rétention de la phtaléine revêt une signification d'autant plus fâcheuse qu'elle est élevée et surtout durable.

d. Que l'épreuve tétrachlorephtaléinique est absolument inoffensive et, dans une mesure importante, permet d'apprécier cliniquement, dans les cas sans ictère, la valeur fonctionnelle du foie.

Sur la glycémie alimentaire. — MM. CLAUDE, TARGOWLA et SANTENOISE. L'ingestion d'une quantité de glucose inférieure à la dose limite de tolérance provoque habituellement une hyperglycémie associée à une modification du tonus vago-sympathique analogue à celle que l'on observe à la suite des repas : tendance à l'inversion de la formule.

Dans certains cas, l'hyperglycémie est très élevée. En dehors des maladies de la nutrition, elle est liée soit à un trouble hépatique soit à un déséquilibre neuro-endocrinien associé.

L'hyperglycémie est faible ou nulle chez les sujets à système neuro-végétatif peu excitable.

Enfin, l'ingestion de glucose peut déterminer une chute de la glycémie qui paraît parallèle à une modification du tonus neuro-végétatif inverse de la modification habituelle et associée, dans quelques cas, à un trouble glandulaire.

Action diurétique des bases puriques. — M. J. CAMUS. Injectées sous la peau, les bases puriques produisent une diurèse considérable, et qui explique peut-être, et la physiologie, et la polyurie observée dans le diabète.

Altérations du système nerveux dans deux cas de myopathie. — MM. Ch. FOIX et I. NICOLESCO. Dans deux cas de myopathie, l'une du type généralisé, l'autre du type facio-scapulo-huméral, les lésions intéressent :

1° Les noyaux moteurs ponto-bulbo-médullaires correspondant strictement aux groupes musculaires touchés (atrophie, surcharge pigmentaire, altération du noyau, enkystement des grains chromatophiles en une masse hyperchromique, déformation des dendrites en vrilles de vigne, altérations de l'appareil neurofibrillaire).

2° Les diverses formations du névraxe rattachées aux voies extrapyramidales et au système nerveux végétatif (*a.* Corps strié ; *b.* groupes cellulaires à pigment noir de l'axe encéphalique ; la substance innominée de Reichert, les cellules de la formation réticulée bulbo-pédonculaire ; *c.* certaines formations infundibulo-hypothalamiques, les cellules vésiculeuses, le noyau dentelé du cervelet).

Ces lésions sont avant tout cellulaires et du type dit abiotrophique. Elles donnent l'impression d'une évolution très lente et progressive. L'appareil vasculo-mésodermique, les formations myéliniques paraissent sensiblement indemnes. La névroglie ectodermique, la microglie participent au processus.

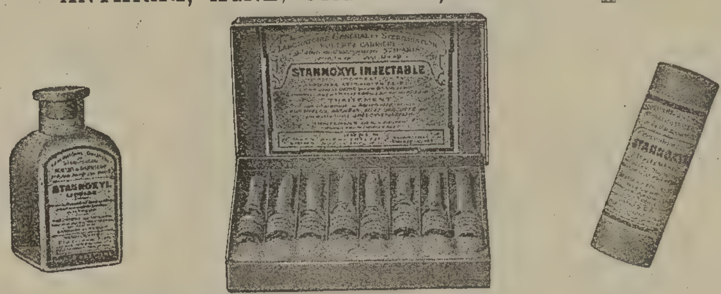
Ces lésions sont à rapprocher de celles que l'on observe dans la maladie de Thomsen (dans cette dernière cependant les cellules motrices sont saines), et des symptômes des myopathies (amyotrophie, assez souvent myotonie, fréquemment troubles glandulaires et même psychiques).

L'adrénaline administrée par voie rectale chez l'enfant. — MM. LESNÉ et H. BARUK. Expérimentalement, l'adrénaline introduite dans l'estomac ou l'intestin grêle du lapin est dénuée de toxicité alors qu'injectée dans le rectum elle est toxique aux mêmes doses que sous la peau (Lesné et Dreyfus).

Chez l'enfant, la voie rectale paraît favorable à l'absorption de l'adrénaline, et on obtient en quelques minutes une élévation de la tension artérielle. Moins efficace que l'injection sous-cutanée, l'instillation rectale est très supérieure à la voie buccale qui exige pour obtenir des résultats minimes l'emploi de doses beaucoup plus fortes.

Pour obtenir des résultats appréciables sur la tension artérielle, il est nécessaire d'employer, LX à LXXX gouttes chez des enfants de dix à quatorze ans. L'effet est de courte durée et pour rendre l'action continue, il est nécessaire d'injecter la même dose chaque jour dans le rectum.

Cette supériorité de la voie rectale tient probablement à ce


STANNOXYL INJECTABLE

que la muqueuse rectale, grâce aux anastomoses des veines hémorroïdales avec la veine cave inférieure, permet le passage direct du médicament dans la circulation générale sans traverser le foie ; or, le foie est considéré par les physiologistes comme l'un des principaux centres destructeurs de l'adrénaline dans l'économie.

M. GAUTRELET appuie ces conclusions.

Tumeur primitive du foie humain à cellules argentaffines. — M. A. PEYRON présente une tumeur (extirpée par Hartmann) développée dans le lobe droit du foie humain, sur une femme adulte actuellement en vie, cinq ans après. Elle est plutôt de pronostic bénin. Son intérêt réside dans le caractère argentaffine de ses cellules identiques à celles des tumeurs endocrines de l'appendice. C'est la première fois que ce caractère est signalé dans les tumeurs du foie, la présence de grains argento-réducteurs ne serait donc pas absolument caractéristique des cellules spéciales situées dans les glandes de Lieberkuhn, lesquelles sont le point de départ des tumeurs argentaffines connues depuis Masson. Et peut être faudrait-il les rechercher dans les tumeurs du foie et du pancréas.

Répartition du polonium (injecté sous la peau) dans l'organisme de rats porteurs de greffes cancéreuses. — M. Ant. LACASSAGNE et Mme J. S. LATTES injectent de fortes doses de polonium à des rats porteurs de cancers greffés. Ils recherchent la distribution du corps radio-actif comparativement par une nouvelle méthode autoradiographique, et par l'extraction chimique. L'expérience montre que le polonium n'est pas retenu particulièrement par les tissus cancéreux ; on le retrouve en beaucoup plus grande quantité dans d'autres tissus, notamment la rate, le cortex rénal et le foie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 29 DÉCEMBRE 1923 AYANT POUR BUT DE LIMITER LA HAUSSE DES PRIX DES BAUX A LOYER

Pendant la guerre, le législateur a estimé qu'il y avait lieu de maintenir les locataires en possession des locaux qu'ils avaient loués, que ces locaux fussent occupés bourgeoisement ou commercialement; de là est née la loi du 9 mars 1918 qui a établi le système des prorogations, lesquelles étaient d'une durée de deux années pour les locations bourgeoises et de la durée des hostilités pour les locations professionnelles, industrielles ou commerciales. On avait ainsi pensé régler dans le passé et dans l'avenir la question des loyers.

Mais, les lois économiques se dressent contre la réglementation artificielle du législateur. Celui-ci ne peut résister à des courants qui l'emportent; il y a une force des choses qu'il ne peut vaincre. Faisant état de la situation économique telle qu'elle se manifestait à ses yeux, le législateur entreprit alors une réglementation qu'il décida, de par sa volonté, *définitive*; et il vota la loi du 31 mars 1922 intitulée « Loi portant fixation définitive de la législation sur les loyers ». Cette loi avait en vue le retour au droit commun; elle se proposait de rétablir la liberté des conventions.

Puis, sous l'influence de circonstances diverses, notamment des plaintes de locataires contre leurs propriétaires qui demandaient des augmentations excessives, le législateur, renonçant au principe de l'article 1134 du Code civil aux termes duquel les conventions font la loi des parties, taxe d'une manière impérative les loyers. Il croit voir dans cette taxation, dans la fixation d'un prix-limite le remède suprême à une situation rendue inextricable par une législation tâtonnante. Une telle réglementation n'est pas sans danger : d'abord, pendant la guerre la taxation prononcée de certaines denrées a démontré combien était illusoire un pareil procédé de lutte contre la hausse des prix; ensuite, si le législateur s'arroge le droit d'établir le prix de revient d'un immeuble et le bénéfice que peut en retirer le propriétaire, il est à craindre qu'il n'intervienne dans d'autres domaines et qu'il ne fixe le bénéfice que peut retirer le commerçant ou l'industriel. N'est-il pas à redouter qu'on aboutisse ainsi, peu à peu, à la réglementation par l'Etat de toutes les formes de la production, système cher à certain parti politique. Il semble que l'exemple de la Russie soviétique devrait cependant servir de préservatif! Espérons qu'il ne s'agit que d'une disposition temporaire, motivée par des circonstances exceptionnelles.

La loi du 29 décembre 1923, promulguée au *Journal officiel* du 30 décembre porte le titre de *loi ayant pour but de limiter la hausse des prix des baux à loyer*. Ce titre est trop restrictif; car la loi contient des dispositions autres que celles relatives à la limite de la hausse des loyers. Voici ses principales innovations : elle étend à un certain nombre de communes le régime des prorogations institué par la loi du 31 mars 1922; elle donne au juge la faculté d'accorder une prorogation jusqu'au 1er janvier 1926; elle détermine le procédé suivant lequel devra être calculé le loyer, sans qu'il puisse dépasser 75 p. 100, sous réserve d'une augmentation représentant les charges et les prestations en nature; elle permet, dans certaines conditions, la révision du prix des baux dépassant le prix-limite.

Cette loi a été suivie de deux circulaires du garde des Sceaux, destinées à en faire comprendre le mécanisme. L'une de ces circulaires contient un véritable commentaire, au moins sur certains points, des dispositions législatives; ce commentaire venant de très haut est de nature à quelque peu gêner les tribunaux qui ont à appliquer la loi. L'autre relative à l'organisation et au fonctionnement des commissions paritaires des loyers est, semble-t-il bien, l'émanation de quelque élève de l'Ecole Polytechnique ou Centrale, égaré au Ministère de la justice; cette circulaire est d'ordre mathématique : elle contient les quatre opérations arithmétiques, addition, soustraction, multiplication et division; elle pose et résoud un problème. C'est un bel effort qui rassure sur la capacité des fonctionnaires entourant le garde des Sceaux.

Les dispositions de la loi nouvelle ne sont pas applicables aux immeubles construits ou achevés postérieurement au 1er août 1914.

PROROGATIONS. — Les locataires, cessionnaires ou sous-locataires peuvent obtenir une prorogation de jouissance *jusqu'au 1er janvier 1926*, pourvu qu'il s'agisse de locaux d'habitation et de maisons construites avant le 1er août 1914. Il faut en outre qu'ils se trouvent dans l'une des localités visées par l'article 1er : département de la Seine et rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris; communes d'une population d'au moins 4000 habitants; communes où le recensement de 1921 accuse, soit un accroissement de la population municipale, soit un accroissement du nombre des foyers; régions libérées, quelle que soit l'importance de la population.

Le délai de prorogation est laissé à l'appréciation du juge sans pouvoir dépasser le 1er janvier 1926; toutefois la prorogation ne peut être d'une durée inférieure à six mois (art. 1er, § 3).

Toute personne intéressée peut demander la prorogation, quelle que soit sa situation antérieure. Elle peut la demander, alors même qu'elle était forclose antérieurement parce qu'elle avait laissé passer le délai prescrit ou qu'elle avait déjà demandé la prorogation en vertu de la loi du 31 mars 1922. Mais, si la loi décide qu'aucune forclusion ne pourra être invoquée contre les demandes de prorogation formées par application de la loi nouvelle, *c'est à la condition que la demande soit formée dans le délai de trois mois à partir de la promulgation de la loi*; c'est-à-dire qu'elle doit être formée avant le 31 mars 1924. Ce délai ne s'applique qu'à ceux qui étaient forclos; pour les autres, le délai est de trois mois au moins avant l'expiration du bail écrit ou de la prorogation déjà acquise, par application de l'article 18 de la loi du 31 mars 1922, rendu applicable par la loi nouvelle.

Les formalités à accomplir pour la demande de prorogation sont celles qui sont fixées par la loi du 31 mars 1922. Rappelons simplement qu'à défaut d'accord amiable, on suit la procédure indiquée par l'article 18 et que c'est le Juge de paix qui est saisi quand le prix du loyer en cours ne dépasse pas 1000 francs et dans les autres cas le président du Tribunal civil de la situation de l'immeuble.

(A suivre.)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 15. — MARDI 19 & JEUDI 21 FÉV. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 19 & JEUDI 21 FÉV. 1924. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Admissibilité :

Juges : MM. Vaquez, Lesage, Hudelo, Louis Ramond, Caussade, Rivet, qui acceptent; Laignel-Lavastine, Guinon, Aubertin, Vincent, Variot et Lesné, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Faroy, Mathieu-P. Weil, Sézary, Troisier, Laroche, Huber, Brulé et Brodin.

— Concours de Brévannes, Chardon-Lagache, Sainte-Périne, Hendaye et San Salvadour. — *Epreuve orale.* — Séance du 15 février. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement des pleurésies interlobaires. »

MM. Mab, 17; Perret et Frémiot, 14; Moutard, 12; Roy, 16; Mahieux, 13; Lacreau, 20; Auger, 16; Mlle Parmentier, 14; MM. Gallais, 12; Lechaux, 18; Mlle Pauc, 13; M. Lacroix, 12.

Classement des candidats : MM. Lechaux et Male, 43; Roy, 42; Loireau, 41; Auger, 39; Frémiot, 37; Moutard, 36; Mlles Pauc, 35; Parmentier et MM. Perret, 34; Mahieu, Gallais et Lacroix, 32.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret, ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris : MM. Aucoc, Béquet, Rebeillard, Barthélemy, Robaglia, du Conseil municipal, membres sortants; Godet, représentant des accoucheurs des hôpitaux, membre sortant; Mimerel, représentant les administrateurs des bureaux de bienfaisance, membre sortant; Bompard, Descaves (Lucien), Ranson, Silhol, membres sortants, choisis hors catégorie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de médecine légale : en première ligne, M. le professeur agrégé Pierre Lande; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé Micheleau.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des cours ci-après désignés :

MM. Creyx, agrégé, pathologie interne; Lacoste, agrégé, conférences d'histologie.

M. Jeanneney, agrégé de chirurgie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, sur sa demande, en la même qualité, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— Lyon. — M. Lépine, professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 16 décembre 1923.

M. le docteur Mayet, docteur ès sciences, est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1924, d'un cours complémentaire d'anthropologie et de paléontologie humaine.

M. Leulier, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de pharmacie.

M. Cade, agrégé libre, est nommé, pour l'année scolaire 1923-1924, chef du laboratoire de clinique médicale.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1923-1924, chef des travaux :

M. le docteur Chanos, docteur ès sciences, physique biologique; M. le docteur Imbert, pharmacien de 1re classe, thérapeutique.

— Strasbourg. — M. Rohmer, chargé de cours de clinique infantile, est nommé, à partir du 1er janvier 1924, professeur de clinique infantile.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Broussolle, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

— Nantes. — M. le docteur Castagnary est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er janvier 1924, chef des travaux d'histologie.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — MM. Bouvier et Anthony, professeurs au muséum national d'histoire naturelle, sont nommés respectivement, pour l'année 1924, assesseur du directeur et secrétaire de l'assemblée des professeurs.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Laurent, médecin de l'administration des Chemins de fer de l'Etat.

MARINE. — Le ministre de la Marine vient de citer à l'ordre du jour de l'armée de mer notre regretté confrère le médecin de 1re classe Pélissier, victime de la catastrophe du *Dixmude*. Voici le texte de la citation :

Pélissier (L.-H.), médecin de 1re classe, médecin-major du centre d'aérostation maritime de Cuers-Pierrefeu : officier plein d'entrain et de zèle, quoique ne faisant pas partie de l'état-major du dirigeable, y prenait passage aussi souvent qu'il le pouvait pour observations médicales. Embarqué de nouveau, à sa demande, sur le *Dixmude*, le 10 décembre 1923, a disparu glorieusement victime de son dévouement à la science et de son attachement à son devoir professionnel. (*J. O.*, 16 fév. 1924.)

ÉLECTIONS AU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ. — Les élections au Conseil de l'Université ayant été annulées pour vice de forme, il sera procédé à un nouveau scrutin le samedi 23 février.

Tous les étudiants en médecine dont les inscriptions ne sont pas périmées seront admis à voter : les étudiants qui ont une carte d'immatriculation devront la présenter pour le poinçonnage. Les étudiants qui n'ont pas de carte d'immatriculation voteront sur la présentation d'une carte de vote spéciale délivrée dès maintenant au secrétariat de la Faculté.

Tous les étudiants pourront donc voter, même ceux qui ont 16 (A. R.) ou 20 inscriptions (N. R.) ainsi que les internes et externes non immatriculés.

L'*Association corporative* nous prie d'annoncer qu'elle présente la même liste que lors du premier scrutin.

POUR LA MAISON DU MÉDECIN. — Une tombola au profit de la Maison du médecin, maison de retraite où sont accueillis nos vieux confrères déshérités sera tirée à la Faculté de médecine le 2 mars. Elle ne comprend que des lots de valeur.

Des billets de 5 francs et des carnets de dix billets (50 francs) sont à la disposition de tous ceux qui voudront bien collaborer à cette belle œuvre de solidarité professionnelle. S'adresser au docteur Boucard, 30, rue Singer, Paris (XVIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène Dupuy (de Versailles) et Grangée (d'Aix-les-Bains).

HYGIÈNE PUBLIQUE

SANATORIUM PRIVÉ

M. Grinda, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un établissement soit considéré comme sanatorium privé répondant à la définition de l'article 7 de la loi du 7 septembre 1919 et, comme tel, soumis à la réglementation instituée par ladite loi (*Question du 30 janvier 1924.*)

Réponse. — Pour pouvoir être considéré comme rentrant dans la définition de l'article 7 de la loi du 7 septembre 1919, un sanatorium doit répondre aux conditions ci-après : 1° avoir pour objet le traitement de la tuberculose par la cure d'air et de régime sous une surveillance médicale ; 2° ne pas être géré par l'État, un département, une commune ou un établissement public, et dans le cas où l'établissement est géré par une association d'utilité publique ou une société de secours mutuels n'avoir pas obtenu son assimilation à un sanatorium public par application de l'article 1er, paragraphe 2, de la loi du 7 septembre 1919. (*J. O.*, 15 fév. 1924.)

LA LUTTE CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. le ministre de l'Hygiène adresse aux préfets une circulaire rappelant les mesures prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde. Il insiste sur les mesures de petit assainissement visant la contamination des personnes ou des objets, telles que la désinfection et la vaccination antityphique, mesures qui relèvent des médecins traitants et des services municipaux et départementaux d'hygiène. Il envisage ensuite les mesures de grand assainissement qui sont d'ordre édilitaire et au premier rang desquelles doit se placer la question des eaux.

Pour que la lutte soit menée méthodiquement, le ministre prescrit une enquête sur l'alimentation en eau des villes et des communes, et il charge les préfets de dresser un tableau de toutes les améliorations édilitaires et hygiéniques avec l'estimation approximative des dépenses que nécessitent l'achèvement des travaux commencés ou projetés.

Les préfets devront également rechercher les localités éprouvées par la fièvre typhoïde pour lesquelles aucun projet d'assainissement n'a été envisagé. (*J. O.*, 14 fév. 1924.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 18 FÉVRIER AU 23 FÉVRIER 1924)

THÈSES

Mercredi 20 février. — Jury : MM. Teissier, président ; Labbé (M.), Léri et Clerc. — M. NECHKOVITCH (I.). Valeur séméiologique des réactions d'ordre sérologique spontanées ou provoquées. — M. BOULIN. Les troubles de la glycorégulation dans l'obésité.

Jeudi 21 février. — Jury : MM. Gilbert, président ; Nobécourt, Philibert et Binet. — M. SAINT-LAURENS (Paul). Syphilis hépato-splénique chez l'adulte. — M. DUVAL (Henri). Hérédité syphilitique et eczéma. — Mme REBOUL (L.). Les ménorragies de la puberté. — Mlle RODET (Valentine). L'épreuve alimentaire et sa valeur clinique.

Jury : MM. de Lapersonne, président ; Duval, Jeannin et Sicard. — M. CRÉBESSAC (Pierre). Etude des mucocèles du sinus frontal. — M. OBERLIN (Serge). Contribution à l'étude des formations brunnériennes de l'estomac. — Mlle MACREZ (Hélène). Des modes d'action des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur (maladies des femmes). — M. CARDOT (Henry). Sur un cas d'ostéopériostite à paratyphus.

RENSEIGNEMENTS

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — ALBUM « CÔTE D'AZUR ». — La Compagnie P.-L.-M. a entrepris la publication de six albums illustrés concernant les différentes régions touristiques de son réseau.

Le premier de ces albums, édité en 1923, se rapportait à la région « Dauphiné-Savoie ».

Le deuxième album qui vient de paraître vise « La Côte d'Azur ».

Edités au format 20/15, sous couverture en couleurs, ces albums comportent 24 belles illustrations en héliogravure ne portant aucun texte, mais recouvertes, chacune, d'un papier soie sur lequel est imprimée une description sommaire du site ou de la région représentée.

Chaque album est en vente au prix de 4 francs dans les agences, bureaux de renseignements, bibliothèques et entreprises des services automobiles du réseau P.-L.-M.

Envoi par poste recommandé sur demande accompagnée de la somme de 4 fr. 55 pour la France et 4 fr. 90 pour l'étranger, adressée à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, ou au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., boulevard Diderot, 20.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

TÊTE ET COU

Un cas d'épulis métastatique. (Max WEICHERT. *Zentr. für chir.*, 1er sept. 1923, t. L, n° 35, p. 1356.) — Les néoplasmes des gencives ne se généralisent qu'exceptionnellement. L'auteur a cependant observé un curieux cas de métastase chez un homme de soixante et un ans, porteur depuis quelques années d'une épulis du maxillaire supérieur droit.

Deux fois la tumeur avait été opérée, deux fois elle avait récidivé. Son volume atteignait celui d'une petite pomme; une chaîne de ganglions petits, durs et indolores était perceptible dans la région cervicale. Des hémorragies fréquentes avaient profondément anémié le malade. Enfin, depuis quelque temps s'était installée une hémiplégie droite avec contracture.

La tumeur fut enlevée pour la troisième fois et le sujet mourut du shock opératoire.

A l'autopsie, une métastase fut trouvée au niveau du « precuneus gauche », éclairant l'origine de l'hémiplégie. L'examen histologique montra que les tumeurs gingivale, ganglionnaire et cérébrale avaient même structure : celle d'un sarcome alvéolaire plexiforme.

Les thyroïdes aberrantes latérales et leurs tumeurs. (A. VENOT, A. PARCELIER et H. BONNIN. *Revue de chir.*, 1923, n° 6, p. 393.) — Les thyroïdes aberrantes médianes sont bien connues. Les latérales, au contraire, n'ont été que peu étudiees. Les travaux les plus importants sur ce sujet sont ceux de Hinterstoisser (1888) et de Schräger (1906). Venot, Parcelier et Bonnin ont pu réunir 25 observations de ces thyroïdes aberrantes latérales dont une leur est personnelle, 9 fois le tissu thyroïdien était néoplasique. Il est possible que l'anomalie ne soit exceptionnelle qu'en apparence, ne se révélant par aucun symptôme ou étant confondue avec d'autres tumeurs du cou.

Comme notion étiologique, il n'y a guère à signaler que la fréquence beaucoup plus grande chez la femme (quatre femmes pour un homme) et qui, jusqu'ici, reste inexpliquée.

Au point de vue anatomique, la tumeur généralement unique peut cependant être formée de plusieurs noyaux, jusqu'à six (Schräger). Son volume varie de celui d'une noisette à celui d'une tête de fœtus. Elle présente une coloration rouge brun analogue à celle du corps thyroïde. Son siège est remarquablement fixe entre le sterno-cléido-mastoïdien, le conduit laryngo-trachéal et le paquet vasculo-nerveux, en général au-dessous de l'os hyoïde. Elle est entourée d'une capsule très vasculaire, sans adhérence avec les organes voisins.

Histologiquement, les thyroïdes aberrantes latérales ont la structure, soit du tissu thyroïdien normal, soit du goitre kystique.

Quand le noyau aberrant a donné naissance à une tumeur, cette tumeur unique, quelquefois double, de volume variable, de consistance dure, occupant, suivant les cas, les régions sterno-mastoïdienne, sous-maxillaire, sus ou rétro-claviculaire, adhère habituellement très vite aux tissus voisins qu'elle envahit comme les branchiomes. On ne possède que peu de documents sur l'état des ganglions. Quant aux métastases, elles ne sont signalées dans aucune observation. Ces tumeurs ont, d'une façon à peu près constante, la structure des adéno-carcinomes.

D'où viennent les thyroïdes aberrantes latérales? Comme il est admis aujourd'hui que la thyroïde naît uniquement de son ébauche médiane, deux explications restent possibles : ou bien des fragments de l'ébauche médiane sont mécaniquement entraînés en dehors au moment de la déflexion du cou de l'embryon par le développement des gros vaisseaux et des masses musculaires, ou bien l'épithélium branchial qui forme les parathyroïdes, le thymus et les corps ultimo-branchiaux, par suite d'une anomalie d'évolution, donne naissance à du tissu thyroïdien.

Cliniquement, la thyroïde latérale se présente comme une tumeur unique, évoluant depuis un à trois ans, siégeant sous le sterno qu'elle déborde en avant ou en arrière, molle, lisse, mobile, ne suivant pas le larynx dans les mouvements de déglutition et ne causant aucun trouble fonctionnel. Le diagnostic n'en a jamais été fait. Cependant, trois symptômes, d'ailleurs inconstants, pourraient appeler l'attention : les variations de volume assez marquées au cours de l'évolution, la tendance de la thyroïde aberrante à devenir kystique lorsqu'elle atteint un certain développement, son augmentation de volume au moment des règles.

Ce qui distingue les thyroïdes aberrantes qui ont subi la transformation néoplasique, c'est leur évolution en deux temps, la première phase correspondant au tableau clinique précédemment décrit et la seconde caractérisée par l'accroissement rapide de la tumeur, la perte de sa mobilité, son adhérence aux organes voisins, ainsi que par l'apparition de douleurs cervicales et scapulaires.

Les thyroïdes aberrantes doivent être enlevées chirurgicalement. L'opération ordinairement simple peut être difficile et grave quand il s'agit d'une tumeur adhérente qui ne peut être traitée efficacement que par l'ablation large des parties malades en y comprenant généralement une portion de sterno et de jugulaire interne.

THORAX

Le granulome lipophagique du sein. (E. STULZ et R. FONTAINE. *Revue de chir.*, 1923, n° 9, p. 646.) — Lee et Adair ont récemment décrit sous le nom de « traumatic fat necrosis of female breast » une lésion bénigne du sein, intéressante à divers titres et particulièrement parce qu'elle peut en imposer pour un cancer de la glande. Les auteurs ont observé dans le service de Sencert, à Strasbourg, un cas typique de cette affection qu'ils ont étudiée avec soin et qui mérite d'être mieux connue.

Leur observation peut se résumer ainsi : Malade âgé de cinquante-deux ans, obèse, chez laquelle quatre semaines après un traumatisme bien net, s'est développée une tumeur du sein ayant tous les caractères cliniques d'un épithélioma. On ampute et l'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit non d'un cancer mais d'une pseudo-tumeur constituée par un kyste graisseux et sa paroi épaissie. Entrent dans la composition de cette paroi : du tissu conjonctif jeune et des cellules lipophages cubiques ou multinucléées, ressemblant aux cellules géantes autour des corps étrangers. La paroi du kyste est le point de départ de travées conjonctives qui s'acheminent vers le derme et dans la profondeur du tissu mammaire (adhérence de la tumeur à la peau. peau d'orange). Le tissu adipeux ambiant est infiltré de macrophages et offre l'aspect classique de la « Wucheratrophie ». La lésion n'est pas un néoplasme, mais une inflammation réactionnelle de la graisse mammaire.

Lee et Adair arrivent à des conclusions analogues, mais Stultz et Fontaine font remarquer justement que les pseudo-tumeurs de ce type doivent, au point de vue nosographique, être rangées parmi les granulomes et qu'il s'agit ici d'un granulome lipophagique.

D'ailleurs, la granulation du tissu graisseux est un fait déjà connu que V. Verebely a étudié dans la réparation des plaies, Heyde, dans un cas de nécrose graisseuse sous-cutanée consécutive à une thrombose veineuse du membre infé-

rieur, que Berner et Heyde ont pu reproduire, chez l'animal, en traumatisant le pannicule adipeux. D'autre part, le granulome lipophagique à forme de tumeur s'observe ailleurs que dans le sein; fosse iliaque (Lejars), régions cæco-appendiculaire et sous-hépatique (Küttner).

Enfin, il semble bien qu'on puisse rapprocher de cette lésion les paraffinomes et vaselinomes dont la structure histologique, bien décrite dans la thèse de Préchaud, est pareille. Aussi ne peut-on considérer comme autonome la nécrose graisseuse traumatique du sein qui n'en est pas moins remarquable, en raison de l'aspect clinique qu'elle revêt et des erreurs regrettables qu'elle peut causer.

Sur la thoracoplastie extrapleurale dans la cure de la tuberculose pulmonaire. (V. FERRARI. *L'Ospedale maggiore*, 31 oct. 1923, p. 279.) — Il y a, dans cet article, une étude du traitement chirurgical actuel de la tuberculose pulmonaire et la relation d'un cas auquel ce traitement a été appliqué avec succès.

Des indications, il faut surtout retenir qu'un des poumons doit être presque absolument sain — condition plus importante encore ici que lorsqu'il s'agit de pneumothorax artificiel —, que les meilleurs résultats sont obtenus dans la forme cavitaire avec tendance à la prolifération fibreuse et qu'il faut se méfier des grosses adénopathies trachéo-bronchiques capables, après l'opération, de comprimer la trachée et de causer l'asphyxie.

Deux méthodes opératoires sont en présence : la grande thoracoplastie de Friedrich-Sauerbruch et la résection costale en colonne de Wilms. Dans la première méthode, on relève un vaste lambeau cutanéo-musculaire qui découvre et permet de réséquer les côtes de la deuxième à la dixième. C'est une importante et grave mutilation. On peut, pour la rendre moins dangereuse, la pratiquer en deux temps. Elle donne une atelectasie très complète du poumon, mais a aussi pour effet de déplacer le médiastin et d'incurver la colonne vertébrale, ce à quoi on peut remédier dans une certaine mesure, par l'usage d'un corset. L'opération de Wilms consiste en une résection costale qui porte sur les extrémités vertébrales des huit premières et sur les extrémités sternales des cinq premières côtes. Les segments réséqués doivent être plus étendus dans les parties basses et postérieures du thorax.

L'opération a lieu en deux temps, le temps postérieur étant pratiqué d'abord, trois ou quatre semaines avant la résection parasternale. A cette technique classique peut être associée une compression localisée, en utilisant la pâte de Beck, les parties osseuses réséquées ou, comme le fait Castiglioni au niveau du sommet, un lambeau musculaire emprunté au trapèze. La méthode de Wilms affaisse moins le poumon que la précédente, mais elle est beaucoup moins traumatisante et elle n'entraîne pas les continuels déplacements du médiastin.

Les statistiques, récemment publiées et que l'auteur relate, montrent que des progrès très notables ont été réalisés dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Voici maintenant l'observation : Une jeune fille de dixneuf ans qui a eu, en 1918, une grippe compliquée de broncho-pneumonie droite, consulte, en janvier 1923, parce qu'elle a, depuis trois mois, de la toux, des crachats purulents, de la fièvre, des sueurs nocturnes et de l'inappétence. L'examen clinique révèle du côté droit une broncho-alvéolite ulcérative du lobe supérieur, une infiltration partielle des lobes moyen et inférieur, une pleurite subaiguë de la base et du côté gauche dans la fosse sus-épineuse quelques râles crépitants qui sont peut être des bruits propagés du côté opposé. Il y a des bacilles dans les crachats. A la radioscopie les sommets sont voilés, le droit ne s'éclaire pas pendant la toux, zone opaque avec quelques plages claires dans la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, le reste du poumon est légèrement obscur, diaphragme droit assez peu mobile, poumon gauche transparent.

On essaie vainement de pratiquer un pneumothorax artificiel. L'état s'aggrave de jour en jour. La fièvre à grandes oscillations monte à 39 degrés. Le pronostic apparaît fatal à brève échéance. Mais il s'agit d'un organisme jeune qui a encore des ressources. On propose la thoracoplastie qui est acceptée.

Celle-ci est pratiquée le 7 février par la méthode de Wilms. Résection costale postérieure, étendue de la première côte (2 centimètres) à la huitième (10 centimètres) avec pleurolyse étendue et compression du sommet à l'aide d'un lambeau musculaire détaché du trapèze. L'opération est bien supportée. A partir du troisième jour, la température descend rapidement. Le pouls, au treizième jour, de 130 est revenu à 80-90. La dyspnée qui avait été intense après l'opération diminue parallèlement.

Le 1er mars on procède au second temps de l'opération. Résection en avant des sept premières côtes dans une étendue de 2 à 12 centimètres et de la clavicule. La température qui remonte d'abord un peu, redescend le cinquième jour pour rester définitivement au-dessous de 37 degrés. Le 15 mars, la toux a disparu, pouls : 84, respiration : 36. Au milieu d'avril, il n'y a plus d'expectoration, l'état général continue à s'améliorer. Le 10 mai, l'examen du poumon donne les résultats suivants : A gauche, la respiration est renforcée et rude par endroits, mais sans aucun bruit surajouté; à droite, respiration rude à la base, diminuée partout ailleurs, quelques râles crépitants dans la région interscapulaire et sus-claviculaire. Le 20 mai, augmentation de poids de 2 kilogrammes. La malade revue à diverses reprises n'a cessé de s'améliorer.

L'auteur commente longuement cette remarquable observation. La guérison est encore de date trop récente pour être considérée comme définitive, mais rien n'empêche d'espérer que le temps viendra la confirmer comme il en a été dans des cas publiés de Castiglioni après sept ans, de Sauerbruch après douze ans.

ABDOMEN ET TUBE DIGESTIF

Inflammation aiguë primitive du grand épiploon. (DONALD, ADAMS, WORCESTER et MASS. *Boston med. and surg. Journ.*, 13 déc. 1923, p. 981.) — C'est l'observation d'un homme de quarante et un ans, sans passé pathologique personnel, sans hérédité bien chargée et qui, brusquement, ressent dans la fosse iliaque droite une douleur aiguë. Bientôt cette douleur se localise uniquement au point de Mac Burney; céphalée, pas de vomissement, pas de nausée, un peu de tympanisme dans la fosse iliaque droite avec, à ce niveau, une défense musculaire nette. La température est à 38°5, le pouls à 80. On note 24 respirations à la minute; le diagnostic d'appendicite aiguë est posé et l'on opère.

Dans l'abdomen on trouve un peu de liquide louche et un appendice « chroniquement adhérent » qu'on enlève. Le grand épiploon, sur une surface de 30 centimètres carrés, est le siège d'une inflammation aiguë manifeste. Il est de plus adhérent au péritoine pariétal en un point correspondant sensiblement à la zone d'implantation de l'appendice.

L'épiploon libéré, la palpation ne fait rien découvrir d'anormal dans son épaisseur. On réseque sa portion enflammée et la convalescence évolue sans incident.

Les phénomènes inflammatoires aigus observés dans le grand épiploon sont d'ordinaire consécutifs à une lésion de voisinage : perforation viscérale, crise appendiculaire, suppuration des organes pelviens. Le cas ci-dessus relaté semble au contraire primitif, et, pour l'expliquer, les auteurs font l'hypothèse d'une embolie passée inaperçue.

Quelques réflexions à propos d'un cas de perforation dans le péritoine libre d'un ulcère calleux de l'estomac chez une fillette de sept ans. (LENNART NORRLIN. *Acta chir. Scandinavica*, 22 déc. 1923, t. LVI, p. 309.) — Une fillette de sept ans, de santé délicate depuis la naissance et qui à partir de l'âge de quatre ans a eu des douleurs d'estomac et parfois des vomissements après les repas, est prise un jour brusquement de douleurs abdominales très vives. Tableau clinique de péritonite. L'opération a lieu vingt-quatre heures après le début des accidents. Le ventre contient du liquide fibrineux et fétide. On constate au niveau du pylore, face antérieure, une infiltration calleuse au centre de laquelle se trouve une perforation large comme un pois. La perforation est fermée par deux plans de suture. Drainage sous-phrénique, puis appendicostomie. La petite malade guérit sans incident. Cinq ans plus tard elle a augmenté de 13 kilogrammes et se porte bien.

L'auteur fait d'abord remarquer la gravité du cas et attri-

bue pour une part le bon résultat qu'il a obtenu à l'appendicostomie. Ensuite il étudie la fréquence des perforations d'ulcères dans le jeune âge. L'accident paraît très rare au-dessous de quatorze ans. Cependant il faut faire une distinction ; les statistiques étendues d'autopsie montrent que l'ulcère gastrique ou surtout duodénal se rencontre avec une fréquence relative chez le nourrisson. Mais il est exceptionnel de deux ans à la puberté.

Ainsi dans les statistiques réunies de Petrén, Wetterstrand, Noorlin et qui comportent 518 cas, il n'y a pas d'enfants; le sujet le plus jeune a quatorze ans; après cela viennent un garçon de quinze ans, puis deux garçons et deux filles de seize ans. L'auteur n'a trouvé dans la littérature que 4 cas d'ulcères perforants chez des enfants : 1 ulcère gastrique chez une fillette de cinq ans (Bechtold), 1 ulcère gastrique chez un garçon de douze ans (Paterson) et 2 ulcères duodénaux chez des garçons de dix et de douze ans (Karstad). En outre, 3 observations d'ulcères non perforants gastrique ou duodénal ont été publiés par Sanjck, Alsberg, Santiago Carro dont les petits malades avaient respectivement douze ans, deux ans et huit ans. Pourquoi la diathèse ulcéreuse est-elle si rare jusqu'à la puberté? Il est probable qu'en essayant de répondre à cette question on fera progresser la pathogénie de l'affection.

Les diverticules du duodénum. (R. BONNEAU. *Presse méd.*, 26 sept. 1923, p. 817.) — Les diverticules du duodénum sont rares sans être absolument exceptionnels puisque, sur 6.347 examens radiologiques complets, Case en a trouvé 85. Mais l'affection ne détermine souvent que des troubles légers qui n'attirent pas l'attention.

Le diagnostic clinique en est d'ailleurs impossible. Radioscopiquement, l'ombre diverticulaire a trois caractères : elle est insensible à la palpation, mobile sous le doigt et persistante, c'est-à-dire visible encore de douze à quarante-huit heures après l'ingestion du repas opaque.

Le diverticule qui peut siéger sur tout le duodénum se rencontre surtout au niveau de la deuxième portion. Il est en général du volume d'un dé à coudre et a des connexions variées avec les organes voisins; ainsi il peut gêner l'évacuation du cholédoque et du canal pancréatique qui se dilatent, il peut troubler et retarder l'évacuation de l'estomac, il pénètre parfois dans le pancréas. Sa structure est celle d'un intestin normal.

On ne sait rien de précis sur la cause du diverticule, et le plus probable est qu'il s'agit d'un vice de développement.

Le traitement, improvisé au cours d'une opération déterminée par un syndrome urgent du carrefour duodénal, a quelquefois consisté en une simple gastro-entérostomie. Une méthode plus directe est l'invagination qu'ont employée Richtie et Whorter, Greder, Dean Lewis dans 6 cas au total. Mais la cure radicale, c'est-à-dire la résection du diverticule, est évidemment une meilleure opération et qui n'est pas plus difficile car, invagination ou résection, il faut toujours disséquer le sac, et c'est là le temps pénible de l'intervention.

Pour mener à bien cette dissection il faut se mettre dans les conditions de la chirurgie des voies biliaires puis, suivant le cas, pratiquer le décollement colo-épiploïque, le décollement du duodénum, celui de l'angle colique droit, enfin isoler le diverticule des organes importants qui l'entourent, en particulier les vaisseaux mésocoliques et pancréatico-duodénaux.

Le premier cas de diverticule duodénal diagnostiqué, traité radicalement et guéri, est celui de Forsell et Rey (1915). L'auteur donne l'observation d'un cas personnel analogue.

La malade, âgée de soixante ans, est dyspeptique depuis vingt-cinq ans. Elle a eu, il y a un an, des vomissements et de la diarrhée pendant trois mois. Mais elle est habituellement très constipée et ses selles sont toujours noires. Amaigrissement de 5 kilogrammes. La radioscopie montre un estomac dilaté avec stase notable et une image diverticulaire qui est interprétée comme un ulcus térébrant ou un diverticule du duodénum.

Au cours de l'opération on trouve l'estomac sain, mais la première et la deuxième portion du duodénum cachées par des adhérences. Le décollement colo-épiploïque a été fait. Libération de la vésicule qui est grosse mais non calculeuse, des canaux cystique et hépatique. Décollement de la deuxième portion du duodénum. C'est alors qu'apparaît le diverticule implanté sur la face postérieure de l'angle entre la première et la deuxième portion et se continuant à plein canal avec le duodénum. Ligature au crin de Florence et section au thermo du diverticule. Enfouissement du moignon sous un double surjet et sous un lambeau épiploïque. Drainage. Gastro-entérostomie complémentaire, vomissements pendant quelques jours, puis guérison sans autre incident. Tous les troubles ont disparu.

Diverticule du duodénum. (J. CARAVEN. *Presse méd.*, 26 déc. 1923, p. 1085.) — L'auteur a observé un diverticule du duodénum dans les conditions suivantes :

Un homme de vingt-cinq ans a eu depuis dix ans, à diverses reprises, du melæna et des crises douloureuses siégeant dans la région sus-ombilicale. La palpation détermine une douleur localisée à la région de la petite courbure. Radioscopiquement l'estomac a une forme et un fonctionnement normaux. Sur la demande du malade on l'opère et on constate l'existence d'un diverticule duodénal siégeant au niveau de la face inférieure de la première portion. Ce diverticule libre d'adhérences et lisse a le volume d'une cerise. On l'enlève en réséquant le segment pyloro-duodénal sur lequel il est implanté. Suture du bout duodénal et gastro-entérostomie. Le malade succombe trente-six heures plus tard. L'autopsie ne révèle pas la cause de la mort mais montre une malformation du grêle qui consiste en un aspect festonné du bord mésentérique, chaque feston correspondant à une artère. Cette malformation est évidemment d'origine congénitale et sans doute comme le diverticule lui-même.

Volvulus du cæcum et du côlon ascendant. (MM. BARDON et GANDY. *Journ. de méd. de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest*, nov. 1923, n° 23, p. 938.) — Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans prise brusquement de diarrhée et de coliques violentes dans tout le ventre; bientôt des vomissements s'installent. L'application de glace n'amène aucune sédation et l'état est stationnaire jusqu'au quatrième jour. A ce moment il semble que les douleurs se localisent dans la moitié inférieure gauche de l'abdomen; la diarrhée fait place à un arrêt absolu des matières et des gaz. L'état général reste bon. La température et le pouls sont normaux.

Au cinquième jour le ventre est distendu, uniformément ballonné, sonore, sauf dans la fosse iliaque gauche où se révèle une légère submatité. Les vomissements deviennent porracés avec odeur fécaloïde.

On fait l'hypothèse d'une ulcération ou d'un volvulus de l'anse sigmoïde, et l'on décide d'intervenir.

Un peu de liquide séro-hématique baigne l'intestin grêle. Celui-ci est de calibre réduit sur l'étendue de son tiers supérieur; brusquement il apparaît extrêmement distendu et noirâtre comme s'il se trouvait étranglé dans quelque orifice herniaire; un peu plus loin la distension est modérée sans altération des parois; enfin, l'iléon est rouge foncé et manifestement dilaté. La fosse iliaque droite est vide. Le cæcum et le côlon ascendant, coiffés de l'épiploon, ont subi un mouvement de rotation vers la gauche.

Une traction douce sur cette masse cæco-colo-épiploïque permet de réintégrer les organes à leur place. On termine l'opération par l'ablation de l'appendice et la suture d'une frange épiploïque à la paroi abdominale antérieure. La malade succombe après quarante-huit heures.

L'intérêt de cette publication réside dans la rareté du volvulus cæcal, mais surtout dans la constatation de troubles circulatoires au niveau du grêle; une telle complication n'a jamais été signalée. Il serait désirable qu'on s'exerçât plus souvent au diagnostic de « côlon proximal mobile » ; cette anomalie guérit par une simple colopexie; non traitée chirurgicalement, elle expose à des accidents de torsion à pronostic toujours sévère.

Un cas de rétrécissement tuberculeux du rectum chez une syphilitique ayant nécessité l'amputation abdomino-périnéale du rectum. (A. VENOT et A. PARCELIER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, nov. 1923, n° 22, p. 915.) — Une femme de trente ans présente des symptômes de rectite pris à tort pour des manifestations d'entérite et traités comme tels.

Un examen plus approfondi permet de reconnaître, neuf ans plus tard, qu'il s'agit d'un rétrécissement du rectum. La réaction de Wassermann est positive, mais le sommet du

poumon gauche est suspecte et dans le passé de la malade on note une hydarthrose du genou à évolution froide et une fistule anale.

Le diagnostic est hésitant quant à la nature spécifique ou bacillaire du rétrécissement. Un traitement antisyphilitique est institué jusqu à obtention d'un Wassermann négatif, mais les troubles fonctionnels persistent inchangés.

La sténose commence à 1 centimètre au-dessus du sphincter et l'index y pénètre à peine. Le toucher rectal révèle une périrectite étendue. On se décide alors à établir un anus iliaque gauche et l'on pratique de larges lavages antiseptiques qui amènent une diminution notable de la périrectite; le rétrécissement n'en continue pas moins à évoluer.

La nature tuberculeuse de la lésion paraît de plus en plus probable. Un essai de résection avec abaissement de l'S iliaque à l'anus ne peut être réalisé, car on se rend compte au cours de l'intervention que les lésions dépassent largement le rectum. Deux mois plus tard une amputation abdomino-périnéale libere tout l'intestin compris entre l'anus normal et l'anus iliaque. L'intervention est laborieuse en raison de la friabilité de l'intestin et de l'apparition dans le champ opératoire de deux gros ovaires dont il faut du reste sacrifier le gauche pour pouvoir correctement péritoniser.

La piece montre une sténose serrée commençant immédiatement au-dessus du sphincter et s'étendant sur 20 centimètres. La muqueuse est détruite et la paroi intestinale très épaissie est noyée dans une gangue fibro-lipomateuse. Au-dessus de la sténose, sur une hauteur de 4 centimètres, une ulcération unique occupe toute la circonférence de l'intestin.

L'examen histologique permet d'éliminer une lésion hybride syphilo-tuberculeuse. Il s'agit, en réalité, d'une tuberculose à forme hypertrophique avec granulomatose locale et tubercules très nets.

VAISSEAUX ET NERFS

Les sutures et les greffes vasculaires. (R. DANIS. *Bruxelles méd.*, déc. 1923, n° 7, p. 138.) — La chirurgie vasculaire classique, celle des ligatures, n'est pas satisfaisante dans tous les cas; elle n'expose pas toujours à la gangrène, mais elle laisse souvent après elle, une circulation défectueuse et une diminution fonctionnelle appréciable.

La chirurgie vasculaire conservatrice, celle des sutures et des greffes ne présente pas ces inconvénients; elle est par contre d'exécution délicate et exige un entraînement préliminaire sur l'animal.

Le vaisseau à suturer doit être isolé des tissus voisins par une lame de caoutchouc ou une compresse vaselinée; les clamps hémostatiques seront non vulnérants; une asepsie parfaite est de rigueur. Sans ces conditions, la formation d'une thrombose avec obturation du vaisseau est fatale.

Carrel considère que l'infection est le grand facteur des thromboses. Froin en voit plutôt l'origine dans la présence au voisinage de la suture, du « suc tissulaire » qu'un fil peut toujours entraîner à son contact direct. L'auteur pense que le sang se coagule quand il est mêlé au suc de la tunique moyenne de l'artère; c'est ainsi que se forment les coagulats dans la suture à « la Murphy, par invagination », le caillot apparaissant précisément à l'extrémité du segment invaginé.

Voici la technique proposée par Danis :

Les deux extrémités de l'artère étant imbibées d'huile ou de vaseline liquide et les clamps convenablement disposés, on procède sur l'une et l'autre extrémités artérielles à l'enlèvement de l'adventice. Celle ci séparée du reste du vaisseau sur une longueur de quelques millimètres est retournée par une traction douce sur ce même vaisseau. Deux points d'appui, l'un antérieur, l'autre postérieur sont passés avec l'aiguille de brodeuse n° 11 enfilée de soie floche vaselinée. Il est absolument nécessaire de ne pas léser l'endothélium au cours de cette manœuvre.

Les fils sont noués à l'extérieur du vaisseau. Les deux chefs du point postérieur et l'un des chefs du point antérieur servent de tracteurs; l'autre chef du point antérieur restant attaché à l'aiguille est utilisé pour la suture.

Si l'on opere sur de gros vaisseaux il est préférable de remplacer le surjet par une série de points en U.

L'artère réparée, on attendra quelques minutes avant de supprimer les clamps; faute de prendre cette précaution on s'exposerait à voir gicler le sang à travers les points perforants non encore oblitérés.

Les sutures artério-veineuses se feront en coiffant l'artère par la veine. On aura soin d'anastomoser le bout central de l'artère avec le bout périphérique de la veine; le calibre de celle-ci étant généralement plus considérable que celui de l'artère, les points seront à son niveau plus espacés.

Sympathectomie péri-artérielle et ulcères variqueux de jambe. (BARDON et MATHEY-CORNAT. *Lyon chir.*, nov.-déc. 1923, t. XX, p. 691.) — Les auteurs publient et commentent 13 observations complètes et précises d ulcères variqueux traités par la sympathectomie. Ces ulcères étaient du type complexe, rebelles aux therapeutiques les plus variées, y compris en certains cas la saphenectomie totale, mais non syphilitiques. La sympathectomie, pratiquee après une période de repos de vingt jours en moyenne, fut suivie des réactions physiologiques habituelles : vaso-constriction d'abord, puis vaso-dilatation apparaissant entre la douzième et la trente-sixième heure et hyperthermie de 5/10 de degré à 1 degré. Cicatrisation entre le sixième et le trente-cinquième jour suivant les dimensions de l'ulcère. Cicatrisations incomplètes rares (deux cas). L'opération a été pratiquée sur la fémorale soit à la base, soit à la pointe du triangle de Scarpa; elle est plus facile en ce dernier point. Les difficultés furent causées par la présence de lacis veineux, par l'artérite et la péri-artérite, par les petites collatérales postérieures difficiles à ménager. La décortication étendue sur 6 à 8 centimètres d'artère ne fut peut-être pas toujours complète. Il y eut à la suite de l'opération de la lymphorragie et quelques douleurs à la face antéro-interne de la cuisse et de la jambe.

Les incidents opératoires ont été : un hématome amenant la désunion de la plaie, une hémorragie veineuse difficile à vaincre, une perforation minuscule de l'artère fémorale nécessitant une ligature latérale, une infection de la plaie avec hémorragie secondaire grave traitée par la ligature de l'artère et de la veine fémorale superficielle, enfin une perforation latérale de l'artère fémorale suturée d'abord puis liée au cinquième jour. Les résultats immédiats ont été excellents. Les résultats précoces (moins d'un an) sont inférieurs aux précédents : quatre récidives du cinquième au septième mois. Les résultats éloignés (plus d'un an) ne peuvent être envisagés que dans trois cas qui restent guéris.

Dans leurs conclusions les auteurs indiquent que la sympathectomie pourrait être le temps premier, dit de cicatrisation totale, d'un traitement dont le temps second serait la saphenectomie totale, visant à la suppression de la cause, les varices.

Cf. — Considérations sur la sympathectomie périfémorale, agent de cicatrisation dans les ulcères de jambe. (JEANNENEY et MATHEY-CORNAT [Rapport de C. Lenormant]. *Bul. et mem. de la Soc. de chir. de Paris*, 6 nov. 1923, t. XLIX, p. 1204.)

De la symptomatologie et du traitement opératoire des affections inflammatoires de la queue de cheval [d'après des observations personnelles]. (P. POUSSEP. *Arch. franco-belges de chir.*, sept. 1923, p. 648.) — Au point de vue clinique, les lésions du cône médullaire et de la portion initiale des racines doivent être distinguées de celles qui portent sur la portion extradurale des racines nerveuses.

On observe une assez grande variabilité des symptômes suivant le siege et la nature de la lésion.

Les troubles sphinctériens existent toujours quand le cône est atteint, ils sont rares si c'est la queue de cheval qui est en cause.

Les troubles de la sensibilité sont souvent asymétriques dans les affections de la queue de cheval. L'anesthésie peut être dissociée dans celles du cône.

La douleur est exceptionnelle en cas de lésion médullaire. Au contraire les tumeurs de la queue et les lésions sacrées qui compriment les nerfs causent des douleurs extrêmement vives qu'exagèrent la toux, l'éternuement et les mouvements de la colonne vertébrale.

Le réflexe achilléen est généralement diminué d'un seul côté. Les réflexes plantaire et anal manquent. Le réflexe rotulien est conservé.

Les troubles de la motricité consistent d'ordinaire en une paralysie flasque des muscles innervés par les racines lésées.

L'examen radiologique est de la plus grande importance pour le diagnostic.

Les opérations portant sur la queue de cheval n'ont été le plus souvent faites jusqu'ici que pour supprimer une compression des éléments nerveux. En particulier de nombreux cas d'ablation de tumeurs ont été publiés depuis celui de Laquer (1891). Par contre le nombre des interventions pour lésion inflammatoire ou traumatique des racines est encore très limité. Alessandri, le premier, opéra une lésion inflammatoire des méninges de la queue de cheval avec un résultat remarquable. L'auteur donne quatre observations personnelles.

Dans le premier cas il s'agissait d'un kyste radiculaire, dans le second de multiples nodosités fixées sur les nerfs et sur la dure-mère, dans le troisième d'un kyste extradural, à contenu jaunâtre et visqueux, siégeant au niveau du point de sortie du premier nerf sacré, dans le quatrième enfin de deux kystes l'un extradural, l'autre intradural. Toutes ces lésions semblent avoir eu pour origine une inflammation méningée. Dans deux cas l'opération amena une guérison presque complète, chez les deux autres malades elle fut suivie d'une amélioration très importante. L'auteur estime qu'une opération exploratrice doit être faite quand il s'agit de cas graves rebelles à toute autre thérapeutique.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

A propos de la rupture traumatique des hydronéphroses. Rupture traumatique d'hydronéphrose. (LEFÈVRE. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 sept. 1923, p. 470.) — Le cas très intéressant observé par l'auteur peut se résumer ainsi : un marin de dix-huit ans violemment serré par un câble présente les signes d'une contusion de l'abdomen : douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ventre ballonné avec défense pariétale très marquée. Trois jours plus tard, l'état s'est aggravé : pouls rapide à 120, température à 37°8, facies grippé, vomissements porracés, la fosse iliaque et le flanc droits sont mats, il y a toujours occlusion mais les urines sont normales. Le lendemain l'état est plus mauvais encore, l'occlusion s'accentue; on opère. Laparotomie latérale droite. Le grêle est refoulé à gauche, le côlon et l'angle droit sont abaissés et aplatis. Une énorme collection rétrogénitonéale vient jusqu'au contact de la paroi antérieure. On l'incise, elle contient plusieurs litres d'urine brunâtre et dans le fond apparaît une volumineuse poche d'hydronéphrose affaissée et qui présente une déchirure antérieure de 3 à 4 centimètres. L'uretère s'implante au tiers moyen de la poche Comme les urines émises depuis l'accident ont été claires et abondantes, on pratique la néphrectomie. Guérison.

Ce cas est un exemple typique de rupture traumatique d'une hydronéphrose et de tels faits sont rares, l'auteur n'a pu en rassembler que 17 mais il est probable que certaines observations publiées comme se rapportant à des hydronéphroses traumatiques ont été mal interprétées. Dans ces cas dont la symptomatologie est assez caractéristique, l'hydronéphrose existait avant le traumatisme. L'erreur vient de ce que la rupture d'une hydronéphrose n'est pas toujours, comme on le croit, un accident à grand fracas, la tumeur peut n'apparaître qu'au bout d'un mois et demi, les déchirures de la poche peuvent se cicatriser, la tumeur peut même se résorber. Parmi les plus typiques de ces observations de rupture d'hydronéphrose prise pour une hydronéphrose d'origine traumatique, l'auteur cite et critique celles de Potemsky, de Hildebrandt, de Scheder, d'Andrew, de Ferron, de Derevenko.

Grossesse tubaire provoquée par une solution de continuité complète et ancienne de l'isthme de la trompe. (M. REEB. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 10 oct. 1923, p. 570.) — Les altérations de la trompe qui interviennent dans le mécanisme causal des grossesses ectopiques sont les anomalies de développement, les anomalies diverses qui peuvent résulter de la salpingite et celles qu'entraine quelquefois une première grossesse tubaire guérie spontanément. L'auteur a observé un cas très rare de grossesse tubaire provoquée par une solution de continuité complète et ancienne de la trompe au niveau de l'isthme.

La malade âgée de trente-huit ans, habituellement bien portante eut en 1922, après une aménorrhée de sept semaines, une métrorragie abondante avec caillots qui fut considérée comme une fausse couche. En avril 1923, ayant à nouveau un retard de règles d'un mois, elle fut prise subitement de douleurs abdominales, perdit du sang et, son état s'aggravant, dut entrer deux jours plus tard à l'hôpital. On constate alors une température de 37°8, un pouls à 120, du ballonnement abdominal avec matité suspubienne, un col utérin petit et fermé et une tuméfaction molle dans le Douglas. Au cours de la laparotomie, pratiquée sans retard, on trouve au milieu de sang liquide et de caillots un œuf qui sort du pavillon tubaire gauche, mais cette trompe est interrompue au voisinage de l'utérus. Ablation bilatérale des annexes et de l'appendice malade. Guérison.

L'examen de la pièce montre la disposition suivante : la trompe gauche se compose de deux parties totalement distinctes; la partie médiane longue de 1 centimètre et demi se termine par un moignon arrondi recouvert de séreuse; la partie latérale, longue de 5 centimètres, dilatée au niveau du pavillon n'est pas recouverte de séreuse au niveau du moignon opposé. Le méso-salpinx relie les deux parties distantes de 1 centimètre. L'ovaire gauche contient un corps jaune de grossesse. Evidemment l'œuf provenant de l'ovaire gauche a été fécondé par un spermatozoïde venu de la trompe droite et cet œuf n'ayant pas cheminé jusqu'à l'utérus s'est greffé dans la partie distale de la trompe gauche.

S'agit-il d'une malformation congénitale de la trompe? C'est peu probable car les malformations de cet ordre portent presque toujours sur les deux trompes et sur l'utérus. Quant à l'amputation spontanée par torsion ou par bride péritonéale, elle n'est pas davantage admissible. La lésion a plutôt été causée ici par la rupture tubaire au cours d'une précédente grossesse anormale. La malade a en effet dans ses antécédents un accident qui a été pris pour une fausse-couche mais qui a pu être aussi bien une rupture de grossesse tubaire. Un pareil fait n'a pas encore été signalé. Cependant le travail de Keller sur les grossesses tubaires récidivantes montre qu'il est possible.

Lithopédion d'un fœtus à terme toléré pendant trente ans. (VILLARD, CHARRIN et DUNET. *Lyon méd.*, n° 20, 1923, p. 923.) — Ce lithopédion fut enlevé opératoirement chez une femme de soixante et un ans, dont voici l'observation :

Quelque temps après son mariage, la malade eut une fausse-couche de trois mois, puis une grossesse normale suivie d'un accouchement normal. Vingt ans plus tard, une troisième grossesse survint extra-utérine, abdominale, accompagnée pendant toute sa durée de violentes douleurs à chaque mouvement fœtal. Au neuvième mois : mort de l'enfant, disparition des douleurs et abstention opératoire.

Depuis trente ans la malade n'éprouvait plus le moindre trouble quand subitement apparut une crise d'occlusion intestinale qu'un traitement purement médical guérit. On posa à ce moment le diagnostic de fibrome calcifié enclavé dans le Douglas en faisant quelques réserves sur la possibilité d'un lithopédion.

L'intervention permit de libérer une masse régulière, aplatie, d'un blanc nacré, légèrement adhérente au grand épiploon et se prolongeant dans la cavité du petit bassin en arrière de l'utérus. La convalescence fut rapide.

A l'examen la pièce apparaît formée de deux parties inégales : l'une supérieure, volumineuse correspondant au thorax et à l abdomen du fœtus, l'autre inférieure, plus petite, calcifiée, répondant à son extrémité céphalique. Tous les tissus sont reconnaissables; les membres supérieurs sont atrophiés; les muscles ont gardé leur coloration rougeâtre.

L'intérêt de cette observation est multiple : grossesse ectopique arrivant à terme, mort du fœtus et sa tolérance absolue pendant trente ans, conservation parfaite des tissus. Cependant l'histoire de cette femme ne constitue pas un argument en faveur de l'expectative. Les auteurs ont observé deux autres cas de grossesses ectopiques à terme pour lesquelles on n'intervint pas à la mort du fœtus survenue vers le neuvième mois; les malades moururent de péritonite quelques semaines plus tard.

La posthectomie conservatrice [nouveau procédé opératoire pour la cure du phimosis.] (V. DOITEAU. *La Clinique*, sept. 1923, p. 237.) — L'auteur a imaginé ce procédé pour

obtenir un meilleur résultat esthétique et éviter l'éversement post-opératoire de la muqueuse préputiale qui se produirait quelquefois, dit-il, bien que la technique habituelle ait été correctement appliquée.

On emploie, sauf chez les très jeunes enfants, l'anesthésie régionale par infiltration sous-cutanée de la racine de la verge en bague, du ligament suspenseur, de la région des orifices inguinaux externes et de celle de l'origine des branches ischio-pubiennes.

On décalotte le gland, après dilatation de l'orifice préputial et on commence par sectionner le frein à sa base. Puis après avoir lié l artériole du frein, on ramène le prépuce en avant, on le tend avec deux pinces de Chaput et l'ayant pincé tout près de son extrémité antérieure à l'aide d'une pince de Kocher placée perpendiculairement à son axe et sagittalement, on incise la peau *seule* au-dessous et au ras de la Kocher. La peau est alors décollée de la muqueuse et ramenée à la base du gland. Après cela, la muqueuse étant tendue au maximum par la pince de Kocher, on la saisit dans une seconde pince serrée au ras du gland, mais celle ci dirigée obliquement de bas en haut et d'arrière en avant et on coupe la muqueuse sous la pince avec prudence pour ne pas blesser le gland.

La suture peut être faite au catgut très fin et dans ce cas elle s'invagine si on ramène la peau en avant ou bien on place des serres fines pendant vingt-quatre heures. La cicatrisation a lieu en quatre ou cinq jours.

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES

FORMES CLINIQUES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS. — La dilatation des bronches est une affection qui doit être définie *anatomiquement*. C'est un etat de dilatation permanente du calibre des bronches qui peut être totale ou partielle. On peut distinguer au point de vue anatomique :

1° Les dilatations congénitales que nous ne faisons que citer car elles n'ont pas d'existence clinique, étant incompatibles avec la vie ;

2° Les dilatations cylindriques des enfants qui sont diffuses et qui peuvent aussi se voir chez l'adulte;

3° Les dilatations ampullaires des adultes qui sont localisées et représentent la forme anatomique la plus différenciée.

Laënnec fit un tableau magistral de l'affection arrivée à un stade où elle est caractérisée par une symptomatologie riche et typique. Les travaux modernes ont montré que, avant ce stade, il y a une longue période où la dilatation bronchique reste *cliniquement* latente et est entrecoupée d'épisodes aigus. Chez l'enfant il n'y a souvent aucun symptôme entre les périodes intercalaires ; chez l'adulte il n'y a que des signes de bronchite chronique et de sclérose pulmonaire; le diagnostic à ce moment est à peu près impossible. Ce n'est que plus tard que les symptômes caractéristiques apparaissent.

Nous allons d'abord étudier la symptomatologie classique; celle de la grosse dilatation des bronches de l'adulte arrivée à la phase chronique permanente; nous verrons ensuite l'évolution générale avec les complications, puis les formes cliniques et le diagnostic.

SYMPTOMES DE LA FORME CHRONIQUE DE L'ADULTE. — 1° **Le sujet. Ses antécédents.** — C'est un « vieux catarrheux » qui tousse depuis longtemps, quelquefois depuis l'enfance (à la suite d'une broncho pneumonie de coqueluche par exemple). Sa « bronchite » augmente chaque hiver à la suite d'un rhume, à l'occasion d'un refroidissement. On retrouve parfois l'influence d'une grippe (les dernières grandes épidémies) ou d'une intoxication par les gaz de combat.

2° **L'aspect général.** — L'état général est bon. Les forces, l'embonpoint, l'appétit sont conservés.

La température est normale ; ou bien elle est un peu dénivelée; quand la maladie se prolonge elle peut présenter de temps en temps des irrégularités.

L'habitus général est celui d'un emphysémateux, avec la tendance à la cyanose, la dilatation variqueuse des veines de la face. Les doigts sont plus ou moins hippocratiques ou même ont de l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique.

3° **Signes fonctionnels.** — Sont très marqués; ils gênent le malade au point de constituer une véritable infirmité.

La *toux* survient par quintes à intervalles plus ou moins espacés et s'accompagne d'expectoration. Les quintes sont surtout fréquentes et longues le matin au réveil : le malade expectore le liquide accumulé dans les bronches pendant la nuit (c'est la « toilette des bronches », disait Lasègue).

L'*expectoration* est le signe cardinal de l'affection, celui qui permet le diagnostic. Elle est très abondante (500 à 600 gr.). Recueillie dans un crachoir de verre elle prend un aspect de sédimentation très caractéristique. Elle se dispose en trois couches; la couche inférieure est purulente, épaisse, verdâtre; au-dessus on voit du liquide plus ou moins opalin, translucide, traversé par des traînées purulentes qui tombent comme des stalactites de la couche supérieure et ondulant au moindre mouvement du crachoir. La couche supérieure est elle-même constituée par une nappe purulente floconneuse surmontée par une mousse spumeuse. Souvent on trouve des traces de sang qui « panachent » les crachats; quelquefois le sang est assez abondant pour donner à l'ensemble l'aspect lavure de chair.

L'odeur de l'expectoration est désagréable; parfois elle est véritablement fétide et gangréneuse, mais par intermittences seulement (fétidité à éclipses); dans ces cas et pendant les périodes de fétidité l'haleine du malade, surtout au moment des quintes de toux, est également fétide.

L'examen microscopique de l'expectoration est de peu d'intérêt : polynucléaires altérés dans la couche purulente; cristaux d'acides gras et cellules bronchiques dans les couches supérieures. Comme microbes on trouve une flore abondante et variée. Ce n'est que pendant les épisodes aigus qu'on trouve une prédominance de certains germes : pneumocoques, streptocoques.

Les *hémoptysies* sont très fréquentes, se sont des hémoptysies fractionnées pouvant faire croire à une tuberculose cavitaire ou à une pleurésie interlobaire.

4° **Signes physiques.** — L'examen du malade nous permet de constater l'existence de signes en foyer et de signes diffus.

Outre la rétraction partielle d'un hémithorax que l'on trouve quelquefois on constate *dans une région limitée* des signes anormaux : vibrations augmentées si le parenchyme est dense, diminuées s'il y a une coque pleurale épaisse. A la percussion, matité ou submatité; parfois le son est normal quand la lésion est profonde. Il est rare de trouver du tympanisme : il faudrait une cavité volumineuse et superficielle. On a signalé le bruit de pot fêlé. L'auscultation permet de percevoir des signes cavitaires : souffle intense et gros râles humides; mais ces signes sont *variables*; bien perceptibles le matin après que le malade a expectoré, ils sont discrets ou absents le soir quand les cavités sont remplies de liquide; de plus ils peuvent être masqués par les signes des lésions associées (congestion pulmonaire, etc.) qui peuvent par intermittences se surajouter à la dilatation bronchique.

Dans le reste du poumon on trouve des râles ronflants et sibilants de bronchite chronique et des signes d'emphysème.

L'examen doit être complété par la *radiographie*; les signes d'ailleurs en sont variables. Dans une région limitée, souvent dans le lobe supérieur ou à la base on trouve une zone sombre sur laquelle on peut distinguer, dans les cas très favorables, une zone claire qui correspond à une dilatation ampullaire de grandes dimensions. Mais la symphyse pleurale est très fréquente. Elle couvre tout d'un voile uniforme; et on peut voir aussi la déviation de la trachée, l'attraction du médiastin, symptômes radiologiques des grandes scléroses pleuro-pulmonaires. On a pu récemment, grâce aux injections intratrachéales de lipiodol, obtenir de très beaux clichés sur lesquels on voit les dilatations ampullaires se dessiner en grappes de raisin (Sergent et Cottenot).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Admissibilité :

Juges : MM. Vaquez, Lesage, Hudelo, Louis Ramond, Caussade, Rivet, Laignel-Lavastine, Guinon, Aubertin, Vincent, Félix Ramond et Lesné.

Censeurs : MM. Faroy, Mathieu-P. Weil, Sézary, Troisier, Laroche, Huber, Brulé et Brodin.

— CONCOURS DE BRÉVANNES, CHARDON-LAGACHE, SAINTE-PÉRINE, HENDAYE ET SAN SALVADOUR. — A la suite du concours de l internat ont reçu les affectations suivantes :

MM. Lechaux, Loireau et Auger (Brévannes); Male (Chardon-Lagache); Roy (Sainte-Périne); Moutard et Mlle Pauc (Hendaye).

— HÔPITAL MARITIME DE BERCK. — Il y a six places d'interne en médecine vacantes à l'hôpital maritime de Berck.

S'adresser au bureau du Service de santé, à l'Assistance publique, avenue Victoria.

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT. — L'*Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris* vient d'adresser au directeur de l'Assistance publique une lettre relative à l'opinion des candidats sur la forme de ce concours.

D'une part, une pétition organisée par les externes demande la suppression de l'anonymat.

D'autre part, un referendum organisé par la *Corporative* et l'*Association des externes* a donné les résultats suivants :

1. Pour la conservation intégrale du système actuel à écrit anonyme, 120 voix; 2. pour la conservation du système actuel à écrit anonyme mais avec lecture publique des copies par des internes en exercice, 344 voix; 3. pour un concours comportant le même nombre d'épreuves qu'actuellement, mais avec suppression de l'anonymat à l'écrit : dans la pétition demandant cette suppression, 274 voix; dans le referendum de l'Association corporative, 256 voix.

(Ces deux derniers chiffres doivent être confondus; les candidats ayant signé la pétition ont en général demandé aussi la suppression de l'anonymat dans le referendum.)

La majorité des candidats se montre donc favorable au maintien de l'anonymat.

Les résultats des consultations actuelles confirment donc ceux du referendum organisé il y a un an et demi par l'A. E.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour la nomination de pharmacien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Chambon.

— NANTES. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hospices sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes le lundi 23 juin 1924.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira le 5 mai prochain, à l'Ecole de médecine, pour l'emploi de préparateur d'histologie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DES REINS. — Conférence-consultation tous les jeudis, de dix heures à midi, par le docteur Camille Lian, dans l'amphithéâtre de la clinique du professeur Emile Sergent : Exposés cliniques et thérapeutiques à propos des malades du service et de la consultation.

(Les malades adressés à la consultation devront se présenter avant 10 heures.)

AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SÉBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires, en dix leçons), par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 10 mars 1924, à 2 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

COURS LIBRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Desmarest, agrégé, chirurgien de l hospice de Bicêtre, commencera une série de conférences de chirurgie d'urgence le lundi 25 février, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 29 DÉCEMBRE 1923 AYANT POUR BUT DE LIMITER LA HAUSSE DES PRIX DES BAUX A LOYER (1)

MAJORATIONS ET LIMITES IMPOSÉES AU PRIX DES LOYERS. — Le législateur ou son délégué, la Commission paritaire, va désormais fixer le montant du loyer, sauf le cas bien entendu où il interviendrait un accord entre le propriétaire et le locataire.

Pour tous les baux, dispose l'article 2, consentis depuis le 31 mars 1922 et tous ceux qui seront consentis pendant la durée d'application de la loi du 29 décembre 1923, les prix des locations sont fixés, jusqu'au 1er janvier 1926, en prenant pour base la valeur locative de 1914. Cette valeur locative est établie : pour les locaux qui, à cette époque, étaient déjà loués, d'après le dernier terme devenu exigible le 1er août 1914, à moins que le propriétaire ne puisse établir que le prix du bail était inférieur à la valeur locative des locaux loués ; pour les locaux non encore loués en 1914, par analogie avec les prix payés pour les logements similaires.

En prenant comme base la valeur locative de 1914, le législateur prévoit alors un certain nombre de majorations dont est susceptible cette valeur locative. Mais ces majorations ne peuvent être indéfinies : à Paris et dans les communes du département de la Seine, le prix-limite du loyer, basé sur les opérations qui vont être décrites d'après l'article 3, est fixé à 75 p. 100 au-dessus du prix du loyer en vigueur au 1er août 1914, sous réserve pour les propriétaires d'obtenir le relèvement du prix comme on vient de le dire (art. 4). Dans les autres départements, le prix-limite est fixé pour chaque commune ou catégorie de communes par une Commission paritaire instituée au chef-lieu de chaque département.

Examinons la majoration autorisée par l'article 3. La majoration comprend trois éléments à chacun desquels s'applique un taux d'augmentation ; et pour faire comprendre le mécanisme de la loi, on prendra un loyer théorique de 2.000 francs en 1914.

Premier élément. — Il comprend les impôts mis par la loi à la charge du propriétaire, à l'exception de l'impôt cédulaire sur le revenu foncier. Ce seront donc : l'impôt foncier, sauf la part de l'État dans la cote foncière correspondant au revenu cédulaire foncier, et les taxes municipales.

En supposant que les impôts à la charge du propriétaire aient été en 1914 de 10 p. 100. La première opération à effectuer va être de diminuer le loyer de 1914, soit 2.000 francs, de 10 p. 100, c'est-à-dire 200 francs, pour remplacer ce chiffre par celui des impôts actuels qu'on peut considérer comme étant du double, pour la commodité du calcul.

Deuxième élément. — Il comprend les travaux d'entretien et la représentation du dépérissement de l'immeuble. Cet élément est calculé, dit la loi, sur la base de 10 p. 100 de la valeur locative de 1914, déduction faite des impôts alors existants, lesquels 10 p. 100 subiront une majoration d'après le coefficient d'augmentation du prix des travaux.

En faisant la déduction des impôts de 1914 sur le loyer de cette époque, que nous avons évalués à 10 p. 100, c'est-à-dire 200 francs sur le loyer de 2.000 francs, il reste 1.800 fr. Il faut donc déduire à nouveau 10 p. 100 de 1.800 francs, soit 180 francs. Cet élément sera multiplié par le coefficient d'augmentation des travaux d'entretien par rapport à 1914 ; ce coefficient est variable suivant les localités. On peut prendre le coefficient de 3,5.

Troisième élément. — Il concerne l'augmentation du taux du loyer de l'argent : cet élément, indique la loi, est déterminé en multipliant par 20 le surplus de la valeur locative de 1914 pour chiffrer le capital investi et en attribuant à ce capital un intérêt de 7 p. 100.

La partie du loyer qui correspond à la rémunération du capital est représentée par ce qui reste après avoir déduit le montant des deux éléments précédents, c'est-à-dire : 200 fr. + 180 fr. = 380 fr. Le chiffre de 1.620 francs représente la rémunération du capital. Il faut multiplier ce chiffre par 20 et attribuer à la somme obtenue un intérêt de 7 p. 100. L'opération est la suivante :

$$1.620 \times 20 = \frac{32.400 \times 7}{100} = 2.268 \text{ fr.}$$

Récapitulons et faisons l'opération qui donnera le loyer autorisé par la loi :

a. Rémunération du capital investi	2.268
b. Impôts supposés doubles de ceux de 1914.	400
c. Travaux d'entretien et représentation du dépérissement : 180 × 3,5	630
	3.298

Le calcul pour Paris et le département de la Seine donne un chiffre autorisé de 3.298 francs pour un loyer se montant, en 1914, à 2.000 francs. Ce chiffre est inférieur à 75 p. 100 du loyer de 1914, 75 p. 100 ajouté à 2.000 francs donnant 3.500 francs.

C'est là ce qu'on peut appeler le pourcentage fixe de majoration. Mais le locataire a à supporter d'autres majorations, aux termes de la loi. L'article 6 de la loi dispose : « En sus du prix-limite, les impôts mis par la loi à la charge du locataire, les prestations en nature pourront être réclamées dans la mesure où le propriétaire justifiera de leur montant, lequel sera réparti entre les divers occupants d'un même immeuble au prorata de leurs loyers. Il pourra être établi, pour le remboursement des prestations en nature, un prix à forfait, lequel ne devra pas être supérieur à 10 p. 100 du montant du loyer. »

On a vu que, dans les trois éléments de majoration envisagés par la loi, il n'est pas question des prestations en nature. Le législateur a considéré qu'elles devaient faire l'objet d'une augmentation particulière au profit du propriétaire. Elles comprennent généralement : chauffage, éclairage de l'immeuble, eau, ascenseur, tapis, téléphone dans l'immeuble. Ce que paie le propriétaire au concierge et la représentation de son logement ne rentrent pas dans les prestations en nature.

Le propriétaire, qui demande le remboursement des prestations en nature, doit en établir le montant et le justifier par tous documents à l'appui. Cependant, si le propriétaire et le locataire sont d'accord, ils peuvent établir à cet égard un forfait de 10 p. 100 du montant du loyer à payer par le locataire. Mais il ne faut pas croire que ce soit là un minimum fixé par la loi ; car le principe est la justification du montant des prestations en nature par le propriétaire ; leur montant réel peut être inférieur ou supérieur à 10 p. 100.

Il convient de remarquer que si le bail en cours en 1914 comportait le paiement d'une certaine somme afférente aux prestations en nature, il n'est pas douteux que pour avoir la valeur locative réelle de 1914, il faudrait défalquer cette somme et en tenir compte dans le calcul que nous avons précédemment fait.

La loi autorise, enfin, deux autres cas de majoration. D'abord, tant à Paris que dans les départements, le propriétaire est admis à prouver qu'il a fait des améliorations depuis 1914, et à en réclamer l'intérêt à 7 p. 100 : c'est le tribunal qui fixe le montant de la majoration à laquelle peut prétendre le propriétaire. En deuxième lieu, si un bail a été consenti ou renouvelé au locataire occupant ou à ses héritiers, entre le 31 mars 1922 et le 1er janvier 1926, *pour une durée supérieure à trois ans*, la majoration pourra être augmentée de 10 p. 100 de la valeur du loyer de 1914.

Les locaux insalubres reconnus dans les conditions fixées par la loi du 31 mars 1922 ne pourront être l'objet d'aucune augmentation de loyer tant que les travaux ordonnés n'auront pas été exécutés. Les déclarations d'insalubrité faites par le bureau d'hygiène, soit d'office, soit sur la réclamation du locataire, doivent être notifiées par ledit bureau d'hygiène au locataire intéressé avec la mention que son loyer ne peut être l'objet d'aucune augmentation.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, nº 14, p. 246.

REVUE GÉNÉRALE

LA CORDE DU TYMPAN

ANATOMIE & PHYSIOLOGIE

PAR MM.

MARCEL CAUDIÈRE et CHARLE TOINON

Internes des hôpitaux de Marseille.

Définition. — La corde du tympan, branche collatérale intrapétreuse du facial, est un rameau anastomotique qui relie le nerf de la VIIe paire au nerf lingual, branche du nerf maxillaire inférieur, et dont les fonctions physiologiques sont aussi importantes que complexes.

Anatomie. — Origine apparente. — *Pour les classiques*, la corde du tympan représente la quatrième branche collatérale intrapétreuse du facial. Rameau relativement volumineux, elle s'en sépare un peu au-dessous du nerf du muscle de l'étrier, à 3 ou 4 millimètres au-dessus du trou stylo-mastoïdien.

Pour certains auteurs, elle naît à 1 millimètre seulement au-dessus du trou stylo-mastoïdien (Hovelacque), ou juste au-dessous de ce trou (Cruveilhier).

Trajet et rapports. — Par un trajet récurrent, elle se porte en dehors, en haut, légèrement en avant, et, accompagnée d'un rameau de l'artère stylo-mastoïdienne, s'engage dans un canal osseux, le *canal postérieur de la corde* qui représente une partie non soudée de la scissure pétro-tympanique postérieure (Hovelacque et Reinhold).

Ce canal s'ouvre sur la paroi postérieure de la caisse par un orifice en forme de fente verticale qui est en rapport :



FIG. 1. — *Paroi interne de la caisse (temporal du côté droit), schéma original.*

1, antre pétro-mastoïdien. — 2, relief produit par l'aqueduc de Fallope. — 3, pyramide. — 4, cavité sous-pyramidale de Huguier. — 5, fossette prépyramidale de Grivot. — 6, fossette sus-pyramidale de Sappey. — 7, orifice antérieur du canal postérieur de la corde. — 8, fenêtre ovale. — 9, fenêtre ronde. — 10, portion osseuse du canal de la trompe. — 11, canal carotidien. — 12, trou stylo-mastoïdien.

1° *En dehors*, avec le cercle tympanal.

2° *En dedans*, avec le rocher qui présente successivement :

a. *La fossette prépyramidale de Grivot.*

b. *La pyramide.*

c. *La cavité sous-pyramidale de Huguier ou sinus tympani*, située entre fenêtre ovale et fenêtre ronde et répondant par son fond au canal semi circulaire postérieur.

3° *Au-dessus*, avec la *fossette sus-pyramidale de Sappey ou sinus posterior de Schwalbe.*

La corde traverse alors la caisse du tympan.

Elle va du tiers moyen de la face postérieure à la partie supéro-externe de la face antérieure en décrivant une courbe à concavité inférieure le long de la paroi externe.

En réalité, ce trajet est sinueux et présente trois courbures « une première courbure à concavité inférieure et interne étendue jusqu'au col du marteau; une deuxième courbure de très court rayon à concavité externe qui embrasse la face interne du col du marteau; une troisième courbure à concavité inférieure et interne entre le col du marteau et l'orifice de sortie » (Hovelacque).

Pendant ce trajet, la corde, toujours accompagnée du rameau de l'artère stylo-mastoïdienne, chemine successivement :

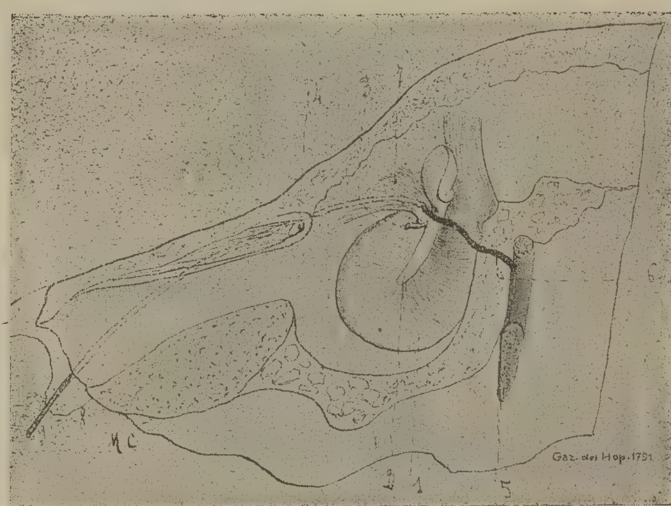


FIG. 2. — *Paroi externe ou tympanique de la caisse du tympan vue par sa face interne (temporal du côté droit)*, d'après TESTUT et JACOB et HOVELACQUE.

1, tympan. — 2, marteau. — 3, tendon du muscle du marteau. — 4, muscle du marteau sectionné. — 5, nerf facial. 6, corde du tympan. — 7, ligament antérieur du marteau. — 8, épine du sphénoïde. — 9, émergence de la corde du tympan.

1° *Dans l'épaisseur du repli tympano-malléolaire postérieur.*

2° *Entre la longue apophyse ou apophyse descendante de l'enclume en dedans, le col du marteau en dehors*, au niveau de l'insertion du tendon du muscle interne du marteau. C'est à ce niveau qu'elle est située *entre la couche muqueuse et la couche fibreuse de la membrane du tympan*, à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. Elle y est visible, à l'examen otoscopique, sous forme d'une ligne grisâtre horizontale tout près du pôle supérieur de la membrane du tympan.

3° *Dans l'épaisseur du repli tympano-malléolaire antérieur* où elle est accompagnée par un rameau de l'artère tympanique, la longue apophyse du marteau et le ligament antérieur du marteau.

4° *En avant de la membrane du tympan*, dans un sillon osseux, le *sulcus malléolaris*.

La corde sort ensuite de la caisse.

Pour les classiques, elle s'engage dans le canal

antérieur de la corde ou *canal d'Huguier* situé entre la scissure de Glaser et la trompe d'Eustache.

Pour Hovelacque et Reinhold, elle cheminerait en réalité dans la scissure pétro-tympanique antérieure.

L'orifice de sortie de la caisse est situé à la partie supérieure et externe de la paroi antérieure de la caisse, entre le bord du prolongement inférieur du tegmen tympani en haut, le sulcus malleolaris en bas.

Une crête osseuse le divise en deux orifices secondaires.

Dans l'orifice interne, passent la corde et quelques fibres du ligament du marteau. Dans l'orifice externe, passent la partie principale du ligament et l'artère tympanique.

Dans cette nouvelle portion de son trajet, la corde répond :

1° *En dedans*, à la portion osseuse de la trompe et au canal du muscle du marteau sus-jacent.

2° *En dehors*, à la cavité glénoïde.

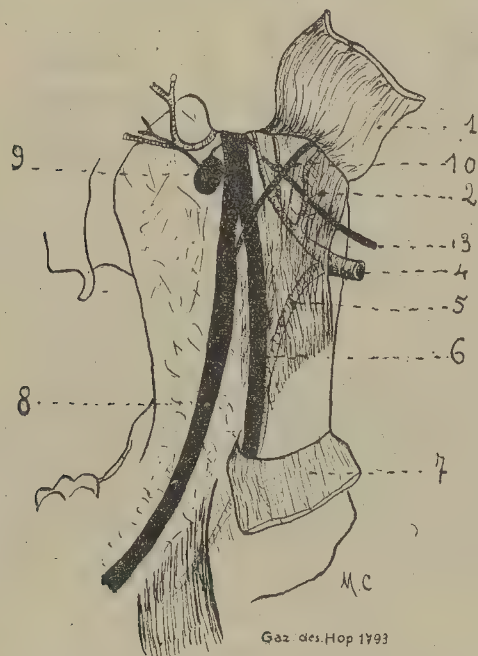


Fig. 3. — *Portion terminale de la corde du tympan et anastomose avec le lingual*, d'après Hovelacque.

1 et 7, lambeaux supérieur et inférieur de l'aponévrose interptérygoïdienne incisée et réclinée. — 2, repli de la lame vasculaire accompagnant les branches ascendantes de la maxillaire interne. 3, nerf auriculo-temporal. — 4, artère maxillaire interne. — 5, artère dentaire inférieure. — 6, nerf dentaire inférieur. — — 8, nerf lingual. — 9, ganglion optique. — 10, corde du tympan.

La corde émerge enfin de son canal, en un point situé contre l'épine du sphénoïde sur la face interne de laquelle elle creuse parfois une gouttière. Puis elle descend, oblique en bas et en avant, dans la région interptérygoïdienne, entre l'aponévrose interptérygoïdienne en dedans et l'aponévrose ptérygo-temporo-maxillaire en dehors. Elle croise successivement la face interne de l'artère méningée moyenne, puis la face interne du nerf dentaire inférieur, et, accompagnée de l'artère petite méningée, elle se porte vers le bord postérieur du nerf lingual (branche du nerf maxillaire inférieur) qu'elle aborde à angle très aigu et avec lequel elle se fusionne.

Une fois fusionnée avec le lingual, elle en partage le trajet et la distribution, et se termine comme lui :

1° Dans les deux glandes sous-maxillaire et sublinguale.

2° Dans la muqueuse de la langue : face inférieure, bords, pointe et deux tiers antérieurs de la face supérieure.

Branches collatérales. — *Pour les classiques*, la corde du tympan ne donne pas de collatérales.

Pour Hovelacque et Reinhold, il existerait dans la moitié des cas une branche assez volumineuse naissant au niveau de l'épine du sphénoïde et qui, après avoir cheminé dans un dédoublement de l'aponévrose interptérygoïdienne, se diviserait en rameaux terminaux pour la portion cartilagineuse de la trompe.

Variations de la corde du tympan. — On observe parfois des dispositions anatomiques de la corde qui s'écartent du type de description :

1° Division de la corde en deux troncs sur une partie de son trajet (Hovelacque et Reinhold).

2° Indépendance de la corde et du lingual (Duchenne de Boulogne).

3° Terminaison de la corde dans le ganglion sublingual (Fæsebeck).

4° Union de la corde avec le dentaire inférieur sur une partie de son trajet (Embleton).

5° Anastomose avec le dentaire inférieur (Daniel Mollière).

6° Anastomose avec le facial (Calori).

7° Rameaux collatéraux fournis par la corde au muscle ptérygoïdien interne (Garibaldi).

8° Filets anastomotiques avec le ganglion otique (Rousset).

9° Direction inaccoutumée au niveau de la membrane du tympan (Lake).

Origines réelles. — *En 1880, Mathias Duval, s'appuyant surtout sur des faits expérimentaux, a montré la continuité de la corde du tympan et de l'intermédiaire de Wrisberg (XIIIe paire de Sapolini) au niveau du ganglion géniculé.* Ce ganglion étant analogue, par sa constitution histologique, aux ganglions spinaux, en possède la signification, et l'intermédiaire de Wrisberg doit donc être considéré comme une racine postérieure rachidienne.

Quant à ses origines réelles (et par conséquent celles de la corde du tympan), elles sont encore discutées.

1° *D'après Mathias Duval* (recherches chez l'homme et chez le singe), les fibres de l'intermédiaire se terminent exactement comme les fibres sensitives du glosso-pharyngien. Elles se bifurquent chacune en deux branches :

a. Les *fibres ascendantes* vont se terminer dans le *noyau dorsal*, à la partie supérieure de l'aile grise (base de la corne postérieure).

b. Les *fibres descendantes* vont se terminer à l'extrémité supérieure du *faisceau solitaire* (tête de la corne postérieure).

Ces fibres, au sortir de ces deux noyaux (*noyau dorsal et noyau du faisceau solitaire*), traversent la racine descendante du trijumeau et émergent à la facette latérale du bulbe entre le facial et l'auditif.

Elles s'engagent ensuite dans le conduit auditif interne, puis dans l'aqueduc de Fallope et se terminent dans le ganglion géniculé d'où elles se continuent par la corde du tympan.

L'intermédiaire de Wrisbey, en définitive, devrait donc être considéré, d'après Mathias Duval, comme un rameau erratique du glosso-pharyngien qui, au

lieu de se joindre au tronc de la IXe paire et sortir du crâne par le trou déchiré postérieur, s'engage dans le conduit auditif interne, et, en se continuant par la corde du tympan, gagne la langue par un chemin plus long et plus complexe.

« Les recherches de Cannieu, sur les poissons osseux, confirment pleinement cette interprétation.

Le groupe de cellules qui, chez les poissons, représente le ganglion géniculé des mammifères supérieurs, envoie ses fibres dans le noyau terminal du glosso-pharyngien tandis que ses branches descendantes rejoignent ce même glosso-pharyngien au-dessous du crâne.

La physiologie, à son tour, se montre favorable à l'opinion de Mathias Duval.

L'expérimentation a démontré depuis longtemps, en effet, que le glosso-pharyngien et la corde du tympan jouissent, l'un et l'autre, des mêmes pro-propriétés fonctionnelles » (Testut).

2° *D'après Kölliker*, toutes les fibres de l'intermédiaire se termineraient dans la *portion supérieure du faisceau solitaire*. C'est également l'opinion de Martin et de His qui ont vu la même disposition chez l'embryon.

3° *De même, d'après Poirier, Charpy et Soulié*, toutes les fibres de l'intermédiaire se termineraient par des collatérales ou des fibrilles terminales « en s'articulant avec les neurones des noyaux situés le long de la *partie supérieure du faisceau solitaire, noyau gustatif de Nageotte et ganglion descendant* ».

4° *D'après Nageotte*, enfin, la terminaison de ces fibres serait un peu différente. Elles seraient les unes *ascendantes*, les autres *descendantes*, et se termineraient toutes dans un noyau situé à l'*extrémité supérieure du faisceau solitaire, le noyau gustatif*. Ce noyau, placé entre le bord postérieur de la racine descendante du trijumeau et le bord externe du plancher ventriculaire dans sa région la plus large, servirait de terminaison aux fibres sensitives de trois nerfs : trijumeau (lingual), intermédiaire de Wrisberg ou facial sensitif et glosso-pharyngien.

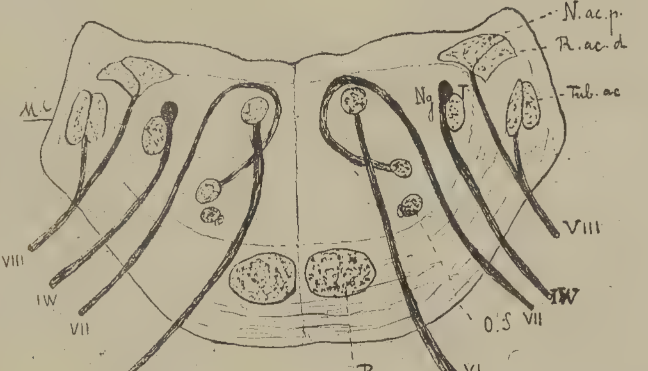


Fig. 4. — *Schéma montrant sur une coupe du bulbe la position du noyau gustatif et la terminaison de l'intermédiaire de Wrisberg* selon Nageotte.

N.ac.p., noyau acoustique postérieur. — R.ac.d., racine ascendante de l'acoustique. — Tub.ac., tubercule acoustique. — OS, olive supérieure. — T, racine descendante du trijumeau. — Ng, noyau gustatif. — IW, intermédiaire de Wrisberg. — VI-VII-VIII, 6e, 7e, 8e paires avec leurs noyaux d'origine ou de terminaison. — P, faisceau pyramidal.

Comme on le voit, les origines réelles de l'intermédiaire de Wrisberg et, par conséquent, de la corde du tympan sont loin d'être établies d'une façon définitive.

La question est devenue plus complexe encore depuis des travaux récents sur le sympathique et ses systèmes associés. En effet, les recherches de Gaskell, Langley, Bayliss et Starling, Eppinger et Hess, Grasset, Laignel-Lavastine, A. Thomas et Guillaume ont mis en évidence l'existence, à côté du sympathique proprement dit, de systèmes parasympathiques.

Au parasympathique cranien notamment appartiendraient des fibres organiques annexées à l'intermédiaire de Wrisberg et constituant l'*appareil salivaire infralingual*. Le centre axial de ces fibres serait le *noyau supérieur salivaire*, situé en arrière du noyau du facial à la limite du bulbe et de la protubérance. *Ces fibres partagent le trajet de l'intermédiaire de Wrisberg, jusqu'au ganglion géniculé, puis, par la corde du tympan et le lingual, atteignent les ganglions sous-maxillaire et de Langley où elles s'articulent avec des cellules ganglionnaires dont les fibres efférentes se rendent : les unes, du ganglion sous-maxillaire à la glande sublinguale, les autres du ganglion de Langley à la glande sous-maxillaire, et assurent ainsi l'innervation de ces glandes.*

Quant aux relations de l'intermédiaire de Wrisberg avec les centres supérieurs, elles sont indubitables mais encore assez mal connues.

Constitution de la corde du tympan. — Les travaux de Weigner et Penzo ont établi les notions suivantes :

La corde s'applique à la face dorsale du lingual. Les fibres des deux nerfs ne sont pas mêlées mais accolées; on peut les reconnaître à leurs caractères histologiques.

Les fibres venues du ganglion géniculé présentent souvent des cellules sur leur trajet.

Weigner a trouvé des groupes de cellules :

1° Entre le ganglion géniculé et le point où la corde quitte le facial;

2° Au point où la corde quitte le facial;

3° Entre la longue branche de l'enclume et le manche du marteau.

La corde contient :

1° Des fibres périphériques appartenant au ganglion géniculé;

2° Des fibres centrales et périphériques nées des cellules contenues dans le nerf lui-même;

3° Des fibres venues directement du grand pétreux superficiel;

4° Des fibres sympathiques venues du noyau salivaire supérieur;

5° Des fibres d'origine inconnue.

Terminaisons de la corde du tympan. — Comme nous l'avons dit, la corde du tympan, fusionnée avec le lingual, se termine :

1° Dans les deux glandes salivaires sous-maxillaire et sublinguale ;

2° Dans la muqueuse de la langue : face inférieure, bords, pointe, et deux tiers antérieurs de la face supérieure.

Ses terminaisons présentent les dispositions suivantes :

1° *Dans les glandes salivaires*, les filets nerveux constituent un plexus situé en dehors de la membrane propre des acini glandulaires (*plexus épilemmal*).

De ce premier plexus se détachent des branches

qui traversent la membrane propre, et constituent, à sa face interne, un deuxième plexus (*plexus hypolemmal*).

De ce dernier plexus se détachent enfin des filets nerveux qui se terminent au contact des cellules elles-mêmes par des renflements ou des varicosités;

2° *Dans la muqueuse linguale*, les filets nerveux se terminent :

a. *En dehors des bourgeons du goût.* — Dans la couche épithéliale, par des terminaisons libres; dans les papilles dermiques; dans quelques rares corpuscules de Pacini et Krause.

b. *Au niveau des bourgeons du goût.* — En constituant au-dessous de l'épithélium un riche plexus d'où se détachent des *fibres intergemmales, périgemmales et intragemmales*.

c. *Sur les glandes de la langue.* — D'une manière identique à celle que nous avons étudiée à propos des glandes sous-maxillaire et sublinguale.

Les détails de ces terminaisons, relevant de l'histologie pure, n'entrent pas dans le cadre de cette étude.

Physiologie. — Distribuée à la langue et aux glandes sous-maxillaire et sublinguale, la corde du tympan est :

1° Vaso-dilatatrice pour ces trois organes;

2° Sécrétrice pour les deux glandes.

D'autre part, par ses fibres centripètes, elle joue un rôle important dans la gustation.

Enfin elle intervient accessoirement dans l'audition, en régularisant la pression dans la caisse du tympan.

En définitive, au point de vue physiologique, la corde du tympan possède un quadruple rôle :

1° Sécrétoire;

2° Vaso-dilatateur;

3° Gustatif;

4° Régulateur de pression dans la caisse du tympan.

I. *Rôle sécrétoire.* — A. GLANDE SOUS-MAXILLAIRE. — 1. **Excitation du nerf tympanico-lingual**. — L'excitation du nerf tympanico-lingual provoque une sécrétion abondante de salive limpide dite *salive tympanique*, de densité 1003 à 1005, contenant de 10 à 20 p. 100 de principes solides dont 1/3 de substances organiques. Cette sécrétion s'établit presque aussitôt après le commencement de l'excitation.

En effet, si, après avoir sectionné le lingual au-dessus du point d'émergence du filet glandulaire qui s'engage dans le hile de la glande sous-maxillaire, on excite son bout périphérique, on voit la salive s'écouler abondamment par une canule introduite dans le canal de Wharton. C'est là l'expérience fondamentale réalisée sur le chien, en 1851, par Carl Ludwig, et qui, pour la première fois, établit rigoureusement l'influence d'un nerf sur une sécrétion.

De même Claude Bernard a montré en 1858 que, sur le chien curarisé ou chloralosé, chaque excitation du filet glandulaire lui-même au-dessous du point où il se détache du tronc du lingual, produit une nouvelle émission de salive qui persiste encore quelques instants après la fin de l'excitation puis s'arrête; une nouvelle excitation produit une nouvelle sécrétion, et cela presque indéfiniment.

La section de ce filet glandulaire au point où il se détache du lingual supprime l'effet sécrétoire des excitations de la muqueuse buccale.

2. **Origine des filets sécréteurs.** — Le rôle sécrétoire du nerf tympanico-lingual vient d'être ainsi bien établi. Il faut maintenant déterminer l'origine de ces fibres sécrétoires.

Nous allons montrer qu'elles sont uniquement fournies par la corde du tympan. En effet :

a. La résection de la corde du tympan avant sa connexion avec le lingual supprime les réflexes sécrétoires produits normalement par excitation de la muqueuse buccale.

De plus cette section entraîne la dégénérescence de la plus grande partie des fibres du nerf qui se rendent à la glande.

b. L'excitation de la corde dans la caisse produit les mêmes effets que l'excitation de la totalité du nerf tympanico-lingual.

c. L'excitation intracranienne du facial amène la sécrétion de la glande sous-maxillaire tout comme l'excitation directe du filet glandulaire lui-même.

d. Après section intracranienne du facial, au contraire, les fibres sécrétoires de la corde du tympan subissent la dégénérescence Wallerienne, de sorte que l'excitation de la corde ne détermine plus de salivation.

e. Enfin l'excitation du lingual seul, avant son anastomose avec la corde, ne produit aucune sécrétion salivaire.

Il est donc établi que c'est la corde du tympan qui fait sécréter la glande sous-maxillaire.

3. **Cycle réflexe.** — Nous allons étudier maintenant le mécanisme de ce réflexe sécrétoire.

a. *Voies sensitives et nature des excitations normales.* — Les voies normales sont le lingual, les fibres sensitives contenues dans la corde, et le glosso-pharyngien.

La faradisation du bout central de ces nerfs remplace l'impression gustative.

La faradisation du lingual d'un côté provoque l'activité non seulement de la glande du côté correspondant mais aussi, quoique plus faiblement, de celle du côté opposé.

Enfin l'excitation d'autres nerfs sensitifs peut provoquer la salivation réflexe. Ainsi en est-il de l'excitation de la muqueuse gastrique, de celle du bout supérieur du sciatique, du bout périphérique du splanchnique (dans ce dernier cas, vraisemblablement par l'intermédiaire de fibres récurrentes), Owsjannikow et Tschiriew, Grützner et Chtapowsky, Vulpian, Gley.

b. *Voies centrifuges.* — Les nerfs moteurs de la glande sous-maxillaire sont au nombre de deux : corde du tympan et sympathique cervical.

Excitation de la corde. — Si l'on excite la muqueuse linguale, au moyen d'acides ou d'éther par exemple, la salive coule. Il n'en est plus de même après section de la corde.

D'après certains auteurs (Heidenhain), la corde commanderait aux phénomènes de transsudation de l'eau et des sels du plasma sanguin tandis que le sympathique commanderait à la formation des matières organiques qui constituent la partie essentielle de la salive.

Ces conclusions de Heidenhain ne sont pas admises sans réserve. Certains physiologistes pensent que les différences constatées entre l'action de la corde et du sympathique cervical sont condition-

nées par les modifications circulatoires concomitantes (1).

Section de la corde. — Après section de la corde, la sécrétion est arrêtée et ne reparaît qu'après un jour ou deux sous forme d'un écoulement peu abondant mais continu (*salive paralytique*). La sécrétion est causée par la section elle-même qui détermine au point de coupure une irritation quasi-constante.

4. **Actions antagonistes; nerfs d'arrêt glandulaires.** — En se plaçant dans des conditions particulières, on a réussi à mettre en évidence des actions nerveuses d'arrêt sur la sécrétion salivaire jouant, par voie réflexe, un rôle directement opposé à celui de la corde du tympan.

a. Gley a montré que la sécrétion sous-maxillaire amorcée par la pilocarpine est arrêtée par excitation du sympathique cervical.

b. L'excitation du bout central du nerf sciatique sectionné peut, nous l'avons vu plus haut, provoquer par voie réflexe la sécrétion salivaire.

Si au préalable on a déclanché cette sécrétion par excitation de la corde du tympan, l'excitation du bout central du sciatique arrête au contraire la sécrétion.

D'ailleurs Pawlow a montré que des excitations abdominales diverses peuvent également suspendre la sécrétion salivaire.

Donc, comme l'a dit Gley, suivant les conditions dans lesquelles se trouve l'organe glandulaire, l'excitation des nerfs qui aboutissent à cet organe produit des effets inverses.

D'ailleurs tout récemment Laignel-Lavastine, dans sa pathologie du sympathique, a insisté encore sur l'importance des actions antagonistes et le rôle de l'état antérieur.

5. **Centres sécrétoires.** — a. *Centres salivaires de la corde du tympan.* — Ce sont les points du système nerveux au niveau desquels les incitations sensitives sont réfléchies, c'est-à-dire transformées en incitations motrices.

Les centres de la corde du tympan sont situés dans le bulbe, dans la région des noyaux de la VIIe et de la IXe paires. En effet, la salivation réflexe (par exemple à la suite d'une excitation portée sur la muqueuse buccale) peut encore être obtenue après section interbulbo-protubérantielle ou après section sous-bulbaire.

Toutefois, les ganglions sympathiques de la périphérie possèdent également le pouvoir de transformer les excitations. *Claude Bernard a prouvé que le ganglion sous-maxillaire, situé sur le trajet de la corde du tympan, constitue pour la glande sous-maxillaire un véritable centre*, c'est-à-dire un lieu où l'excitation peut être réfléchie.

C'est ainsi qu'après section de la corde le ganglion sous-maxillaire continue à jouer son rôle sécrétoire (salive paralytique), mais son fonctionnement est exagéré, car il est privé de l'influence modératrice qui lui venait des centres nerveux supérieurs.

Cette interprétation de Claude Bernard a été discutée, mais ultérieurement Wertheimer a confirmé ces résultats en se plaçant dans des conditions d'expérience qui éliminent les objections formulées.

b. *Influence du cerveau.* — L'influence du cerveau sur la sécrétion des glandes salivaires — et par conséquent son action sur la corde du tympan — est indéniable (sécrétion psychique, etc.).

Expérimentalement, on a trouvé à la surface du cerveau des points qui, excités, provoquent une sécrétion abondante de la glande sous-maxillaire.

L'hypersécrétion est croisée et directe, mais surtout croisée (Lépine, Rochefontaine. Eulenburg et Landois, Heidenhain, Bechterew, Arloing chez les solipèdes).

6. **Suppléances.** — Calugaréanu et V. Henri, après avoir sectionné sur leur trajet les nerfs hypoglosse et lingual, ont suturé le bout central du premier avec le bout périphérique du second. Après quelques mois, ils ont constaté une salivation exagérée de la glande sous-maxillaire du côté correspondant à chaque mouvement de mastication de l'animal. L'excitation directe de l'hypoglosse au-dessus de sa réunion avec le lingual produisait également la sécrétion salivaire.

Ce fait s'explique en admettant que les fibres de l'hypoglosse ont bourgeonné dans les gaînes vides de la corde du tympan dégénérée et sont allées prendre contact par leurs terminaisons nouvelles avec les cellules de la glande sous-maxillaire.

Les impulsions motrices de l'hypoglosse, quand l'animal mange, deviennent par ce changement de voie des impulsions sécrétrices.

Ce fait démontre donc qu'un nerf moteur ordinaire peut à l'occasion devenir un nerf sécréteur.

B. GLANDE SUBLINGUALE. — La corde du tympan prend part également à l'innervation sécrétoire de la glande sublinguale. En effet : si après avoir introduit un tube salivaire en même temps, dans le conduit de la sous-maxillaire et dans celui de la sublinguale, on excite la corde du tympan, on ne voit habituellement la salive couler que par le premier de ces conduits.

Mais si on augmente l'intensité du courant excitateur, la salive coule également par le second.

II. *Rôle vaso-dilatateur.* — 1. **Excitation de la corde.** — C'est à Claude Bernard (1858) qu'est due la découverte du rôle vaso-dilatateur de la corde du tympan, expérience qui, pour la première fois, mit en lumière l'existence de nerfs vaso-dilatateurs.

En effet, en plus de la sécrétion salivaire, quand on excite la corde on voit la glande sous-maxillaire se gonfler; les artérioles deviennent rouges et turgescentes ; le sang dans les veines devient rouge comme du sang artériel; si on sectionne une veine le sang sort par saccades, abondamment.

Il y a donc eu une violente dilatation des capillaires avec passage beaucoup plus rapide du sang dans leur réseau et élévation de température.

Cet effet vaso-dilatateur cesse peu après l'excitation; une nouvelle excitation le reproduit.

L'excitation du sympathique a un résultat inverse (vaso-constriction).

---

(1) Tout récemment et pour la première fois on a étudié quantitativement l'excitabilité de la corde du tympan en tant que nerf sécrétoire.

En faisant varier systématiquement la durée, le nombre, et la fréquence des excitations électriques, les auteurs, au cours d'expériences faites chez le chien, ont pu conclure que les lois régissant cette excitabilité rentrent dans la formule générale des nerfs itératifs établie par Lapicque et ses collaborateurs, et ils ont étudié la chronaxie de la corde du tympan et le pouvoir de sommation de la glande sous-maxillaire.

M. et Mme A. CHAUCHARD. Mesure de l'excitabilité d'un nerf sécrétoire : corde du tympan et glande sous-maxillaire. *Journ. de physiol. et de pathol. générale*, 3 janv. 1922).

De plus, Vulpian a montré que, par quelques-uns de ses rameaux qui suivent le lingual, la corde du tympan est également un nerf vaso-dilatateur pour la région antérieure de la langue.

Ces filets vaso-dilatateurs ne répondent pas immédiatement à l'excitation : il existe une période latente généralement assez longue (trois à cinq secondes en moyenne).

2. **Section de la corde.** — La section ne donne lieu à aucune réaction. La circulation dans la glande sous-maxillaire n'est pas modifiée : en effet, les vaso-dilatateurs n'ont point d'influence tonique sur les vaisseaux.

3. **Origine des fibres vaso-dilatatrices de la corde.** — L'origine de ces fibres est-elle la même que celle des fibres sécrétoires ? Les expériences de Vulpian vont nous renseigner à ce sujet.

a. Après section de la corde dans la caisse du tympan et dégénérescence de ses fibres, l'excitation du bout périphérique du lingual n'est pas suivie de vaso-dilatation.

b. L'excitation du lingual au-dessus du point où il reçoit la corde ne détermine pas la vaso-dilatation.

c. Par contre l'excitation du facial dans le crâne provoque à la fois la sécrétion et la dilatation des vaisseaux de la glande sous-maxillaire.

Ces expériences prouvent que le facial fournit à la glande sous-maxillaire et ses fibres sécrétoires et ses fibres vaso-dilatatrices.

Mais elles sont distinctes les unes des autres et on les dissocie aisément par l'atropine, les fibres sécrétoires étant paralysées par des doses qui laissent à peu près intacte l'excitabilité des fibres vaso-dilatatrices.

Il est à noter que, d'après Jolyet, les fibres sécrétoires viendraient bien du facial, mais les fibres vaso-motrices tireraient leur origine du trijumeau.

4. **Centres vaso-dilatateurs de la corde.** — Réserve faite de l'opinion de Jolyet, on peut conclure que *les centres vaso-dilatateurs de la corde sont ceux du facial.*

De plus, Dastre et Morat ont établi les faits suivants :

Après la section intracranienne du facial chez le chien, la plus grande partie des fibres vaso-motrices dégénère en six à vingt-six jours. Cependant si l'on excite la corde du tympan, on provoque une légère vaso-dilatation de la glande. *Le ganglion géniculé peut donc être considéré comme un centre trophique pour ces fibres.*

III. *Rôle régulateur de pression dans la caisse du tympan.* — Pour que l'audition soit normale, il faut qu'il y ait équilibre de pression, de part et d'autre, de la membrane du tympan, car c'est dans ces conditions que la vibration de cette membrane se fait pour le mieux.

Pour cela, il est nécessaire que la caisse soit mise en communication avec le pharynx et par conséquent que l'ouverture de la trompe d'Eustache dans ce dernier fonctionne normalement.

Cette ouverture de la trompe dépend de la contraction du muscle péristaphylin externe qui écarte, en effet, la paroi externe, membraneuse et mobile, de la paroi interne cartilagineuse et fixe.

Or, les muscles du voile du palais ne se contractent que pendant les mouvements de déglutition. De son côté, la déglutition ne peut pas se faire à vide : il faut de la salive. Par conséquent, la corde du tympan, nerf sécréteur des glandes sous-maxillaire et sublinguale, joue encore ici son rôle d'autant plus marqué que la corde est accolée à la membrane du tympan et que les moindres vibrations de cette membrane vont exciter la corde : d'où production d'une sécrétion salivaire suffisante pour amener la déglutition.

Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'un son très aigu amène une abondante sécrétion de salive.

« Si ce n'est pas là un exemple très important, c'est du moins un exemple saisissant de ces rapports harmoniques qui relient entre eux bien des phénomènes physiologiques. Les deux fonctions salivaire et auditive paraissent fort distinctes ; par l'intermédiaire d'un troisième état fonctionnel, la déglutition, il y a cependant entre elles une étroite relation. » (Gley.)

IV. *Rôle gustatif.* — Les deux tiers antérieurs de la muqueuse linguale sont innervés, nous l'avons vu, par le nerf tympanico-lingual. Pour établir le rôle gustatif de la corde, il faudra donc rechercher :

1° Si la corde contient bien des fibres gustatives.

2° Quelle est l'origine réelle de ces fibres si elles existent.

1. **Présence de fibres gustatives dans la corde.** — *a.* La section de la corde dans la caisse du tympan sur des chiens entraîne une diminution du goût du côté correspondant de la langue en même temps qu'elle supprime la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

b. La section des deux cordes, les deux nerfs linguaux étant respectés, diminue la sensibilité dans la partie antérieure de la langue.

Même résultat si l'on a préalablement sectionné les deux glosso-pharyngiens.

Les deux expériences précédentes démontrent l'existence de fibres gustatives dans la corde.

A ce sujet, d'ailleurs, une communication de P. Jacques à la Société de biologie (Paris, 1920) est significative.

L'auteur rappelle que certains expérimentateurs, utilisant l'accessibilité de la corde du tympan dans l'oreille moyenne, ont tenté de faire agir sur elle divers agents excitateurs en les injectant chez l'homme par la trompe d'Eustache. Hormis une certaine action sur la sécrétion salivaire, ces essais n'avaient apporté aucune précision nouvelle dans la question.

Or, ce que l'expérimentation ne saurait entreprendre, la pathologie auriculaire le réalise assez fréquemment.

L'acte opératoire, dans l'évidement pétro-mastoïdien, entraîne le sacrifice inévitable de la corde, lors du curettage de la caisse et de l'aditus. Pourtant les cas sont exceptionnels où les opérés accusent après l'intervention des troubles appréciables dans le côté correspondant de la langue ; sans doute en ces circonstances le nerf, depuis longtemps irrité par les produits de l'ostéite pariétale et ossiculaire, a perdu déjà la majeure partie de ses fonctions.

Mais il est des cas où des excitations mécaniques ou chimiques ont pu être portées directement sur la corde relativement intacte, prenant alors toute la valeur didactique d'une expérimentation.

C'est un exemple de ce genre que rapporte

P. Jacques. Dans un cas d'otorrhée chronique gauche, ayant pratiqué une cautérisation à la perle d'acide chromique, il constata cinq à six minutes après, une sensation de brûlure dans le côté correspondant de la langue, suivie d'anesthésie gustative et probablement tactile du bord gauche de l'organe.

Le lendemain existait une tuméfaction générale de la langue avec vésiculation.

Les accidents vaso-moteurs cédèrent en moins de vingt-quatre heures; mais les troubles sensitivo-sensoriels persistèrent plusieurs jours, accompagnés de salivation et d'hyperesthésie douloureuse au contact.

2. **Origine des fibres gustatives de la corde.** — Cette origine est des plus complexes et encore partiellement contreversée.

a. Dans les paralysies faciales, il n'y a altération du goût que quand la paralysie atteint le facial après que l'intermédiaire de Wrisberg s'y est joint, et avant que la corde du tympan s'en détache.

D'où la distinction de Claude Bernard entre les paralysies extérieures du facial, sans troubles gustatifs, et les paralysies intérieures avec diminution de la sensibilité gustative.

D'où aussi les conclusions d'Erb qui considère l'altération du goût comme un signe à peu près infaillible de la localisation intrapétreuse de la paralysie faciale.

b. D'autre part, les expériences de H. Bigelow sur le chien, en 1880, ont montré que la section de l'intermédiaire de Wrisberg derrière le ganglion géniculé amènerait la perte du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue.

Donc, *les filets gustatifs de la corde remontent par la corde jusqu'au tronc du facial, traversent le ganglion géniculé et se rendent au bulbe par l'intermédiaire de Wrisberg (Lussana).*

c. Objections. — Mais il convient de signaler que l'on a observé des lésions du trijumeau avec abolition de la sensibilité gustative dans les deux tiers antérieurs de la langue.

D'autre part, la section intracranienne du trijumeau d'un côté causerait la perte des sensations gustatives dans cette même région du même côté, ainsi que l'ont montré les expériences de Schiff sur le chien et Sherrington sur le singe (1898).

D'après Schiff, le trajet des fibres gustatives de la corde serait donc le suivant :

Elles remonteraient par le facial jusqu'au ganglion géniculé, et de là iraient rejoindre le tronc du trijumeau en passant : soit par le grand pétreux superficiel, le ganglion sphéno-palatin et le nerf maxillaire supérieur, soit par le petit pétreux superficiel, le ganglion otique et le nerf maxillaire inférieur.

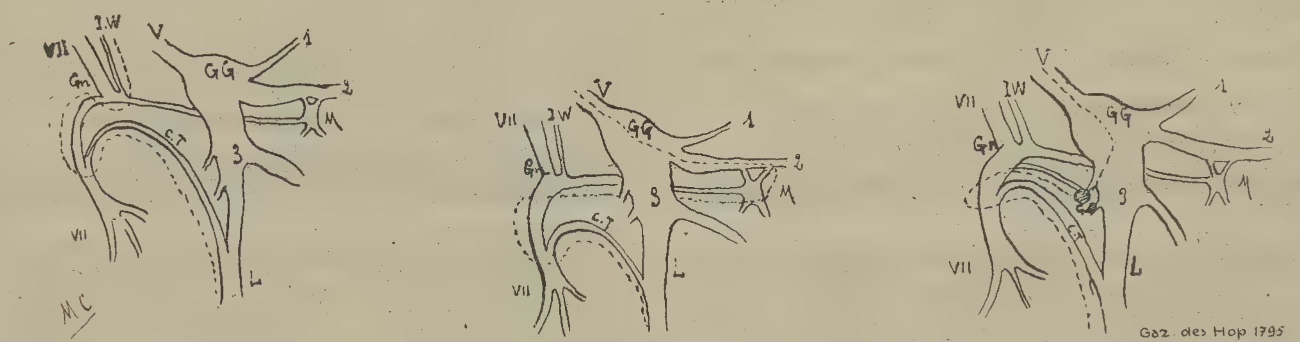


FIG. 5. — *Divers schémas du trajet des fibres gustatives de la corde du tympan.*

V, trijumeau. — GG, ganglion de Gasser. — M, ganglion de Meckel ou sphéno-palatin. — 1, nerf ophtalmique. — 2, maxillaire supérieur. — 3, maxillaire inférieur. — L, lingual. — VII, nerf facial. — IW, intermédiaire de Wrisberg. — Gn, ganglion géniculé. — CT, corde du tympan. — Go, ganglion otique. (D'après GLEY.)

Mais il a été démontré que l'ablation du ganglion sphéno-palatin n'entraîne aucune altération du goût.

La même expérience n'a pas été faite sur le ganglion otique.

Gley, d'ailleurs, fait remarquer que les difficultés seraient levées si l'on tenait plus de compte des faits dans lesquels les lésions du trijumeau (résection du nerf dans son trajet intracranien chez l'homme) ont entraîné non pas l'abolition, mais seulement une diminution du goût dans la partie antérieure de la langue. Si l'on rapproche ces faits de ceux mentionnés plus haut, on voit qu'il existe des fibres gustatives dans la corde comme dans le lingual, et l'on peut conclure qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que la section intracranienne du trijumeau entraîne une diminution du goût tout comme les lésions du ganglion géniculé, du facial, et du nerf de Wrisberg.

3. **Caractères des sensations gustatives transmises par la corde.** — Quelle que soit leur origine exacte, les fibres gustatives de la corde, ainsi que celles du lingual transmettent surtout les impressions de *doux*, de *salé* et d'*acide*.

4. **Centres gustatifs de la corde.** — On sait que pour certains auteurs, le *centre gustatif* ou *sphère gustative* serait situé à la partie moyenne de la circonvolution de l'hippocampe, immédiatement en arrière du centre olfactif principal.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie. — AMABILIS. Su rapporti del ganglio genicolato colla corda del timpano e col facciale, *Ann. R. Clin. Psich. e neurot. Palermo*, 1898-1899, vol. I, p. 121-138.

BIGELOW. Anatomy and Physiology of the corda tympani nerve, *Brain*, 1880-1881, p. 43-47.

CANNIEU. Remarques sur le nerf intermédiaire de Wrisberg, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1895, t. CXX, p. 880-882.

DUVAL (Mathias). Origine du glosso-pharyngien, *Journ. de l'anat.*, 1880.

EMBLETON. Anomalies of arrangements (corde du tympan), *Journ. of anat.*, 1872, t. VI, p. 217.

FRORIEP. Ueber das Homologie der Chorda tympa bei nie-

deren Wirbeltieren, *Anat. Anz.*, Bd II, n° 15, p. 486-493.
GUILLAUME (A.-C.). *Le Sympathique et les systèmes associés*, 1921, Masson et Cie.
HERRICK. Cranial Nerves, *Ref. Handb. med. sc.*, 3e édition, New-York 1914, t. III, p. 321-339.
HOVELACQUE. *Les Nerfs craniens. Anatomie macroscopique*, Paris 1913.
HOVELACQUE et REINHOLD. *La Corde du tympan. Ses rapports avec les scissures tympano-pétreuses, le ligament antérieur du marteau et certaines formations fibreuses.* Une brochure de 40 pages, 11 figures, Paris 1920, Legrand, édit.
LAKE. Aberrant chorda tympani, *Proc. Roy. Soc. med.*, London 1915, t. VIII, n° 8, otol. sec., p. 53.
LENHOSSEK. Das ganglion geniculi nervi facialis u. seine Verbindungen, *Beitr. z. Histol. d. Nerven. u. d. sinnes.*, Wiesbaden 1894.
PAYAN (L.). Le système sympathique, *Marseille méd.*, 15 avril-1er mai 1923, nos 8-9.
PENZO Ueber das Ganglion geniculi und die mit demselben zusammenhangenden nerven, *Anat. Anz.*, 1893, Bd VIII, p. 738-744.
POIRIER. *Traité d'anatomie humaine*, Paris 1921, t. III, 1er et 2e fascicules.
SAPOLINI. Etudes anatomiques sur le nerf de Wrisberg et la corde du tympan ou un treizième nerf cranien (traduit de l'italien par A. Hubert), *Journ. de méd., de chir. et de pharm.*, Bruxelles 1883.
SHELDON (Ralph-Edward) The phylogeny of the facial nerve and chorda tympani, *Anat. Record*, 1909, vol. III, n° 12, p. 593-617.
TESTUT. *Traité d'anatomie humaine.*
TESTUT et JACOB. *Traité d'anatomie topographique*, 1922.
VIALLETON. *Eléments de morphologie des vertébrés*, Paris 1911, Doin, édit.

Physiologie. — ARTHUS. *Précis de physiologie*, 1918, Masson, édit.
BECHTEREW et MISLAWSKY. *Neurol. Centralbl.*, 1888.
BIRMINGHAM. *Journ. of anat. and physiol.*, 1895.
BLAU. *Berl. klin. Woch.*, 1879.
BOCHEFONTAINE. *Biologie*, 1875, p. 324; — *Arch. de physiol.*, 1876.
CANNIEU. *Revue de laryngol.*, 1874.
CALUGARÉANU et V. HENRI. Régénération fonctionnelle de la corde du tympan suturée avec le bout central de l'hypoglosse, *Biologie*, janv. et déc. 1901.
CARL. Fonctions gustat., *Arch. f. Ohrenh.*, 1875.
CHAUCHARD (M. et Mme). Mesure de l'excitabilité d'un nerf sécrétoire : corde du tympan et glande sous-maxillaire, *Journ. de physiol. et de path. gén.*, 3 janv. 1922.
CHIARUGI. *Monit. zoolog. ital.*, 1896.
DASTRE et MORAT. *Système nerveux vaso-moteur*, 1884, p. 209.
FRANCK (François). *Leçons sur le cerveau.*
GLEY. *Traité élémentaire de physiologie*, 1922.
HÉDON. *Traité de physiologie.*
HUBER (C.). Innervation des glandes sublinguale et sous-maxillaire, *Journ. of experim. med.*, New-York 1896.
JACQUES (P.). Contribution à la physiologie de la corde du tympan, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1920, t. LXXXIII.
JOLYET. Corde du tympan, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1886.
LAIGNEL-LAVASTINE. *Pathologie du sympathique*, Paris 1923, Alcan, édit.
LÉPINE. *Biologie*, 1875, p. 257.
LUSSANA. Sui nervi del gusto, *Gaz. med. ital.*, 1871; — Sur les nerfs du goût. Observations et expériences nouvelles, *Arch. de physiol. normale et pathol.*, mars 1872, n° 2, 4e année, p. 150-167.
MORAT et DOYON. *Traité de physiologie.*
STICH. *Ann. der Charité Frank Z.*, Berlin 1857.
TOULOUSE et VASCHIDE. Topographie de la sensibilité gustative, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1900, t. CXXX, p. 1216-1218.
VULPIAN. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1872, et *Biologie*; — *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1885, p. 1037; — *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1886, p. 671.
WERTHEIMER. *Arch. de physiol.*, 1890, p. 519 (confirmation des expériences de Cl. Bernard).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1924)

Remarques sur les polyadénomes stomacaux du type brünnerien. — M. R. ARGAUD. Les polyadénomes brünneriens de l'estomac peuvent, sans transformation cancéreuse, mais par simple prolifération anormale de leurs acini normaux, envahir la tunique contractile et devenir ainsi des tumeurs malignes au sens des anatomo-pathologistes allemands. Les symptômes cliniques sont ceux de l'ulcère de l'estomac, quoiqu'à la vérité il puisse n'exister, tout au moins au début, aucune trace d'ulcération.

Essais de traitement des séquelles de l'encéphalite chronique par injections intrarachidiennes de virus encéphalitique vivant. — M. C. LEVADITI. L'inoculation du virus encéphalitique vivant dans le canal rachidien des anciens encéphalitiques, ne produit que des troubles passagers sans aucune gravité. Le germe disparaît rapidement du liquide cérébro-spinal. La thérapie intrarachidienne semble déterminer une amélioration incontestable des séquelles de l'encéphalite épidémique.

Vaccine et mésoderme. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS.

Influence du système nerveux sur l'immunisation. — M. S. METALNIKOW. Les expériences de l'auteur ont porté sur des chenilles de *Galleria mellonella*, elles montrent que les chenilles normales, les chenilles sans ganglions cérébraux, les chenilles privées du premier ou du deuxième ganglion thoracique ou des ganglions ventraux, sont facilement immunisées contre le choléra. Au contraire, après la destruction de la troisième paire de ganglions thoraciques l'immunisation est impossible. Ces ganglions semblent donc jouer un rôle important dans les phénomènes d'immunité chez la chenille *Galleria mellonella*.

Disparition d'une atrophie génitale ancienne après ingestion de grandes quantités de thymus cru. — MM. Jean CAMUS et J.-J. GOURNAY. Les expériences faites par les auteurs sur le chien n'autorisent pas encore une conclusion formelle. Il se peut cependant que dans les tissus du veau, animal en évolution, dans les plasmas de ces tissus se trouvent des substances qui excitent les fonctions génitales. Le fait, s'il était solidement établi, serait déjà fort intéressant, mais les auteurs ne peuvent s'empêcher de penser à une action spéciale du thymus sur les organes génitaux.

Sur une nouvelle série de médicaments trypanocides. — MM. Ernest FOURNEAU, Jacques TRÉFOUËL, Mme Jacques TRÉFOUËL et M. Jean VALLÉE. Les établissements Bayer ont préparé, en 1920, un nouveau médicament trypanocide appelé le « 205 Bayer ».

Le corps que présentent les auteurs et qu'ils désignent sous le n° 309 paraît identique au 205 Bayer.

Au point de vue chimique, c'est l'urée symétrique de l'acide métaminobenzoyl-métamino-paraméthylbenzoyl-1-naphtylamino-4-6-8-trisulfonate de sodium.

Le 309 se présente sous la forme d'une poudre blanchâtre parfois couleur chair, parfois grisâtre, extrêmement soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool. Elle est facilement hydrolysée par l'acide sulfurique concentré.

Son action sur les animaux est tout à fait remarquable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1924)

Nouvelles découvertes en préhistoire. — M. CAPITAN a communiqué les résultats des fouilles les plus récentes, avec les renseignements très précieux qu'elles ont apportés à la connaissance de la préhistoire de la race humaine. Ces recherches sont dues à M. l'abbé Lemosi et à M. Casteret.

Action préventive et curative des chocs protéiques et anaphylactiques dans le tétanos. — MM. F. ARLOING et L. THÉVENOT ont recherché si des maladies infectieuses à manifestations nerveuses électives (rage ou tétanos) étaient modifiées dans leur évolution par les diverses variétés de chocs dont l'action sur le système nerveux est si puissante.

De grandes difficultés techniques les ont empêchés pour l'instant d'apporter leurs résultats concernant la rage. Par contre, dans le tétanos expérimental par injection de toxine au cobaye, ils sont parvenus aux intéressants résultats suivants : obtenus sur 100 animaux.

1° Avec une toxine tétanique d'activité moyenne (mortalité des témoins 100 p. 100) le choc protéique préserve dans la moitié des cas contre une dose mortelle de toxine (survie 50 p. 100, guérison du tétanos local 0,83 p. 100). Le choc anaphylactique préserve préventivement, parfois complètement (survie 100 p. 100, guérison du tétanos local 16 et 33 p. 100) (sérum et caséine), ou reste sans effets importants (peptone) (survie 62 p. 100, guérison 0,83 p. 100). Le choc anaphylactique (sérum et caséine) a une action curatrice nette contre les effets mortels de la toxine s'il est fait de quelques heures à deux jours après l'injection de poison. Un choc violent permet la guérison d'un tétanos localisé.

2° Avec une toxine atténuée, les chocs protéiques et anaphylactiques, contrairement à l'attente, ne modifient pas la marche du tétanos chronique non mortel et n'amènent pas la guérison.

3° Avec une toxine très active, les chocs restent sans effet sur la marche d'un tétanos expérimental mortel. Il resterait à apprécier si ces expériences peuvent conduire à de prudentes et utiles applications thérapeutiques chez l'homme.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. LALESQUE (d'Arcachon) dont on connaît la compétence en matière de tuberculose fait connaître à l'Académie les mesures prophylactiques auxquelles, depuis longtemps déjà, il a eu recours.

Il estime qu'au moment où tous les efforts se dirigent vers cette prophylaxie de la tuberculose, où la Soeiété des nations elle-même s'en occupe, il peut y avoir quelque intérêt à rappeler les mesures que, depuis quarante ans, il s'efforce d'appliquer contre la contagion tuberculeuse. Il rappelle que dès 1898, il fut un des premiers à préconiser les crachoirs de poche. Dès 1903, d'accord avec Landouzy, M. Lalesque s'est appliqué à pratiquer l'assainissement des locaux habités par les tuberculeux. Enfin, vers la même époque, il a exigé la désinfection du linge des malades. Il a obtenu que, pour l'application de ces mesures, la ville d'Arcachon s'imposât des sacrifices financiers. Ajoutons à tout cela l'éducation du malade tuberculeux à laquelle M. Lalesque n'a pas manqué de s'intéresser : Quels ont été les résultats de ces sages et précoces mesures? Alors que les statistiques officielles accusaient 26,7 p. 10.000 de mortalité par tuberculose, M. Lalesque a pu réduire cette mortalité à 15 p. 10.000.

D'autres améliorations doivent être apportées à la prophylaxie de la tuberculose : une meilleure application de la déclaration, enfin à l'instigation de M. le ministre de l'Hygiène, l'installation d'un bureau d'hygiène dans toutes les stations climatiques.

Cette communication de M. Lalesque que nous n'avons pu que brièvement résumer, a été l'objet, de la part de l'Académie, de nombreuses approbations.

Les hanches étiquetées « arthrites sèches ou rhumatismes » sont des subluxations congénitales méconnues. — M. CALOT (de Berck) rappelle que Charcot, le premier, en 1868, a montré que le grand bloc étiqueté « arthrite sèche déformante ou rhumatisme partiel » n'était pas homogène et indivisible, lorsqu'il a revendiqué pour le tabes un certain nombre de ces cas.

Depuis Charcot, quelques autres cas ont été réclamés pour la syringomyélie, et, par Pierre Marie, pour la spondylose rhizomélique. Mais ces trois prélèvements réunis, ce n'est pas plus de 10 p. 100 du bloc primitif. Les 90 p. 100 restants qui représentent le bloc actuel, M. Calot les revendique, à la hanche, comme étant des subluxations congénitales méconnues jusqu'ici.

Sur toutes les pièces qu'il a pu examiner, il a retrouvé une luxation ou subluxation, cotyle double (dans le sens vertical), ou cotyle à double fond (dans le sens transversal, le néocotyle emboîté sur l'ancien). Et il peut montrer tous les chaînons intermédiaires entre la luxation congénitale la plus haute et le plus petit cotyle « à double fond » des hanches étiquetées arthrites déformantes. Enfin, sur telle pièce où l'on trouve d'un côté une prétendue « arthrite déformante », on voit sur l'autre hanche une luxation congénitale indiscutable. Et l'examen attentif comparé des deux hanches laisse la conviction absolue qu'il s'agit de deux lésions de nature identique ne différant que par le degré.

Où est la preuve décisive, sur le vivant, que la luxation constatée est bien congénitale et non pas acquise?

Cette preuve décisive, la voici : elle nous est donnée par les appoints réunis de la clinique et de la radiographie, laquelle nous permet de retrouver sur le vivant le double cotyle ou cotyle à double fond.

Autre argument pour cette congénitalité : la radiographie de la hanche déclarée malade, lorsqu'elle a pu être prise au premier signe clinique accusé, a montré une lésion articulaire déjà énorme, solidement constituée, donnant l'impression très nette d'une lésion déjà très ancienne.

Il n'y a rien dans l'examen clinique du malade qui ne cadre avec ce que nous ont appris l'anatomie pathologique et la radiographie, c'est-à-dire qu'on trouve, pourvu qu'on les cherche, chez ces malades, des signes cliniques d'une subluxation congénitale.

En outre, chez nombre de ces malades, on trouve des antécédents de malformations et aucun antécédent de rhumatisme.

Et tout cela s'applique à la prétendue « ostéochondrite » de l'enfance où l'on trouve sur les pièces l'existence d'un double cotyle et si l'on ne le voit pas nettement à la radio, c'est à cause de l'état cartilagineux de la hanche à cet âge, mais plus tard lorsque l'ossification est terminée.

Ces malformations, d'une fréquence extrême, représentent près de moitié des hanches malades au-dessous de vingt ans, et les 9 dixièmes de ces hanches au-dessus de vingt ans.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 25 FÉVRIER AU 1er MARS 1924)

THÈSES

Mercredi 27 février. — Jury : MM. Couvelaire, président; Broca (Aug.), Lévy-Solal et Heitz-Boyer. — M. MAXIMOVITCH (Svetislav). Etude radiographique sur quelques cas d'ostéite tuberculeuse de l'astragale chez l'enfant. — M. PERLIS (Jules). Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur.

Jeudi 28 février. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Lejars, Terrien et Basset. — M. DEMONY (Eugène-Marie). Tuberculose conglomérée de la choroïde dans la région papillaire. — M. PLESSY (Jean-Marie-Etienne). Nouvelle technique opératoire du strabisme proportionnel à la déviation. — M. DELAHAYE (André). Etude sur quelques diagnostics du mal de Pott, en particulier sur l'épiphysite vertébrale de croissance.

Samedi 1er mars. — Jury : MM. Achard, président; Gilbert, Laignel-Lavastine et Villaret. — M. MILOCH MOURITCH. Contribution à l'étude de la tension veineuse périphérique au cours des cirrhoses veineuses. — M. RIERA (Louis). Les arthropathies syringomiéliques.

Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Lemaître et Vaudescal. — M. RUPPE (Charles). Ostéite fibreuse des maxillaires. — M. BOUSCARLE (Marius). Des utérus doubles au point de vue obstétrical. — M. JOANNY (Maurice). Nouvel essai d'analgésie obstétricale par une association de morphine-scopolamine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Une place d'externe est actuellement vacante au service d'électroradiologie à l'hôpital de la Pitié.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Jury : MM. Bordas, H. Français, Michaux, Tanon, Boupardin.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Forme clinique de l'urémie. »,

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic des hémoptysies. — Formes cliniques et traitement de l'occlusion intestinale. »

Notes obtenues : MM. Lévy-Neumand, 18; Molimard, 17; Poulet, 16,5; Caraes, Héry et Salmon, 16; Bizette, 15,5; Gallois, 15; Meaume, 14; Ducrot et Schmidl, 13; Gauch, 12; Spindler, 9.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AMIENS. — Sont nommés membres du jury du concours qui doit avoir lieu à Paris, le 31 mars 1924 pour la nomination d'un ophtalmologiste suppléant de la clinique ophtalmologique des hospices de la ville d'Amiens :

M. le docteur Raynier, inspecteur général des services administratifs ; président; MM. Vasselle, membre de la Commission administrative des hospices d'Amiens, le professeur de Lapersonne, les docteurs Morax et Valude, ophtalmologistes des hôpitaux de Paris, les docteurs Godechoux et Hautefeuille, médecins des hôpitaux d'Amiens.

CENTRE RÉGIONAL ANTICANCÉREUX DE TOULOUSE. — M. le professeur Moog, de la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé chef du service de chimie pathologique au centre anticancéreux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira au siège de ladite école, le 20 octobre 1924. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin principal de 2e classe Fraissinet professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, a été nommé sous-directeur de cette Ecole.

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS. — Par décret en date du 18 février, l'enseignement de la physiologie du travail est rattaché à la chaire d'hygiène géénrale, dans ses rapports avec l'industrie. Le laboratoire de physiologie du travail est rattaché à la dite chaire d'hygiène.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Rivière, de la Faculté de médecine de Bordeaux.

JUBILÉ SCIENTIFIQUE DE M. LE PROFESSEUR FORGUE. — L'élévation du professeur Forgue au grade de commandeur de la Légion d'honneur, coïncide avec sa quarantième année d'enseignement. Ses élèves et ses amis ont constitué un Comité d'honneur, dans le but de lui donner un témoignage public de gratitude et d'affection.

Au cours d'une cérémonie qui aura lieu en juillet 1924, le Comité d'honneur remettra au professeur Forgue un livre jubilaire composé de mémoires rédigés à cette intention sur des questions de thérapeutiques médico-chirurgicales, et illustrés de nombreuses figures.

Les initiateurs de cette belle fête scientifique sont MM. E. Jeanbrau, V Riche, G. Massabuau, E. Chauvin, G. Roux, anciens chefs de clinique du professeur Forgue.

Adresser les cotisations au docteur G. Roux, 5, rue Vallat, à Montpellier.

Un exemplaire du livre jubilaire sera adressé à tous les souscripteurs d'une somme égale ou supérieure à 60 francs.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE. — La date des Journées médicales de Toulouse primitivement fixée à fin juin 1924 est renvoyée au 10 juillet 1924.

Les Journées médicales auront lieu du jeudi 10 au dimanche 13 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Bardier, secrétaire général, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse.

ÉLECTIONS AU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ. — Ont été élus : délégués titulaires, MM. Machavoine et Chevereau; délégués suppléants : MM. Simon Brunet, Crouzat, Poisson et May.

A PROPOS DES LOYERS DES MÉDECINS. — Le Syndicat des médecins de la Seine a fait une démarche au Sénat dans le but d'obtenir l'adjonction suivante à la loi actuellement en discussion sur la Propriété commerciale :

« La présente loi est applicable aux établissements d'enseignement et, provisoirement, aux œuvres, dispensaires, laboratoires, établissements médicaux et aux locaux où exercent les médecins et les sages-femmes. »

Le secrétaire général du Syndicat a immédiatement adressé à chacun des membres de la Commission sénatoriale de législation civile une lettre accompagnée d'un court mémoire justifiant le vœu suivant voté par l'assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine :

« Le Syndicat des médecins de la Seine demande qu'en raison de la perte de situation et de la ruine pouvant résulter, pour nombre de praticiens, du changement de domicile, un droit préférentiel à renouvellement de baux et de locations verbales soit inscrit dans la loi actuelle, en discussion au Sénat. »

Il serait utile que tous les médecins insistent dans le même sens que le Syndicat des médecins de la Seine auprès de chacun des sénateurs qu'ils peuvent connaître.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — CONFÉRENCES SUR LES ICTÈRES. Le docteur Etienne Chabrol, médecin des hôpitaux, fera sur les ictères neuf conférences publiques, avec présentation de malades, démonstrations pratiques et projection de coupes histologiques, le dimanche matin, à 10 h. 45, dans l'amphithéâtre Trousseau de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

La première conférence aura lieu le dimanche 2 mars 1924.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ESSENCE DE CÈDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

Plusieurs travaux récents viennent d'attirer l'attention à nouveau sur un succédané de l'essence de santal : l'essence de cèdre extraite du *cedrus atlantica*.

L'essence de cèdre a été préparée pour la première fois à Alger en 1899. Sur les conseils de M. le professeur Trabut, M. Brunet-Manquat distilla de l'eau sur des copeaux de bois de cèdre et obtint 3 p. 100 d'essence.

M. le pharmacien-major Massy, qui a présenté une étude très complète de cette essence à la Société de thérapeutique (janvier 1922), rappelle ces faits dans le *Maroc médical* et montre tout l'intérêt qu'il y a pour nos colonies à produire l'essence de cèdre pour remplacer l'essence de santal qui est un produit étranger.

A la même époque, M. le médecin-major de 1re classe Evrard, s'appuyant sur les travaux précédents, entreprit quelques expériences thérapeutiques en employant dans la blennorragie des capsules gélatineuses d'essence de santal préparées par M. le pharmacien-major Massy, à l'hôpital Louis, à Meknès (1).

Ses essais lui ont montré que « l'essence de cèdre exerce une action des plus efficaces sur l'évolution de la blennorragie chez l'homme, qu'elle en atténue les symptômes douloureux, qu'elle contribue à clarifier et à tarir l'écoulement et à en raccourcir la durée. L'auteur ne l'a pas employée concurremment avec les vaccins spécifiques, mais seulement avec les médications usuelles anciennes.

Il est permis de conclure qu'elle possède une action antifermentescible, antiseptique et microbicide très marquée; que son action curative est supérieure à celle des produits similaires, copahu, santal; qu'elle n'en a pas les inconvénients et qu'elle est toujours parfaitement tolérée par l'estomac et le rein. L'opinion des malades eux-mêmes était constamment favorable à ce remède, qu'ils ne connaissaient cependant pas et qu'ils n'acceptaient d'abord qu'avec une certaine méfiance.

(1) *Maroc méd.*, 15 fév. 1922.

RENSEIGNEMENTS

CROISIÈRES SOUS LES AUSPICES DE L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE. — L'Association de la Presse médicale a chargé le docteur Loir d'organiser une croisière au moment des vacances de Pâques.

Une PREMIÈRE CROISIÈRE aura lieu du Havre à Marseille à bord de la *Ville-de-Strasbourg* des Messageries Maritimes. Déplacement : 14.000 tonnes. Jauge net : 7.000 tonnes. Départ du Havre, le 10 avril. Arrivée à Marseille, le 25 avril. Escales : Bordeaux-Lisbonne. Prix : 720 francs.

Les adhésions doivent être envoyées au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, au Havre, *avant le 15 mars*. Chaque adhésion doit être accompagnée d'une avance de 100 francs à verser : chèques postaux Rouen C/C 6345, le complément du prix de passage sera versé au moment de l'embarquement.

Ces 100 francs resteraient acquis à la Compagnie en cas de renoncement au voyage.

Comme les demandes sont déjà nombreuses et qu'il n'y a que quarante places à bord de la *Ville-de-Strasbourg* une SECONDE CROISIÈRE beaucoup plus longue a été prévue par la Compagnie des Messageries Maritimes avec départ et retour à Marseille.

Départ le 13 mars de Marseille. Retour à Marseille, le 7 avril. Escales : Naples, Messine, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Larnaka (Chypre), Beyrouth (arrêt de cinq jours), Caïpha, Alexandrie, Marseille.

Le prix de cette croisière avec ses arrêts dans les ports, excursions et promenades en autocar à Damas, au Caire, etc., est de 6.600 francs. Grâce à un contrat intervenu avec la Compagnie des Messageries Maritimes, *les médecins qui feront partie de la croisière ne paieront que 2.700 francs*. La Compagnie se chargeant de les nourrir à bord pendant les quatre jours à Beyrouth, sur les 2.700 francs, une somme de 200 francs est prévue pour ces frais de nourriture et leur serait remboursée au cas où ils voudraient séjourner à terre à Beyrouth. Le prix de 2.700 francs ne comporte que le voyage en mer et non les excursions à terre.

Envoyer les adhésions, comme dans le cas précédent, au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, au Havre, *avant le 1er mars*, avec un versement de 400 francs à verser : chèques postaux Rouen C/C 6345.

HOTEL PARTICULIER DANS XIIe, près du bois de Vincennes, 7 pièces; cuisine, salle de bains, 2 chambres de bonnes, jardin. Prix : 150.000 francs. Conviendrait à médecin. S'adresser : Georges PUSSET, 47, boulevard Saint-Marcel, Paris.

Mlle **S. RUSSINGER**, prof. dipl., 8, r. Lekain. Paris, se spécialise ds la copie à la mach. des quest. d'int. Prix très avant.

EST-IL POSSIBLE, DANS LA PLUPART DES CAS, DE DISTINGUER CHORÉE ET ATHÉTOSE?

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

A la Société de Neurologie, s'est fréquemment posée, dans ces derniers temps, la question de savoir s'il était toujours possible de distinguer chorée et athétose. Certains, et non des moindres, l'ont résolue par la négative. Et pourtant, dans les cas purs, rien de plus facile que d'arriver à un diagnostic différentiel, même si l'on envisage uniquement le trouble moteur élémentaire, abstraction faite de tout autre renseignement fourni par l'anamnèse, les symptômes associés, l'évolution des accidents, l'influence qu'exerce, sur eux, telle ou telle thérapeutique.

***

Quels sont les caractères généraux des *mouvements choréiques*? Ils ont été particulièrement bien étudiés par Forster. Ce sont des contractions musculaires :

Spontanées, se produisant au repos (choreatisches Bewegungspiel in Ruhe, choreatische Spontanbewegungen);

Involontaires;

Irrégulières, si désordonnées (G. Sée), si imprévues, si contradictoires (Triboulet), qu'elles ne rappellent que de loin les mouvements gracieux et cadencés auxquels la maladie doit son nom;

Illogiques, sans but, sans destination : ce sont des mouvements et non des actes; elles ne ressemblent en rien aux autres mouvements involontaires (Forster); contrairement à la plupart des mouvements involontaires, elles ne peuvent être reproduites par imitation (Id.);

Brusques, *rapides*, *violentes*, *brèves*, *impulsives*, donnant, au plus haut point, l'impression de départ (Id.);

Non simultanées, *mais successives*, frappant des territoires musculaires très éloignés les uns des autres (Forster);

Remarquables par leur variabilité continue : « La description même la plus minutieuse ne saurait donner une idée exacte du tableau bizarre et varié que présentent les individus atteints de chorée » (Trousseau); de même, Forster insiste sur la rapidité extraordinaire avec laquelle se modifie l'aspect clinique, sur ces *changements à vue* qui font penser aux images du kaléidoscope et justifient l'idée qu'on a eue de les cinématographier et de les étudier au ralenti (A. Thomas et Comandon), et par *leur tendance à se généraliser*, contrairement à tous les autres mouvements involontaires [Weill (de Lyon)];

De siège quelconque; elles n'offrent aucune prédilection pour les muscles des extrémités;

D'amplitude considérable;

De rapidité moyenne, tenant le milieu entre le tic et l'athétose (Blocq et Grenet);

Elles sont *calmées* par le *sommeil*, le *chloral* à doses suffisantes; l'*anesthésie chloroformique*; le *repos au lit*; l'*isolement*;

Inversement, elles sont *accrues* par les *émotions*, même *légères*; le *travail intellectuel*; les *efforts* que déploie le malade pour garder l'immobilité; la *fatigue*; les *mouvements actifs*; la simple *station verticale*; les *excitations extérieures* (froid); l'*absence de tout traitement*.

Parmi les *troubles moteurs associés*, signalons surtout :

1° L'*hypotonie musculaire* (Bonhoeffer, Forster, Hay, André Thomas).

Elle se localise aux muscles qui sont le siège des mouvements involontaires et se manifeste, soit par certaines attitudes : abaissement du moignon de l'épaule pour le membre supérieur, soit par la possibilité de faire effectuer au membre atteint des mouvements d'une amplitude démesurée (Bonhöfer).

A ces données classiques, MM. Forster et André Thomas en ont ajouté de nouvelles, qui sont du plus haut intérêt.

M. Forster distingue :

a. Le *tonus musculaire plastique* qui est *nettement diminué* dans l'intervalle des contractions;

b. La *résistance à l'extension* (Dehnungswiederstand) qui est *diminuée* dans la plupart des chorées, ce qui est dû au manque de contre-tension immédiate, et à l'*extensibilité anormale du muscle* (Ueberdehnbarkeit);

c. Les *tensions de fixation* (Fixationsspannungen) qui *font* complètement *défaut dans la chorée aiguë* et ne se voient qu'à de rares intervalles dans certaines chorées chroniques.

Quant à M. André Thomas, il dissocie l'hypotonie en deux éléments principaux :

1. L'*augmentation de l'extensibilité du muscle* (hyperextensibilité), grâce à laquelle « le jeu de l'articulation qu'il actionne peut être poussé plus loin que du côté sain dans le sens opposé à celui de son action »;

2. *Sa diminution de résistance aux forces qui agissent en sens inverse de sa propre action* (*résistance antagoniste*, *réflexe antagoniste*, *réflexe proprioceptif* de Sherrington), passivité grâce à laquelle « les mouvements de balancement imprimés au segment du membre sur lequel il prend son insertion inférieure, dans un sens opposé à celui de son action, sont plus amples que du côté sain ».

Ces deux éléments ne sont pas forcément associés, et chacun peut exister à l'exclusion de l'autre.

2° Les *syncinésies*, surtout étudiées par MM. André Thomas et Jumentié, P. Marie et Foix, Forster.

3° Les *troubles de la synergie*, particulièrement bien décrits par M. André Thomas.

4° Les *troubles de la diadococinésie*. La diadococinésie a souvent été observée dans la chorée de Sydenham où elle serait précoce, nette et durable (Marfan). Mais, chez le tout jeune enfant, son interprétation est assez délicate (H. Grenet et P. Loubet) du fait des mouvements involontaires surajoutés (A. Thomas).

5° L'*affaiblissement musculaire*. Il peut être mis en évidence par le dynamomètre (Triboulet) et affecte les muscles atteints par l'agitation choréique (André Thomas).

6° L'*inertie musculaire*, voisine du symptôme précédent (M. André Thomas).

7° De ce trouble, il faut sans doute rapprocher l'*akinésie spontanée*, parfois assez accentuée pour prendre l'apparence de la parésie (pseudo-parésie de Bostroem), et qu'il est souvent difficile d'étudier, l'agitation choréique la masquant presque entièrement.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer

expliquent pourquoi et comment, dans la chorée, les troubles portent sur :

1° Les MOUVEMENTS VOLONTAIRES, contrariés, interrompus par les secousses involontaires, altérés par de nombreux facteurs morbides : hypotonie, syncinésies, asynergie, etc. D'où, en particulier, l'*impossibilité de fournir un effort prolongé* ;

2° Les MOUVEMENTS AUTOMATIQUES, souvent perdus ;

3° Les MOUVEMENTS EXPRESSIFS et RÉACTIONNELS, *beaucoup plus vifs*, *beaucoup plus amples que d'habitude*, *intéressant plus de groupes musculaires* et qui, dans les chorées sévères, prennent un caractère massif, global, assez caractéristique (O. Forster).

Si l'on veut *schématiser* les troubles moteurs de la chorée, on voit qu'ils se divisent en plusieurs grandes catégories qui sont, par ordre d'importance, les suivants :

mouvements involontaires survenant au repos ;
mouvements volontaires anormaux, du fait de divers facteurs souvent associés : hypotonie musculaire, syncinésies, asynergie, parésie, etc.
perte des mouvements automatiques ;
mouvements expressifs et réactionnels particulièrement vifs et se substituant à ceux des mouvements volontaires qui sont devenus impossibles.

*
* *

Passons maintenant à l'*athétose*. Quels sont ses éléments constitutifs ?

L'athétose double, avons-nous dit avec M. Roger Voisin dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* (1), se caractérise par quatre symptômes *fondamentaux* : mouvements involontaires, rigidité musculaire, spasmes, syncinésies et par divers symptômes *secondaires*.

Symptômes fondamentaux. — 1° Les *mouvements*, bien qu'*involontaires*, simulent les mouvements volontaires : on croirait, à les voir, que le malade exécute des mouvements délibérés (deliberated), de capture (Greifbewegungen). Ils sont lents, mais incessants, d'allures puissantes, d'amplitude peu considérable, et, dans leur arythmie, paraissent posséder un certain rythme. Aussi les a-t-on comparés aux mouvements péristaltiques, ou, mieux encore (Gardner), à ceux des tentacules du poulpe ou de l'anémone de mer. Clay Schaw les définit des mouvements ondulants et glissants.

Réveillés ou exagérés par les mouvements volontaires, surtout quand ceux-ci se proposent quelque but insolite, par les émotions, l'effort, l'attention, le fait de se sentir observés ; ils sont calmés par le repos, les hypnotiques ; ils cessent complètement pendant le sommeil (Dejerine) ; ils sont souvent interrompus par des spasmes (Lewandowski).

Leur *siège* ? En thèse générale, ils sont plus marqués aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, à la face qu'aux membres supérieurs.

A la *face*, ils s'observent dans les trois quarts des cas (Audry).

Ils se cantonnent surtout aux muscles innervés par le facial inférieur et donnent à la physionomie, successivement, les expressions les plus opposées : rire large, surprise douloureuse, chagrin, admiration, curiosité. Ces jeux de physionomie ne reflètent en aucune manière l'état d'âme du malade ; ils se passent à son insu et ne répondent à rien de réel. Leur répétition finit par laisser des sillons et des rides qui vieillissent la figure.

Dans quelques cas, on a vu l'athétose frapper les masticateurs, les muscles des yeux, et, surtout, la langue qui arrive à sortir et à rentrer sans cesse, comme une tête de tortue (Clay Schaw) ; au bout d'un certain temps, l'organe finit par s'hypertrophier et, perdant droit de domicile, pend complètement hors de la bouche.

Aux membres supérieurs, l'athétose, parfois prédominante d'un côté, est *toujours plus accentuée à l'extrémité qu'à la racine*. Les doigts, animés de mouvements alternatifs de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction, se heurtent et s'embrouillent ; ils semblent toujours prêts, et de façon toujours nouvelle, à saisir un objet (Pollak) ; mêmes mouvements, mais de moindre amplitude, au poignet. Quant à l'avant-bras et au bras, ils sont généralement respectés.

Aux membres inférieurs, l'athétose, moins accentuée, se localise encore aux extrémités et consiste en mouvements de flexion, d'extension, d'écartement et de rapprochement des orteils. Plus rares sont les mouvements d'athétose localisée aux tibio-tarsiennes, aux articulations du genou ou de la hanche. On a eu l'idée d'appliquer, à l'étude de la démarche, le cinématographe (Al. de Castro).

Signalons encore l'athétose localisée aux muscles cervicaux, qui s'observe dans la moitié des cas, et, parfois, s'étend aux muscles du tronc. Quant à l'athétose du larynx et du pharynx, elle est mal connue.

2° L'*hypertonie* occupe, dans l'histoire de l'athétose double, une place aussi importante que les mouvements involontaires eux-mêmes. Pour certains même, elle ne ferait jamais défaut. D'après les descriptions classiques, elle présenterait les caractères de l'hypertonie pyramidale. Il est bien vraisemblable, cependant, qu'elle est surtout de type strié, ainsi qu'en témoigne la dénomination qui, de tout temps, lui a été appliquée, de *rigidité musculaire*. D'ailleurs, entre l'hypertonie de l'athétose double et celle de certains syndromes ressortissant à une lésion striée, comme la dégénération lenticulaire progressive, indéniables sont les analogies. Dans quelques cas, à l'hypertonie se substitue l'hypotonie (Buzzard, Marfan, Prantice, Turney). Ces cas sont considérés comme très fréquents par Forster : contrairement à lui, et avec la majorité des neurologistes, nous les croyons rares.

3° Aux mouvements involontaires et à l'hypertonie se surajoutent des *spasmes* qui viennent interrompre les mouvements volontaires et fixer tel ou tel segment de membre dans une attitude anormale. Les groupes musculaires le plus souvent frappés finissent par devenir le siège d'une rigidité extrême, et, dès lors, l'athétose cesse de les agiter.

4° On observe souvent aussi des *mouvements associés*, bien étudiés par P. Marie et Foix, dont la survenance contribue encore à troubler les mouvements volontaires.

Athétose, spasmes, syncinésies et rigidité combinent leurs effets, de manière à déterminer :

Des *attitudes spéciales* : immobilisation en flexion du membre, lorsque c'est la rigidité qui domine : agitation incessante, dans le cas où l'athétose et les spasmes l'emportent. Ce n'est qu'au prix de mille artifices que les patients arrivent à maintenir au

(1) T. XXV, p. 579, Maloine, édit.

repos tel ou tel segment du membre ; le séjour au lit s'impose alors.

Des *troubles fonctionnels* : pour les membres supérieurs, difficulté de porter les aliments à la bouche, de s'habiller, d'ouvrir une porte, etc. Il est des cas, cependant, où certains mouvements délicats : coudre, tricoter, broder, sont respectés. L'écriture est impossible, ou tellement gribouillée, malgré tous les efforts, qu'on ne peut la déchiffrer.

Pour les mouvements inférieurs, gêne de la marche, spasmodique (Huet) ou même ataxique (Schaw).

Pour la face : dysarthrie, les mots sortant avec peine, la parole étant lente, traînante, comme tirée hors de la bouche (Seeligmüller), souvent nasonnée et gutturale, quelquefois irrégulière et saccadée, ou même explosive, tous phénomènes dus à l'athétose des muscles de la face, de la langue, et, peut-être même, du larynx : difficulté des mouvements des yeux; parfois crises de rire et de pleurer spasmodique; impossibilité (Lewandowski) de contracter isolément les muscles innervés par le facial supérieur ou le facial inférieur.

Certaines laxités articulaires dues à l'action combinée des mouvements involontaires et des spasmes, d'où possibilité, surtout aux phalanges, de luxations spontanées.

Des troubles trophiques des muscles : atrophie succédant à l'immobilisation forcée qu'entraîne la rigidité, hypertrophie localisée aux muscles qui sont le siège de mouvements les plus violents et les plus fréquents; est-elle très accentuée, la contraction se prolonge anormalement, réalisant ainsi (Dejerine) une véritable myotonie.

***

Cette description générale une fois donnée, voyons comment on peut arriver à faire, entre athétose et chorée, un diagnostic différentiel.

Pour Forster, en voici les éléments :

a. A la *chorée* manque le freinage antagoniste de l'athétose, à l'athétose, le *caractère brusque, rapide des mouvements*. Dans la première, *atteinte de groupes musculaires très éloignés les uns des autres* et qui entrent successivement en jeu ; dans la seconde, grande monotonie du mouvement, synergies spéciales, reproduisant l'acte de grimper, et qui *font complètement défaut dans la chorée* ;

b. La diminution du tonus plastique est *beaucoup plus nette dans la chorée* que dans l'athétose;

c. *De même, la diminution de résistance à l'extension des muscles*;

d. L'*apparition*, lorsqu'on vient d'obtenir un réflexe tendineux, d'une *contraction tonique durable* dans les muscles correspondants, est sans valeur pour le diagnostic différentiel des deux affections ;

e. Par contre, le caractère massif des mouvements expressifs et réactionnels est moins net dans la chorée que dans l'athétose;

f. Dans la chorée, *moindre participation des antagonistes au mouvement volontaire*, trouble profond de l'innervation, absence de synergies synchrones rappelant l'acte de grimper et de tensions de fixation.

Ces divers caractères sont d'ailleurs beaucoup plus nets pour la chorée aiguë que pour les chorées chroniques.

Dans l'*athétose* :

1. Jeu des mouvements athétosiques au repos ;
2. Diminution du tonus musculaire plastique, dans l'intervalle des contractions;
3. Anomalies de position du membre et du tronc, lesquelles correspondent à la position en bosse (Hockerstellung);
4. Hyperextensibilité des muscles ;
5. Tendance aux tensions de fixation, mais inconstante et variable ;
6. Mouvements « réactionnels » et expressifs anormalement intenses et étendus ;
7. Syncinésies accusées dans les mouvements volontaires.

Il s'en faut de beaucoup que tous ces caractères soient d'égale valeur. Certains semblent bien théoriques. Tels, ces fameux mouvements reproduisant l'acte de grimper (Kletterbewegungen) auxquels Forster attribue tant d'importance, voulant, à toute force, considérer l'athétose comme un phénomène de régression atavique. D'autres ne s'appliquent qu'à la chorée aiguë. D'autres encore sont d'interprétation malaisée ou ne diffèrent pas sensiblement selon qu'il s'agit de chorée ou d'athétose. Aussi voudrions-nous essayer de fonder le diagnostic sur d'autres éléments.

En faveur de la *chorée*, plaident les constatations suivantes :

I. — Le mouvement involontaire y est : *A*. de *caractère illogique, absurde* : il ne peut jamais être considéré comme tendant à l'exécution d'un acte donné; *B. d'une brusquerie excessive* ; *C. d'une grande amplitude* ; *D. d'une irrégularité typique* ; *E. Il peut intéresser toute la musculature striée* ; en tout cas, il n'offre aucune prédilection pour les extrémités; *F. Il passe d'un groupe musculaire à un autre groupe souvent très éloigné du premier*, l'intervalle entre les deux contractions étant d'autant plus restreint qu'il s'agit d'une forme plus sévère, mais jamais ne surviennent simultanément deux contractions involontaires.

II. — *Au mouvement involontaire ne s'associent pas de spasmes; jamais, de par sa répétition, il n'arrive à déterminer ni attitudes vicieuses, ni troubles trophiques et, en particulier, il ne déclanche pas d'hypertrophie musculaire.*

Inversement, à l'*athétose* appartiennent :

I. — Des mouvements involontaires que spécifient :

A. Le *fait que, bien qu'involontaires, ils simulent les mouvements volontaires* ;

B. Leur *lenteur* ;

C. Leur *localisation* sur *ou leur prédominance* pour *les extrémités* ;

D. Leur *allure puissante* ;

E. Leur *médiocre amplitude* ;

F. Leur *tendance au rythme*, malgré leur arythmie. Ils réalisent, si l'on veut, une arythmie rythmée;

G. Leur *simultanéité*.

II. — Au mouvement involontaire s'associent, assez régulièrement :

A. Une *hypertonie manifeste*, de type strié ;

B. Des *spasmes*.

D'autre part, il se produit, à la longue, soit une *hypertrophie musculaire* localisée aux muscles frappés par l'athétose, soit des *attitudes vicieuses* de types divers.

* * *

Sans doute, il existe des formes de transition, signalées par tous les classiques (Brissaud et Hallion, Forster, Freud, Hutinel et Babonneix), et auxquelles seul convient le nom d'athétoso-chorée. Sans doute aussi y a-t-il lieu de faire une remarque : la notion, par ailleurs si féconde, de l'encéphalite léthargique n'a fait que rendre plus complexe l'étude des mouvements involontaires. Quand on voit une même affection produire, ici, des mouvements rythmés : tremblements, tics, myoclonies, spasmes, tantôt des mouvements arythmiques : chorée, athétose, spasmes de torsion, on conçoit que la distinction de ces divers troubles, qui ont tous un certain air de famille, ne soit pas toujours aisée. N'empêche que, dans la plupart des cas, on peut, en analysant les caractères des troubles moteurs, arriver à différencier chorée et athétose.

ACTUALITÉS

CURES BIZARRES

Notre excellent confrère, le docteur Henri BOUQUET, a récemment parlé, dans une de ses savoureuses chroniques du *Temps*, du traitement de diverses maladies et notamment du rhumatisme et du lupus par les piqûres d'abeilles. Et ce traitement, si étrange qu'on le juge, possède pourtant, à son actif, des faits déjà assez nombreux et impressionnants. Dès 1859, le célèbre agronome DE GASPARIN déclarait avoir été guéri de douleurs rhumatismales par des piqûres d'abeilles. En 1864, LUKOMSKI, professeur à Saint-Pétersbourg, signalait, dans la *Gaz. des hôpit.* (1), les bons effets de ces piqûres, non seulement dans les rhumatismes et les névralgies, mais aussi dans les fièvres intermittentes. Il espérait même y trouver un remède contre la fièvre jaune, le choléra et la peste ; un peu plus tard, un médecin de Marbourg, TERK, érigeait ce traitement en système et affirmait que, dans plus de 500 cas d'affections rhumatismales, il avait obtenu, plus ou moins vite, un succès constant. Enfin, en novembre 1923, le professeur BOINET (de Marseille) appelait l'attention sur deux cas de lupus guéris eux aussi par des piqûres d'abeilles. Nous devons nous incliner devant ces affirmations, mais nous aimerions aussi à nous rendre compte du mécanisme par lequel agit ce singulier médicament. A cet égard, notre ignorance est malheureusement complète. Mᵐᵉ PHISALIX, dont la compétence en cette matière est pourtant hors de pair, déclare ne pas connaître exactement la composition du venin d'abeille ; on sait seulement que les glandes venimeuses de ces hyménoptères sont doubles, les unes sécrétant une substance à réaction basique, les autres une substance à réaction acide dans laquelle figure très probablement l'acide formique. Mais cela ne suffit pas à expliquer l'action curative du venin apiaire dans des maladies aussi différentes que le rhumatisme et le lupus.

La présence de l'acide formique dans le venin de [illegible] rappelle un autre traitement, non moins [illegible], du rhumatisme, des névralgies et des douleurs névritiques, la *formication*, par la morsure et la piqûre de certaines fourmis. Ce traitement, fort ancien, semble-t-il, puisque PLINE y fait allusion, a été appliqué des côtes atlantiques en Russie, mais reste confiné dans la médecine populaire et n'a jusqu'ici donné lieu, autant que je puisse croire, à aucune observation rigoureuse. Ici, cependant, nous avons affaire à l'action d'un corps chimiquement défini, l'acide formique, dont les sels eurent même quelque vogue, en tant que tonimusculaires, à la suite des recherches de POLÉNOV et d'une communication de HUCHARD. Par suite, nous serions entraînés à des considérations qui dépasseraient les limites de ce modeste article. C'est pourquoi je me contenterai aujourd'hui de vous entretenir brièvement d'une autre cure bizarre, que l'on désigne, dans le pays où je l'ai observée, pour la première fois, sous le nom de « prendre le sel ».

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 427.

* * *

Parmi les départements français où la longévité est le plus marquée, G. LAGNEAU a signalé les Pyrénées orientales et surtout l'Ariège. J'eus l'occasion, à plusieurs reprises, de visiter ces régions et je constatai le nombre et la bonne conservation des vieillards. Un, surtout, grand et sec, qui me servait de guide, faisait mon admiration par sa vigueur et son endurance, et, un beau jour, je lui demandai son âge.

— Soixante et seize ans, répondit-il. Mais ce n'est rien. Mon grand-père est mort à quatre-vingt-quinze ans et le grand-père de ma femme, qui travaillait le bois en Soulane (côté du soleil, de l'Espagne), a vécu plus de cent ans. Ma mère a quatre-vingt-dix-huit ans, mais elle ne voit plus son ombre (elle est aveugle). Ses frères, à eux deux, font bien près de cent quatre-vingt-dix ans... De nos côtés, la montagne conserve.

— Mais tous, par ici, ne sont pas aussi robustes que vous et ne vivent pas aussi vieux.

Il hésita une minute, car l'Ariégeois n'est pas bavard et n'aime guère raconter ses petites affaires. Je dus pourtant lui inspirer confiance, car il déclara :

— C'est qu'ils ne prennent pas le sel.

— Qu'est-ce que « prendre le sel » ?

— Une coutume de chez nous. Chaque matin, au réveil, et avant boire, on avale une pincée de sel sur laquelle on a fait la « Croix ». Cela empêche les pituites et les échauffures, guérit du tour de reins, de la fièvre, du goitre et du haut-mal. Et, sans toutes ces misères, dame ! la vie se prolonge... (1).

Jamais je n'avais encore entendu parler de cet usage singulier, et, autant que je sache, aucun ethnographe n'en fait mention. A Aulus et à Ax, j'interrogeai diverses personnes à ce sujet : toutes l'ignoraient. A Ustou — le pays des anciens éleveurs d'ours — un bonhomme m'assura en avoir connaissance et, à Vicdessos, plusieurs vieux mineurs avaient la réputation de s'y adonner. Enfin, un curé, originaire de Mérens, dans la haute vallée de l'Ariège, a reconnu que cette coutume avait existé et existait peut-être encore en Cerdagne.

Il est curieux de constater que la coutume ariégeoise, maintenant désuète, de « prendre le sel » a eu, assez récemment, aux Etats-Unis, une vogue momentanée. Pendant plusieurs mois, en effet, les

(1) J'ai déjà raconté cette histoire, il y a bien des années (*Le Corresp. méd.*, 30 nov. 1903), mais il m'a paru utile de la rappeler.

belles dames de Chicago et de Philadelphie croquèrent, au lieu de pralines, des pastilles de chlorure de sodium, dans le but avoué de rendre ou de conserver à leur teint tout son éclat. Mais les femmes, qui ont tendance à tout exagérer, abusèrent de ces bonbons inaccoutumés et ne tardèrent pas à éprouver des malaises qui mirent un terme à cette sorte de cure de beauté.

Au surplus, il existe, en médecine populaire, bien d'autres exemples contemporains de l'usage thérapeutique du sel. Chez certains nioleurs et cabaniers des marais vendéens, paludiers de l'Aunis et de l'estuaire nantais, le sel a été parfois l'unique remède ; on l'administrait contre les fièvres, la toux, l'esquinancie, le mal des podagres et les flux du ventre. Jadis, les charbonniers de l'Aubrac mangeaient du sel pour favoriser l'expectoration dans les maladies de poitrine et mêlaient du sel à la cendre pour panser leurs plaies. Rappelons, enfin, pour ne pas prolonger cette énumération que, voici une trentaine d'années et même moins, certains médecins recommandaient, aux enfants amaigris, rachitiques ou strumeux, de manger des tartines de beurre fortement salé.

*
* *

A ne considérer que l'apparence, il semble bien que ces pratiques soient dénuées de fondement et dérivent d'un empirisme plus ou moins superstitieux. Et non seulement elles paraissent sans réelle valeur, mais encore peuvent être dangereuses. On sait, en effet, depuis les belles recherches de M. F. Widal et de ses élèves, que le rein n'a qu'une perméabilité limitée pour le sel, et que, cette perméabilité, d'ailleurs variable, dépassée, le sel s'accumule dans l'organisme, entraînant les œdèmes et tous les accidents de la chlorurémie. La cure de sel se trouve donc formellement contre-indiquée chez les néphritiques, que l'on améliore et que l'on guérit quelquefois, au contraire, par le régime hypochloruré.

Néanmoins, la rétention saline ne constitue qu'un cas particulier, observé chez les personnes d'un certain âge, exceptionnellement chez les jeunes. Abstraction faite de l'hypothèse de M. Quinton, il faut bien que le chlorure de sodium ait normalement une fonction importante à remplir, puisque toutes nos humeurs sont salées à un taux qui oscille entre 6 et 8 p. 1.000. Et, en effet, le sel facilite les échanges et notamment l'élimination des déchets. Les cliniciens ont bien vu que, si le régime hypochloruré favorise la résorption des œdèmes, il diminue l'élimination des corps azotés, moins sans doute par rétention de ces corps qui n'ont pas à proprement parler de seuil d'élimination, que par ralentissement des mutations organiques. Aussi voit-on, chez les brightiques qui ont été soumis à la cure de déchloruration, une augmentation de poids se produire après le retour au régime ordinaire, augmentation qui peut être simplement due à une réhydratation des tissus, mais qui aussi parfois est imputable à un véritable engraissement physiologique. Si on examine une personne saine, dont le rein filtre normalement les chlorures, on s'aperçoit que, malgré l'équilibre entre le sel ingéré et le sel éliminé, une légère augmentation de la salure alimentaire fait monter le poids, comme conséquence, non pas de l'apparition d'œdèmes diffus, mais d'une meilleure assimilation et fixation tissulaire ; du moins il ne se présente pas d'autre explication, puisque l'on retrouve dans les urines le surplus du sel absorbé. Il ne faut donc pas toujours affirmer que les enfants amaigris qui mangent des tartines de beurre salé n'augmentent de poids que par l'effet de la rétention chlorurée. Du reste, il y a des enfants qui avalent du sel par plaisir et beaucoup de ceux-ci sont vigoureux, de teint coloré et de constitution sèche. Si l'on rapproche ces faits de l'action en somme dépurative et fluidifiante des chlorures, peut-être arrivera-t-on à comprendre l'origine des pratiques dont il a été ci-dessus parlé et de leur maintien traditionnel dans la médecine populaire.

J. Laumonier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 15 février 1924)

Hypertension paroxystique chez un saturnin. — MM. Vaquez et Magniel, à propos de la communication de M. Aubertin, rapportent l'observation d'un malade âgé de trente ans, saturnin ancien, qui présente des crises paroxystiques d'hypertension. La tension maxima au moment des crises est de 30 (au Vaquez-Laubry), Elle redescend aux environs de la normale entre les crises. Au moment des poussées hypertensives, le malade présente les signes de l'encéphalopathie saturnine.

Scoliose essentielle familiale. — M. Crouzon présente deux frères de dix-huit et seize ans atteints d'une scoliose grave survenue, chez le premier à quinze ans, chez le deuxième à six ans. Chez le premier, cette malformation s'accompagne d'un ptosis congénital bilatéral; chez le deuxième, d'un nanisme prononcé. En dehors des malformations des maxillaires, les malades ne présentent aucune autre malformation osseuse. Il n'existe aucun signe d'hérédosyphilis. Il s'agit d'une scoliose grave présentant un caractère familial.

MM. Guinon et Variot considèrent ces déformations osseuses héréditaires, et dans un grand nombre de cas il ne s'agit pas d'hérédosyphilis.

Lymphocytome malin du médiastin antérieur chez un enfant de vingt mois, origine thymique probable — MM. J. Renault, Cathala et Plichet décrivent le syndrome clinique, réalisé par cet enfant de vingt mois, qui ressemble au syndrome médiastinal de l'adulte. Dyspnée, cornage, cyanose, œdème en pèlerine, large matité sternale à limites nettes.

Le diagnostic reposait avec l'hypertrophie simple du thymus et l'adénopathie tuberculeuse.

Le siège de la tumeur dans la loge thymique rend probable l'origine aux dépens du thymus, que l'absence de corpuscules de Hassall ne permet pas de prouver. Il est à noter que ce néoplasme ne retentissait que très modérément sur l'état général et que l'enfant n'était en rien rachitique.

Méningite à streptocoques consécutive à une varicelle. — MM. Lenoble et Thiélemans (de Brest) rapportent l'observation d'une fillette de cinq ans atteinte de méningite à streptocoques consécutive à une varicelle. Le début fut brusque, l'évolution rapide, la terminaison fatale. Les auteurs rappellent à cette occasion, la gravité possible des complications des varicelles à vésicules suppurées (néphrites, endocardites végétantes). Le mécanisme invoqué par les auteurs est celui qui résulte des expériences de van Caneghem (de Gand) en 1919 ; inflammation des couches cérébrales superficielles et participation des ventricules trente-six heures après le début de l'infection.

Un cas de pléonostéose. — MM. Caussade et J. Peynet présentent une femme de vingt-cinq ans, atteinte de pléonostéose caractérisée par une dystrophie généralisée de tous

les os, provenant d'une ébauche cartilagineuse. Cette dystrophie intéresse également les segments rhizoméloques et inférieurs des membres inférieurs et supérieurs, qui sont d'une part raccourcis dans leur longueur, et qui, d'autre part, sont hypertrophiés dans leur diamètre transversal, à prédominance épiphysaire, d'où résulte une déformation assez spéciale, s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle plus ou moins complète, accentuée, en outre, par l'ankylose partielle des articulations.

Le facies du sujet du type mongolique, permet de rattacher cette dystrophie osseuse à la persistance d'une hérédité ancestrale. Autre caractère important : cette affection est héréditaire, congénitale et familiale, dans notre cas comme dans le cas princeps de M. Leri.

Ainsi toute confusion doit être évitée avec l'achondroplasie.

Dans quelle mesure la syphilis est-elle responsable de l'évolution des scléroses viscérales? — M. Maurice Renaud, faisant une enquête clinique minutieuse chez plus de 1.000 malades de son grand service de chroniques, trouve que 55 seulement de ceux-ci ont présenté des symptômes caractéristiques de la syphilis. Il discute longuement la valeur de pareille donnée dont l'évidence et l'importance ne sauraient échapper à personne.

Etudiant, d'autre part, la vie des syphilitiques, il ne découvre pas qu'ils soient sensiblement, plus que d'autres, prédisposés à l'éclosion d'affections viscérales chroniques.

Rejetant l'hypothèse couramment admise de l'extrême fréquence des syphilis latentes ou méconnues, M. Renaud conclut que la clinique ne met pas la syphilis au premier plan, parmi les facteurs des scléroses viscérales. L'anatomie ni la biologie ne le font davantage. Après une critique serrée de la valeur théorique des réactions du type Bordet-Wassermann, il pense que la plus grande réserve s'impose dans l'interprétation de ces réactions, incapables, ainsi qu'il l'a montré récemment à la Société de biologie, de donner autre chose qu'un élément d'enquête assez banal et en tout cas sans vraie spécificité.

Le rapprochement qu'a fait M. Renaud des données cliniques et de l'état des réactions humorales est d'ailleurs des plus suggestifs. Dans le tableau qu'il publie, les pourcentages de réactions positives et négatives dans les différentes catégories de malades sont tels que la réaction paraît bien incapable de mettre sur les affections une signature étiologique à laquelle on puisse faire aveuglément confiance.

Il proteste en fin d'étude contre l'extension du domaine de la syphilis qui est de mode aujourd'hui, mais qui lui paraît injustifiée et aussi regrettable au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1924)

Kyste amygdaloïde du cou. — M. Rouvillois a enlevé chez un jeune homme une tumeur sous-maxillaire du volume d'une mandarine. L'examen histologique, fait par M. Lecène, a montré qu'il s'agissait d'un kyste amygdaloïde typique.

Pancréatite aiguë. — M. Tuffier relate l'observation d'un malade de quarante-cinq ans arrivé à l'hôpital dans un état tellement grave qu'il jugea inutile toute intervention. Le lendemain, cependant, M. Tuffier se décida à faire une laparotomie exploratrice qui donna issue à une certaine quantité de liquide et qui permit de constater que le pancréas était gros. Il draina et referma. Quinze jours après, le malade allant mieux, M. Tuffier fit une cholécystectomie et ce malade guérit. Il s'agissait d'une pancréatite aiguë.

Tumeur polykystique de la région rénale. — M. Lecène fait un rapport sur une observation adressée par MM Madier et Nathan. Il s'agit d un enfant de deux ans et demi qui fut atteint brusquement de troubles abdominaux. A l'examen clinique on trouvait une tumeur dans l'hypocondre gauche, tumeur qu'on pouvait supposer dépendre du rein. L'enfant présentant un bon état général on décida une intervention exploratrice. On trouva un kyste pararénal qui put être excisé assez facilement.

La tumeur était complètement indépendante du rein.

On a prétendu que les tumeurs rénales chez les jeunes enfants sont toujours extrêmement graves et qu'ils ne supportent pas la néphrectomie. On a même déconseillé toute intervention dans ces cas. C'est là une erreur. Une intervention exploratrice ne met pas la vie de l'enfant en danger et si, comme dans ce cas, on a la chance de tomber sur une tumeur pararénale et bénigne, on l'enlève sans faire courir à l'enfant un danger de mort. Si, au contraire, on se trouve en présence d'une tumeur de mauvaise nature, inopérable, on en est quitte pour refermer le ventre. En cas de diagnostic douteux, il est donc indiqué de faire une laparotomie exploratrice.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une tumeur d'origine wollfienne, tumeur bénigne.

M. Veau a observé un cas analogue. Il estime, avec M. Lecène, que même au cas de diagnostic de cancer du rein, il vaut mieux intervenir, car on n'est jamais sûr du diagnostic et on peut tomber sur une tumeur bénigne et opérable sans danger.

M. Hallopeau va plus loin et pense que, même en cas de cancer démontré par l'examen histologique, on peut faire une néphrectomie qui peut amener au moins une guérison temporaire.

Il a ainsi opéré et guéri un enfant qui, depuis quatre ans, est resté sans récidive.

Ostéosynthèse de l'humérus. — M. Descomps fait un rapport sur une observation de M. Deniker. Il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui était atteint d'une fracture sous-tubérositaire de l'extrémité supérieure de l'humérus vicieusement consolidée. M. Deniker eut recours à l'intervention suivante : Par une incision delto-pectorale, avec débridement acromial, le cal est excisé, les fragments sont abrasés et mis en contact. Une cheville d'os tué, longue de 7 centimètres, est implantée dans le fragment diaphysaire qu'il déborde de 2 centimètres et qui est ensuite coiffé par le fragment épiphysaire, en forme de bilboquet. Immobilisation pendant quinze jours, puis à partir de ce moment mobilisation. Récupération de tous les mouvements après six semaines. Cet enfant est revu dix mois après, résultat fonctionnel restant parfait, pas d'atrophie. Raccourcissement seulement d'un centimètre.

La dernière radiographie montre que le tuteur est à peu près complètement résorbé.

Volvulus partiel du grêle. — M. Rouvillois fait un rapport sur deux observations adressées par MM. Voncken et Pireaux (de Liége) dans lesquelles il s'agit de deux cas de volvulus partiel du grêle. M. le rapporteur insiste sur la difficulté du diagnostic dans ces cas.

Dans le premier cas, laparotomie d'urgence, volvulus du grêle. Après détorsion, il persiste deux sillons d'étranglement qui s'opposent au passage des gaz. Cette anse est fixée à la peau et donne issue à une grande quantité de gaz et de matières. Amélioration de l'état du malade. Trois mois après, il ne restait qu'une petite fistule.

Dans le second cas les accidents avaient pour point de départ une appendicite gangréneuse. Malgré l'appendicectomie et l'évacuation, par ponction, des anses grêles, le malade succomba.

Résultats éloignés du traitement des ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum. — M. Basset fait une importante communication basée sur 30 cas personnels suivis pendant au moins un an; 20 de ces opérés sont restés guéris. Parmi les 10 autres, M. Basset compte 3 résultats imparfaits, 3 résultats mauvais, 1 fistulisation, 1 sténose et 1 récidive de perforation douze ans après la première intervention.

La place nous manque pour suivre l'auteur dans ses statistiques. Mais la conclusion générale à tirer de ses intéressantes recherches est que les meilleurs résultats s'observent dans les cas où a été pratiquée une gastro-entérostomie complémentaire systématique.

M. P. Duval, sur la même question, vient de nouveau défendre les avantages, pour certains cas, de la résection segmentaire d'emblée, au sujet de laquelle M. Hartmann s'est montré trop sévère, en se basant sur une statistique de 23 cas avec 9 morts. La statistique de M. Duval porte sur 130 cas dont 27 en France et 103 à l'étranger; sur 97 cas

opérés dans les douze premières heures on relève 86 guérisons, soit 11 p. 100 de mortalité. La résection segmentaire n'est donc pas une opération si redoutable et ne mérite pas la condamnation qu'en a faite M. Hartmann.

Paralysie tardive du nerf cubital consécutive à une fracture du condye externe. — M. Grégoire a observé une paralysie du cubital chez une femme de vingt-huit ans qui, à l'âge de quatre ans, avait eu une fracture du condyle externe traitée par immobilisation plâtrée et bien consolidée. Il ne restait qu'un léger déficit de l'extension. M. Grégoire s'est demandé s'il y avait une relation entre la fracture antérieure et la paralysie du cubital. Il pense que, dans ce cas, la récupération progressive des mouvements d'extension a eu pour conséquence que le nerf s'est trouvé trop à l'étroit dans une gouttière osseuse rétrécie. Il a pratiqué, chez cette malade, la transplantation du nerf en avant de l'épitrochlée, opération qui a donné un bon résultat et qui est plus simple que l'ostéotomie.

M. Routier, dans un cas analogue, a eu recours avec succès au même procédé.

M. de Martel cite un fait dans lequel il a employé la même technique.

Rachianesthésie. — M. Chevrier se déclare nettement l'adversaire de cette méthode.

Suivant lui, la rachianesthésie entraîne toujours un certain degré de méningite aseptique qui devient parfois la cause d'incidents regrettables. Tout en reconnaissant que le chloroforme et l'éther peuvent provoquer quelques dangers du côté du foie ou des reins, il fait observer que nous sommes en mesure d'augmenter la résistance de ces organes, tandis que nous sommes complètement désarmés contre la méningite aseptique.

CHRONIQUE

LES TRAVAUX SUR LA DIPHTÉRIE ET LES STREPTOCOQUES A L'INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE LYON

(FONDATION DOUGLAS-FLATTERY)

L'Institut bactériologique de Lyon, dirigé actuellement par le professeur Paul Courmont, s'occupe de toutes les recherches scientifiques qui peuvent faire avancer la bactériologie, la sérothérapie, et, en un mot, les recherches sur les maladies infectieuses.

Un riche philanthrope américain, M. Douglas-Flattery, fit, il y a quatre ans, à l'Institut bactériologique de Lyon, une donation de 100.000 francs, dont les revenus doivent, chaque année, être employés à des travaux de laboratoire pour des recherches sur les maladies infectieuses.

Le bénéficiaire de cette donation a été, pendant trois ans, le docteur Paul Durand, chef du service de sérothérapie à l'Institut bactériologique. Les travaux que nous résumons ici ont été faits pendant les années 1920, 1921 et 1922; ils concernent surtout la diphtérie et les streptococcies. Ils ont été publiés à la Société de biologie et dans la thèse de doctorat de Paul Durand (Lyon, 1921).

Classification des types de bacilles diphtériques. — Par la méthode des sérums agglutinants à un haut degré ont été déterminés cinq types de bacilles diphtériques individualisés par : l'agglutination, la saturation des agglutinines et parfois par le pouvoir fermentatif électif de certains d'entre eux pour certains hydrates de carbone. En dehors d'eux restent des échantillons de bacilles diphtériques qui échappent à cette classification.

Cette différenciation des types de bacilles diphtériques ne modifie en rien la préparation et la valeur du sérum antidiphtérique antitoxique.

En effet, Durand et Sedaillian ont démontré l'unicité de la toxine diphtérique, quel que soit le type de bacille employé. Les sérums préparés avec la toxine ordinairement employée par l'Institut bactériologique de Lyon et les autres Instituts Pasteur, sont polyvalents vis-à-vis des toxines de l'un quelconque des types de bacilles diphtériques ; ceci confirme les travaux antérieurs et la valeur, pour tous les cas cliniques, du sérum antidiphtérique dont les succès ont été si éclatants.

D'autre part, en employant les divers types de bacilles diphtériques et en inoculant aux chevaux les corps microbiens, a été préparé le sérum antidiphtérique antimicrobien et les sérums mixtes, à la fois antitoxiques et antimicrobiens, avec lesquels le docteur Durand a fait traiter une série de malades au service des diphtéries. La comparaison des malades traités par les sérums mixtes et par les sérums antitoxiques, a montré une supériorité des premiers en ce qui concerne : la mortalité brute ou réduite, l'apparition de symptômes cardiaques, la durée du séjour à l'hôpital et enfin le pouvoir préventif vis-à-vis des paralysies. La présence très fréquente de bacilles diphtériques dans le bulbe, la protubérance et les nerfs craniens provenant du rhino-pharynx chez les diphtériques indique une localisation élective du bacille et explique l'action antiparalytique du sérum antimicrobien.

Pendant l'année 1922, les travaux de la Fondation Flattery ont été consacrés à un autre groupe de maladies infectieuses de très grande importance : les *infections à streptocoques.*

On sait que les différents microbes englobés sous le nom de streptocoques peuvent donner naissance à des maladies multiples : angines, phlegmons, érysipèles, fièvre puerpérale, etc. Bien des points restent obscurs dans ces infections et surtout dans la voie à suivre pour leur prophylaxie et leur traitement. Les travaux du laboratoire de sérothérapie de l'Institut bactériologique de Lyon ont cherché à élucider les différents points suivants :

Paul Durand et Sedaillian ont cherché la solution du problème de la pluralité des streptocoques par la méthode sérologique. Ils ont isolé ainsi plusieurs types de streptocoques. L'inoculation de tous ces types réunis aux chevaux permit l'obtention d'un meilleur sérum polyvalent.

Dans la fièvre puerpérale, les auteurs ont démontré : 1° Que les divers microbes isolés chez une même malade (du sang, du pus, ou des lochies) appartiennent toujours au même type : il n'y aurait pas d'infection puerpérale pluristreptococcique ; 2° que chez une série de femmes infectées dans un même service de maternité pendant une période de huit mois, c'était le même type de streptocoques qui était en cause, et que ce microbe n'a été rencontré que dans les cas où il y avait infection puerpérale (Soc. de biol., 1923).

Les conclusions de ces faits sont des plus importantes, tout d'abord pour l'étiologie de la fièvre puerpérale. Dans les cas envisagés, cette maladie semble avoir été causée non pas, comme on le croit ordinairement, par des contages entre une malade déjà infectée provenant de l'extérieur et une nouvelle accouchée, mais bien par une cause persistant dans le service hospitalier et probablement par le personnel médical ou infirmier lui-même pouvant successivement transmettre un même streptocoque à toute une série de femmes à leur entrée dans le service. Si bien que, dans ce service de la Maternité, le port d'un masque pour les accoucheurs ou accoucheuses a été pratiqué pour supprimer l'origine buccale (parole, toux, éternuement, etc.) d'une infection puerpérale, comme le port du masque en chirurgie est de règle pour éviter les infections opératoires de la même origine. En fait, les cas d'infections dues à ce microbe ont cessé depuis que cette précaution a été prise. Le docteur Voron, chef de la Maternité, a insisté sur ces faits et leur importance à la Société d'obstétrique.

* * *

En résumé, les travaux qui ont été soutenus par la donation Douglas-Flattery peuvent se résumer ainsi :

Au point de vue théorique, démonstration et classification des types de bacilles diphtériques; démonstration et classification des types de streptocoques hémolytiques pathogènes.

Au point de vue pratique : préparation spéciale et valeur thérapeutique du sérum antidiphtérique antimicrobien de l'Institut bactériologique de Lyon; prophylaxie nouvelle de la fièvre puerpérale; préparation spéciale des sérums antistreptococciques réellement polyvalents; préparation de sérums monovalents adaptés à certaines épidémies streptococciques

On voit que les libéralités du philanthrope américain ont été bien placées et que les travaux exécutés grâce à sa donation ont été d'une grande importance scientifique et pratique.

L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS LOCATAIRES ET LA DERNIÈRE LOI SUR LES LOYERS

La Fédération corporative des médecins de la région parisienne nous communique la note suivante.

En se reportant à l'étude si documentée que publie en ce moment dans la *Gazette des hôpitaux* notre éminent collaborateur juridique Me H. Ribadeau-Dumas (1), nos lecteurs pourront ainsi avoir une connaissance parfaite d'une question qui nous préoccupe tous à juste titre :

« Quelle est, au regard de la plus récente loi sur les loyers, la situation des médecins locataires de Paris et de la région parisienne, et quelles formalités doivent-ils remplir pour être assurés de jouir des avantages qui leur ont été conférés, tant par cette loi que par les précédentes?

Telle est la question, d'un intérêt pratique et tout d'actualité, que s'est posée la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, et à laquelle elle a prié son conseil juridique, Me Maurice Brochin, avocat à la Cour d'appel, de donner une réponse.

Elle pense que ses adhérents seront heureux de mettre à profit les indications qui lui ont été transmises par Me Brochin, étant entendu, d'une part, que ces renseignements sont inapplicables aux locataires d'appartements situés dans des immeubles construits ou achevés après le mois d'août 1914, et, d'autre part, qu'en pareille matière, une solution quelconque n'est jamais que « provisoirement définitive ».

Si l'on veut bien se rappeler qu'un appartement n'est occupé qu'en vertu, soit d'un bail (convention faite pour une durée déterminée), soit d'une location verbale (convention faite pour une durée non déterminée), soit d'une simple jouissance de fait, il en résulte que tout locataire se trouvant actuellement en possession d'un appartement rentre forcément dans l'une des catégories suivantes :

A. 1. Bail d'avant-guerre, expirant { après le 1er janv. 1926, avant le 1er janv. 1926.
2. Bail conclu entre août 1914 et le 31 mars 1922, expirant. { après le 1er janv. 1926, avant le 1er janv. 1926.
3. Bail postérieur au 31 mars 1922 expirant.............. { après le 1er janv. 1926, avant le 1er janv. 1926.

B. 1. Location verbale d'avant-guerre non expirée.
2. Location verbale conclue entre août 1914 et le 31 mars 1922.
3. Location verbale postérieure au 31 mars 1922.

C. 1. Prorogation de la loi du 9 mars 1918, en cours;
2. Prorogation de la loi du 31 mars 1922, en cours.

D. Occupation sans titre.

A chacune de ces situations correspondent les solutions suivantes :

A. 1. BAIL D'AVANT-GUERRE expirant :

Après le 1er janvier 1926 : Le locataire n'a rien à faire.
Avant le 1er janvier 1926 :

1° Si le locataire n'a pas profité de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918 : trois mois au moins avant l'expiration du bail, le locataire devra notifier à son propriétaire, par exploit d'huissier, sa volonté de profiter de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918, s'il ne l'a déjà fait.

Cette prorogation, qui est de deux ans pour les locaux d'habitation, et d'environ cinq ans pour les locaux à usage professionnel, peut être refusée par le juge, notamment au cas où le locataire a réalisé des bénéfices de guerre.

Elle ne peut excéder le 24 octobre 1928 pour les locaux d'habitation, ni le 24 octobre 1934 pour les locaux à usage commercial ou professionnel.

Elle comporte une augmentation de loyer qui semble devoir être limitée à une contribution à l'augmentation des impôts et à un forfait de 5 p. 100 sur le prix de 1914 pour l'entretien.

Le locataire fera bien de demander, très subsidiairement, dans ledit exploit, le maintien en possession jusqu'au 1er janvier 1926 en vertu de la loi du 29 décembre 1923, d'après laquelle l'augmentation de loyer sera, en ce cas, généralement égale à 75 p. 100 + 10 p. 100 du prix de 1914.

2° Si le locataire profite de la prorogation accordée par la loi du 9 mars 1918 : il s'agit alors des cas prévus plus loin en *C.* 1 (voir ce chapitre).

A. 2. BAIL CONCLU ENTRE AOUT 1914 ET LE 31 MARS 1922 expirant :

Après le 1er janvier 1926 : Le locataire n'a rien à faire.

Avant le 1er janvier 1926 : Trois mois au moins avant l'expiration du bail, le locataire devra, par exploit d'huissier de préférence, demander son maintien en possession, au minimum pendant six mois, au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation du loyer étant généralement de 75 p. 100 + 10 p. 100 du prix de 1914.

A. 3. BAIL POSTÉRIEUR AU 31 MARS 1922 expirant :

Après le 1er janvier 1926 : Le locataire n'a aucune prorogation à demander.

Eventuellement il peut, avant le 29 mars 1924, saisir soit le juge de paix (loyer inférieur à 1.000 francs), soit le tribunal en vue de faire réduire au prix-limite le taux de son loyer.

Avant le 1er janvier 1926 : Trois mois au moins avant l'expiration du bail, le locataire devra, par exploit d'huissier de préférence, demander son maintien en possession, au minimum pendant six mois, au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation de loyer étant généralement de 75 p. 100 + 10 p. 100 du prix de 1914.

Eventuellement il peut, avant le 29 mars 1924, saisir, soit le juge de paix (loyer inférieur à 1.000 francs), soit le tribunal en vue de faire réduire au prix-limite le taux de son loyer.

B. 1. LOCATION VERBALE D'AVANT-GUERRE. — Tant qu'un congé valable n'a pas été donné, le locataire n'a rien à faire pour rester dans les lieux.

Mais dans les vingt jours de la réception d'un congé, le locataire doit, comme expliqué ci-dessus en A. 1, demander à bénéficier de la loi du 9 avril 1918, et, très subsidiairement, de celle du 29 décembre 1923.

B. 2. LOCATION VERBALE CONCLUE ENTRE AOUT 1914 ET LE 31 MARS 1922. — Tant qu'un congé valable n'a pas été donné, le locataire n'a rien à faire pour rester dans les lieux.

Mais, dans les vingt jours de la réception d'un congé, il doit, par exploit d'huissier de préférence, demander le maintien en possession pour une durée minima de six mois, et au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation de loyer étant généralement de 75 p. 100 + 10 p. 100 du prix de 1914.

B. 3. LOCATION VERBALE POSTÉRIEURE AU 31 MARS 1922. — Tant qu'un congé valable n'a pas été donné, le locataire reste en possession.

Dès réception d'un congé, il doit se conformer aux indications données en B. 2.

Dans les deux cas, il peut, éventuellement, avant le 29 mars 1924, saisir, soit le juge de paix (loyer inférieur à 1.000 francs), soit le tribuual, en vue de faire réduire au prix-limite le taux de son loyer.

C. 1 et 2. PROROGATION DES LOIS DU 9 MARS 1918 ET DU 31 MARS 1922, en cours. — Trois mois au moins avant l'expiration de la prorogation ou avant le 29 mars 1924 si la prorogation se termine à cette date, le locataire doit, par exploit d'huissier de préférence, demander le maintien en possession pour une durée minima de six mois, et au maximum jusqu'au 1er janvier 1926, l'augmentation de loyer étant généralement de 75 p. 100 + 10 p. 100 du prix de 1914.

D. OCCUPATION SANS TITRE. — Le locataire doit demander,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 14, p. 246, et n° 16, p. 266.

avant le 29 mars 1924, son maintien en possession comme il est expliqué en *C.* 1 et 2.

Au cas où l'expulsion aurait été ordonnée, le locataire peut solliciter, soit du juge de paix (loyer inférieur à 1.000 francs), soit du juge des référés, un sursis à expulsion jusqu'au 1er juillet 1924, le juge du principal devant statuer sur l'indemnité d'occupation due par le locataire. »

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES

FORMES CLINIQUES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC [1]

ÉVOLUTION GÉNÉRALE. — Le syndrome clinique que nous venons de décrire est fort caractéristique. Mais avant le moment où il est constitué, il y a, comme l'ont montré les travaux de Bezançon, de Jong et J. Hutinel, une période souvent très longue, où la dilatation des bronches, qui existe anatomiquement, reste *cliniquement silencieuse*, ne se manifestant que par intermittences à l'occasion de *poussées aiguës* que l'on peut considérer comme des complications marquant le début apparent de l'affection.

1° Un malade, vieux tousseur depuis longtemps, fait une *bronchite aiguë* avec grosse expectoration. La température monte, la toux devient quinteuse et il y a un peu de dyspnée. L'expectoration très abondante est rejetée surtout le matin. A l'auscultation on trouve des râles ronflants et sibillants disséminés, et en un point des signes cavitaires. Au bout de quelques jours la température tombe, l'expectoration diminue : tout se calme. Mais il persiste toujours en un point toujours le même quelques gros humides assez fixes pendant un certain temps.

2° Parfois c'est une *congestion pulmonaire* avec frissons, point de côté, fièvre, expectoration gommeuse et rosée et un foyer de râles sous-crépitants avec du souffle à timbre tubaire ou pleural. Puis l'orage se passe : en un point des râles restent perceptibles plus ou moins longtemps.

3° Ce peut être une véritable *broncho-pneumonie* (assez rare chez l'adulte). Dyspnée, expectoration muco-purulente, état infectieux sérieux.

4° Parfois c'est un vrai bloc de *pneumonie* qui se constitue masquant les signes de dilatation. Quand la résolution se fait, les signes cavitaires apparaissent; on ne peut se défendre alors de penser à une pneumonie caséeuse. Mais l'évolution est bonne.

5° Des *phénomènes pleuraux* peuvent apparaître masquant la dilatation des bronches. C'est surtout de la cortico-pleurite avec quelquefois une légère réaction liquide, première étape de la symphyse pleurale ultérieure.

6° De la fétidité de l'haleine survenant avec des phénomènes généraux plus ou moins graves font craindre la *gangrène pulmonaire*. En réalité, il s'agit rarement d'une complication mortelle. Le plus souvent il y a simplement sphacèle des extrémités bronchiques, processus curable.

TERMINAISON. — Tels sont les divers épisodes qui jalonnent l'évolution d'une dilatation des bronches silencieuse habituellement; et c'est peu à peu que se constitue le tableau clinique décrit par Laënnec. L'évolution continue, toujours entrecoupée d'épisodes aigus, mais moins fréquemment que pendant la première période, à cause du développement de la *sclérose pleuro-pulmonaire*. Mais, de ce fait, un autre danger menace le malade : c'est la *défaillance cardiaque* (défaillance du cœur droit) à laquelle il faut imputer la dyspnée qui peu à peu s'installe.

D'autres complications peuvent emporter le malade : c'est la *fièvre hectique* avec sueurs, cyanose, ongles hippocratiques. On peut voir des complications métastatiques : abcès du cerveau, phlegmasia. Signalons, enfin, la tuberculisation secondaire.

Le malade peut échapper à toutes ces complications; il peut vivre longtemps, avec les désagréments d'une infirmité fort pénible.

FORMES CLINIQUES. — **1° Dilatation des bronches des syphilitiques.** — On peut rencontrer les faits cliniques suivants : Des malades, vieux tousseurs, ont de la dyspnée, une expectoration typique de dilatation des bronches; leur état général, satisfaisant au début, devient précaire : ils s'amaigrissent et ont de la fièvre à oscillations; l'examen révèle des signes de bronchite et des signes cavitaires à une base. Or, chez ces malades, deux points sont à retenir :

1° On trouve chez eux des antécédents et des stigmates syphilitiques; le traitement spécifique les améliore jusqu'à un certain point.

2° On constate des signes importants de sclérose pulmonaire et médiastinale et de symphyse pleurale.

Ces faits ont été décrits autrefois par Fournier et Dieulafoy sous le nom de phtisie syphilitique. On sait aujourd'hui, grâce surtout aux travaux de Tripier et Beriel que, dans ces cas, il n'y a pas perte de substance du parenchyme pulmonaire, mais que, dans la plupart des cas, il s'agit de dilatation bronchique.

Mais la question de l'origine syphilitique reste entière. On n'a pas encore constaté la présence du tréponème dans les lésions.

2° Dilatation des bronches des tuberculeux. — Des sujets, atteints de tuberculose pulmonaire du sommet indiscutable, évoluent vers la guérison par cicatrisation : ce sont des « tuberculeux fibreux ». Mais à l'occasion d'une infection respiratoire accidentelle, ils font des accidents plus ou moins graves : la température s'élève ; les crachats sont abondants ; des signes cavitaires apparaissent. Puis tout s'amende au bout d'un temps plus ou moins long. Il y avait un certain degré de dilatation des bronches latentes.

Ces tuberculoses fibreuses sont fréquentes chez les syphilitiques (Sergent); la syphilis agit ici, non comme cause déterminante, mais en préparant un terrain spécial.

3° Dilatation des bronches de l'enfant. — Chez l'enfant, la dilatation des bronches ne prend qu'exceptionnellement la forme ampullaire. Ordinairement, elle est *cylindrique*, restant souvent limitée à un lobe, mais pouvant aussi atteindre tout un poumon, ou même une partie des deux poumons.

a. ÉTIOLOGIE CLINIQUE. — En général, elle est consécutive à une broncho-pneumonie traînante, due surtout :

A la coqueluche (la toux quinteuse tend à distendre les bronches dont les parois sont déjà altérées).

A la rougeole (ici, c'est moins la toux qui est en cause que les altérations de la paroi des bronches dues à l'infection).

Causes moins fréquentes. — Grippe, diphtérie, typhoïde, etc. Pleurésie. Corps étrangers. Compression hilaire par une adénopathie trachéo-bronchique.

Rôle de la tuberculose et de la syphilis. — La tuberculose peut être associée à la dilatation des bronches. Mais elle prend rarement la forme scléreuse chez l'enfant. Or, c'est cette forme qui favorise la dilatation des bronches. On a signalé aussi la tuberculisation secondaire.

Quand la cause apparente ne paraît pas suffisante, il faut rechercher l'hérédosyphilis (Hutinel) qui fait facilement des scléroses pleuro-pulmonaires et médiastinales.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 15, p. 263.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine, par G.-H. ROGER, Fernand WIAL, P.-J. TEISSIER. Fascicule XI : *Pathologie de l'appareil respiratoire* (nez, larynx, trachée, bronches, poumons). 1 vol. de 636 pages avec 87 figures dans le texte et 5 planches en couleurs, relié. — Prix : 45 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

La médecine française au Maroc, par le docteur Noël FIESSINGER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 broch. de 94 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 18. — SAMEDI 1er MARS 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1924. — N° 18

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-32

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats :

Section A : MM Carrié, Thiers, Durand (H.), Gutmann, Mouquin, Bordet, Mouzon, Alajouanine, Cathala, Léchelle, Moreau (R.), Gastinel, Binet, Saint-Girons, Gardin, Pignot, Chevalley.

Section B : MM. Bénard (H.), Haguenau, Deschamps, Mignot, Lévy (P.-P.), Chevallier, Nicaud, Blechmann, Bloch (S.), Feuillié, Tzanck, Thibaut, Hutinel, Turquety, Janet, Blum, Jacquelin.

Séance du 25 février. — Questions données : *Section A.* « Gangrène sénile » — *Section B.* « Hémoglobinuries. »

Questions restées dans l'urne : *Section A.* « Amibiase hépatique. — Coma diabétique. » — *Section B* « Les appendicites chroniques. — Causes, signes et diagnostic des rhumatismes chroniques déformants. »

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT. — Nous avons annoncé dans le numéro du 23 février que l'*Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris* venait d'adresser au directeur de l'Assistance publique une lettre relative à la réforme du concours de l'internat. Cette lettre transmettait à l'Assistance publique le résultat de deux referendums relatifs à la réforme. L'Association des externes nous prie de mentionner qu'elle s'est bornée à la transmission de ces documents « sans avoir pris part à l'organisation d'aucune de ces deux consultations », dont acte

D'autre part, l'*Association corporative*, s'appuyant sur le referendum qu'elle a organisé, demande à l'Assistance : 1° le maintien de l'anonymat; 2° la modification du règlement du concours par l'établissement de la lecture publique des copies (les copies seraient lues par un interne en exercice)

Rappelons que ce referendum a donné les résultats suivants :

1° Maintien de l'anonymat actuel, *120*;
2° Anonymat et lecture publique des copies, *344*;
3° Suppression de l'anonymat 254.
En résumé, pour l'anonymat, *464*; contre l'anonymat, 254.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de grand officier.* — M. le docteur Tuffier, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Au grade de commandeur. — M. le docteur de Martel de Janville, chirurgien à Paris.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Arrou, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris; Hugenschmidt, Lévy-Bing et Maxime Ménard (à Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Aviérinos (à Marseille), Bernard (à Forcalquier), Coutard (à Paris), Felhoën (à Châlons-sur-Marne), Girard (à Toulon), Giroux et Lacassagne (à Paris), Le Cuziat (à Bégard), Le Guellaut (à Paris), Lenoble (à Brest), Mallet (à Paris), Maret (à Metz), Pagès, Piogey et Rehm (à Paris).

— Promotion de l'Exposition internationale d'hygiène de Strasbourg :

Au grade d'officier. — M. le docteur Pautrier, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Au grade de chevalier. — MM. le docteur Fumouze, secrétaire général de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques à Paris, et Jeantet, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

(Sous-secrétariat de la marine marchande.) Est promu :

Au grade de commandeur. — M. Joubin (Louis), membre de l'Institut, professeur au muséum d'histoire naturelle.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin de 2e classe auxiliaire Pottier.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin-major de 2e classe Marican.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médailles d'or.* — M. le docteur Charnel (de Montferender).

Médailles d'argent. — Mme Lefort, médecin chef de l'hôpital américain à Reims; MM. les docteurs Destais (de Fougerolles-du-Plessis), Hoepffner (de Sainte-Marie-aux-Mines), Schumberger (de Mulhouse).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Jaeger et Mutterer (de Mulhouse), Béraud (de Marcigny), Denarie (de Chambéry), Léon Brodier (de Paris).

COMMISSION PERMANENTE DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Par décret, sont nommés membres de la Commission : MM. les docteurs Rathery, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Macé de Lépinay (de Paris) et Piatot (de Bourbon-Lancy), en remplacement de M. Caron de la Carrière, démissionnaire, et de MM. Bardet et Linossier, décédés.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Est autorisé à établir son domicile en France, pour y jouir des droits civils pendant cinq ans à la condition d'y résider, M. le docteur Marcakis (André), né à Héraclion (Grèce), demeurant à Lyon.

IXe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Ce Congrès se tiendra à Paris, les 26, 27 et 28 mai, sous la présidence de M. le docteur Ch. Vallon.

Les rapports suivants seront discutés :

1° M. le docteur Vervaeck (de Bruxelles) : « Le traitement de tous les criminels dans le cadre pénitentiaire. »

2° MM. les professeurs Verger et Lande (de Bordeaux) : « Tabes et accidents du travail. »

3° MM. les professeurs Parisot et Lucien (de Nancy) : « Etude médico-légale des formes rares ou anormales de l'hymen. »

Prière d'envoyer les titres des communications et les inscriptions nouvelles comme membres du Congrès, ainsi que les cotisations annuelles an secrétaire général : M. le professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon (compte chèques postaux, Lyon n° 24).

La cotisation annuelle est de 50 francs. Elle donne droit à l'abonnement aux *Annales de médecine légale*. La cotisation est réduite à 22 francs pour les membres du Congrès qui ont payé directement leur abonnement ou qui sont membres de la Société de médecine légale.

ASSOCIATION DES MÉDECINS EXPERTS DE FRANCE. — Cette Association tiendra son assemblée annuelle le 28 mai, à 2 heures, à l'Institut de médecine légale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de : M. le docteur Hervouet (père) (de La Chapelle-sur-Erdre);

M. Pierre Marmu, élève de l'Ecole principale de santé de la marine de Bordeaux ;

M. Henri Simon, interne provisoire des hôpitaux de Lyon.

CHRONIQUE

COMITÉ D'HYGIÈNE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS

Le Comité d'hygiène de la Société des nations s'est réuni à Genève le 11 février, afin de poursuivre les études entreprises dans les différents domaines de l'hygiène internationale. Il vient de terminer ses travaux. Il faut remarquer que cette réunion est la première tenue par le nouveau Comité d'hygiène permanent de la Société des nations, dont voici la composition :

Professeur Léon Bernard (France), Sir Georges Buchanan (Grande-Bretagne), docteur H. Carrière (Suisse), docteur Carlos Chagas (Brésil), Surgeon-General H.-S. Cumming (Etats-Unis), docteur A. Granville Pacha (Egypte), docteur Jitta (Hollande), professeur Ricardo Jorge (Portugal), M. Shiko Kusama (Japon), (en attendant la nomination du représentant japonais), docteur A. Lutrario (Italie), professeur Th. Madsen (Danemark). docteur P. Mimbela (Pérou), professeur Ottolenghi (Italie), docteur L. Raynaud (France), M. O. Velgho (Belgique), professeur Gustavo Pittaluga (Espagne).

* * *

L'ordre du jour comportait l'examen de toute une série de questions dont les unes représentent des travaux en cours, tandis que d'autres constituent des tâches nouvelles pour le Comité.

La question de l'Administration sanitaire des ports d'Extrême-Orient et des méthodes de collaboration à établir entre les Administrations d'hygiène des différents pays intéressés dans cette partie du monde à fait l'objet d'un rapport d'une Commission d'enquête. Cette Commission qui est allée sur les lieux suggère l'institution d'un bureau central de renseignements épidémiologiques en un lieu convenablement choisi d'Extrême-Orient et la conclusion par les Etats d'Extrême-Orient d'une convention sanitaire sur le modèle de la Convention sanitaire de Paris qui s'applique aux pays d'Occident et du Proche-Orient. Le Comité d'hygiène a pris également connaissance des résultats de l'enquête instituée, en vue de déterminer les quantités moyennes annuelles d'*opium* et autres stupéfiants nécessaires dans chaque pays aux besoins médicaux et scientifiques.

Un projet de convention relative au *contrôle sanitaire des voies d'eau* a été soumis au Comité, il sera transmis aux Gouvernements et pourra servir de base soit à une réglementation générale, soit à des accords entre Etats.

Le Comité d'hygiène étudie encore, les causes des différences marquées qui existent dans la mortalité de certaines formes du *cancer* et qui sont révélées notamment par les statistiques démographiques de l'Angleterre, du Pays de Galles des Pays-Bas et de l'Italie.

La question de la lutte contre le *paludisme* a tenu une place importante dans les travaux du Comité. On sait, en effet, que le paludisme s'est considérablement étendu, dans ces derniers temps, dans l'Europe orientale, notamment en Albanie et en Grèce.

Au cours de la même session, le Comité a étudié une proposition du gouvernement hollandais. Le gouvernement hollandais a fait demander si l'organisation d'hygiène était en mesure de classer les différents ports en diverses catégories du point de vue sanitaire, de manière que les navires qui auraient reçu un *certificat sanitaire* dans un port dûment qualifié n'aient pas besoin d'être soumis à la désinfection ou à des mesures analogues dans les autres ports. Ce système est déjà appliqué pour les ports d'un même pays et, lorsqu'il existe des engagements bilatéraux pour les ports de plusieurs Etats. La proposition néerlandaise tend à généraliser cette coutume.

Le développement et le perfectionnement du service de *renseignements épidémiologiques* et des *statistiques d'hygiène publique*, en vue de rendre ce service aussi utile que possible aux différentes administrations nationales d'hygiène, le programme des prochains échanges de personnel sanitaire qui doivent avoir lieu en Hollande, au Danemark, en Suisse et si possible en Extrême-Orient, la collaboration avec le Bureau international du travail pour l'étude du *charbon* et d'autres maladies, particulièrement fréquentes dans l'industrie, l'œuvre accomplie en matière de standardisation des *sérums*, réactions sérologiques et produits biologiques, notamment les résultats de la conférence de Copenhague (pour les réactions sérologiques) et de la conférence d'Edimbourg (pour les produits biologiques) figuraient aussi à l'ordre du jour de cette session.

Enfin, le Comité a passé en revue les travaux de la Commission des épidémies en Pologne et en Grèce, ainsi que le résultat des cours institués à Varsovie, à Moscou et à Kharkhov, en vue de former les fonctionnaires d'hygiène publique dans la lutte contre les épidémies.

L. G.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1924-1925

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chef de clinique : M. Maréchal; chefs de clinique adjoints : MM. Blum, Tzanck; chefs de labor. : MM. Devat, Bénard (H.), Tissier; internes : MM. Théodoresco, Pollet; externes : MM. Gauthier, Garnier (And.), Dreyfus, Lacurte, Laval, Vernotte, Canonne, Mlles Krukowsha, Dartin, MM. Jubé, Alalinarde, Chartier.

2. Médecin : M. Roger; internes : MM. Benda, Triboulet; externes : MM. Mesplomb, Folliasson, Marcotte, Albot, Joly, Vidal-Naquet.

3. Médecin : M. Caussade; interne : M. Le Rasle; externes : M. Thiolat, Mme Ducourtioux, MM. Sauvageot, Noury, Lacombe (Pierre).

4. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Derville; externes : MM. Baillis, Puech (Pierre), Canal, Gaulier.

5. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Lejard; externes MM. Garrigoux, Wachiel, Vassitch, Langue, Vidlöcher, Contant.

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chef de clinique : M. Boppe; chefs de clinique adjoints : MM. Colombet, Brouet; chef de labo at. : M. Renaud (Mce); internes : MM. Welti, Chabrut, Breton, Metzger; externes : MM. Poret, Lançon (René), Uhry, Tchou, Heber-Suffrin, Quivy, Roseau, Fournié (Roger), Calamy, de Ginestet.

7. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Chastang, Gautier; externes : MM. Schapiro, Michaut, Mercier, Maifat, Katz, Génin.

8. Chirurgien : M. le prof. de Lapersonne; assistant : M. Cousin; suppléant : M. Chapuis; chef de clinique : M. Prélat; chef de clinique adjoint : M. Gautrand; chef de labor. d'oto-rhino-laryngologie : M. Hautant; internes : Mlle Ostwalt, M. Blum (Jean); externes : Mme Reymond, MM. Cherouvrier, Bernard (René), Courlaud, Larribère, Mlle Boudoux, M. Tillé.

9. Accoucheur : M. Macé; assistant : M. Chirié; interne : M. Peynet; externes : MM. Le Guet, Chenilleau, Béraudy, Laudel, Dana, Celestin.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Monier-Vinard; suppléant : M. Maréchal; interne prov. : M. Schmite; externes : MM. Martin (Robert), Brunet (Simon), Audouin (Jean), Lebecq.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Okinczyc; suppléant : M. Wolfromm; externes : Mlles Laurent, Lequin, M. Turmann (J.).

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lagarenne; adjoint : M. Lucy; assistant : N... ; hydrothérapie et thermothérapie : chefs de labor. : MM. Dausset, Lagarenne; adjoint : M. Gérard; assistant de radioscopie : M. Colombier.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. Mouquin; chef de clinique adjoint : M. Giroux; chefs de labor. : MM. Bordet, Géraudel; interne : M. Fatou; interne prov. : M. Plichet; externes : MM. Fourniat, Desgrez, Thoyer, Vachey, Fellous, Poulet.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Surmont; externes : MM. Bouisset, Parisot, Becquentin, Lenoir, Liquier, Gallot.

3. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Leloup; externes : M. Muller, Mlle Abricossoff, MM. Vanier, Havret, Clitandre, Corbin.

4. Médecin : M. Enriquez; interne : Mlle Harmelin; externes : MM. Codet (N.), Gay (Georges), Mlle Glotz, MM. Augier, Verny, Chadourne, Levêque, Migault.

5. Médecin : M. Marcel Labbé; interne : M. Denoyelle; externes : MM. Guérin (Philippe), Desoille, Roux (Paul), Mme Dumay, MM. Lichtwitz, Capart.

6. Médecin : M. Laignel-Lavastine; interne : M. Dauptain; externes : M. Duhamel, Mlle Kouindjy, MM. Fesquet, Brissaud, Salavert, Renard, Mlles Cros, Lamy (Marcelle), M. Oghastri.

7. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Arbeit, Bouillié, Guérin (Paul); interne prov. : M. Weill (Rob.); externes : MM.

8. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Lemariée, Humbert, Cahen (P.), interne prov. : M. Tambareau; externes : MM. Douady, Rousseau (Jules), Chauvineau, Lignieres, Voillemin, Bosmiere, van de Elst, Arnaud, Fourcade.

9. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Moulonguet (lauréat), Leflaive, Chevereau, Merle d'Aubigné; externes : MM. Flipo, Duminil, Patel, Ollivier (Henry), Sourice, Korovitz, Cros, Georges.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chef de clinique : M. Pareux; chefs de clinique adjoints : MM. Grenaudier, Lamaze; chef de labor. : M. Minvielle; interne : M. Robin; externes : Mlles Saint-Laurent, Langlais.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Vallery-Radot (Pasteur); suppléant : M. Deron; interne prov. : M. Biamoutier; externes : M. Mauric, Mme Duclaux, M. Fribourg.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Küss; suppléant : M. Küss (Marcel); externes : MM. Emerit (Jacques), Bourdillon, de Fresquet.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Hautant; suppléants : MM. Leroux, Cuvillier; externes : MM. Rouchon, Loubeyre, Derbyshire.

14. *Consultation.* (*Ophtalmologie.*) — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. Chatellier; externes : Mme Weismann, M. Mariani (Pierre).

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; adjoints : Mme Grunspan, MM. de Brancas, Thoyer-Rozat; assistants : MM. Morel-Kahn, Prévost (externe faisant fonction); externe : M. Prévost; assistant de radioscopie : M. Piot.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chef de clinique : M. Pruvost; chef de clinique adjoint : M. Pignot; chef de labor. de la Faculté : M. Cottenat; chef de labor. : M. Durand; internes : MM. Pinet (lauréat), Grellety-Bosviel; externes : M. Dufieux, Mlle Houzeau, MM. Triau, Racine, Vayron de la Moureyre.

2. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : M. Chabanier; externes : Mlles Buesau, Braun, MM. Jaïs, Levaxelaire, Wahl.

3. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Azerad; externes : MM. Gouyon, Cohen-Deloro, Jean (Bernard), Lançon.

4. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Meignant; externes : MM. Souvestre, Fournier, Benoist (Marcel), Mlle Desbrousses.

5. Médecin : M. Camus; interne : M. Gournay; externes : MM. Néron, Garnier (Pierre), Stéri, Veuillot.

6. Service temporaire. Médecin : M. Richet; interne prov. : M. Delarue; externes : M. Fenal, Mlle Boyer.

7. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Mer, Billard, Galtier; externes : M. Cuvillier, Mlle Cabanel, MM. Marion (Henri), Gabriel, Mlles Fayot, Letailleur, M. Tournant.

8. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Alary, Blum (G.), Sauvage; externes : MM. Arvset, Gautier, Griveaud, Bénassy, Bosquet, Villeret, Preux.

9. Accoucheur : M. Lévy-Solal; interne : M. Mérat; externes : MM. Cazes, Auvinet, Gueret, Mlle David.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Sézary; suppléant : M. Mangin-Bocquet; interne prov. : M. Fouet; externes : MM. Brunet (P. F.), Leviez (Jean), Delbreil.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Moure; suppléant : M. Sénèque; externes : MM. Laroche (J.), Rousseau (Pierre).

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon; assistants : MM. Cagninacci, Thoumas (externes faisant fonction).

D. HÔPITAL SAINT ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Chauffard; chef de clinique : M. Debray; chefs de clinique adjoints : MM. Clément, Girard; chefs de labor. : MM. Grigaut, Ronneaux, Brel; internes : MM. Longchampt, Girot; externes : MM. Corman, Georges (Maurice), Mlle Peillon, MM. Guédé, Henri.

2. Service de tuberculeux. Externes : MM. Ghouila-Houri, Godel.

3. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Coffin ; externes : MM. Querneau, Quillot, Luzuy, Mlle Parmentier, MM. Lortich, Bas.

4. Médecin : M. Ramond (Félix); interne : M. Lévy (Max); interne prov. : Mlle Hébert; externes : MM. Samitca, Breton (Pierre), Thionville, Dubos, Richier, Seidmann.

5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Rachet; externes : MM. Lechopier, Marco, Hébert, J. Ganem, Barzilaï.

6. Médecin : M. Coyon ; interne : M. Marty; externes : Mlle Gautheron, MM. Tacquet, Boulland, Troncin.

7. Médecin : M. Comte ; interne : M. Bourdillon ; externes : MM. Lavialle, Casaubon, Bodin, Mlle Guéry.

8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Corby; externes : MM. Hirschberg, Lelièvre, Depouilly, Antonini, Bompard (Etienne).

9. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot; assistant : M. Leroux (Louis); assistant de consultation : M. Feldsten; internes : MM. Vesselle, Verger; externes : MM. Autier, Lucchetti, Lob, Prat-Flottes, Blondeau.

10. Chirurgien : M. le prof. Lejars; chef de clinique : M. Séjournet; chef de clinique adjoint : M. X... ; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Panis, Debray (G.), de Vadder; externes : MM. Gorodiche, Raganeau, Arnaudet, Gaston, Maricot, Lecoconnier.

11. Chirurgien : M. Lapointe ; internes : MM. Engelhard, Bonnet, Bertrand ; externes : MM. Couderc, Chiffre, Lataix, Gay (P.), Rivierez, Lefebvre (P.).

12. Accoucheur : M. Rudaux ; assistant : M. Lemeland; interne : M. Stieffel; externes : MM. Duval (Jean), Hervaux, Mlles Croisier, Gardel.

13. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Fiessinger; suppléant : M. Mignot; interne prov. : M. Ravina (André) ; externes : MM. Jeanne, Delahaye, Dupuy.

14. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Bazy ; suppléant : M. Delivet; externes : MM. Malpart, Davioud, Armand, Maximin (René).

15. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot ; suppléant : M. X...; externes : MM. Ledoux, Amiot.

16. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Solomon; adjoint : M. Aimé ; assistant de radioscopie : M. Gilson.

17. *Radiothérapie.* — Préparateurs : MM. Proust, Bisson, Gibert.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Seligman (P.), externes : MM. Rollet, Veslot, Gourdon, Baron (François), Guérin (Maurice-Paul).

2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Coste; externes : Mlle Deschamps, MM. Houzeau, Martin (C.-R.), Sourdille, Stéhelin.

3. Médecin : M. Hallé; interne : M. Decourt; externes : MM. Odinet, Lefèvre (Pierre), Langumier, Zadoc-Kahn.

4. Médecin : M. Ribierre; interne : M. Florand; externes : MM. Berdet, Mayer (Maurice), Asselin de Williencourt, Verger.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. de Berne-Lagarde; chef de clinique adjoint : M. Garcin ; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Foy; internes : MM. Lieutaud, Ferrier; externes : MM. Tourtou, Barbeillon, Bonan, Finzé, Magloire, Mme Amiot, MM. Even, Asthiany, Hébert, Kintgen.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Dossot, Laplane, Banzet; externes : MM. Pirel, Mlle Weill, MM. Soullier, Fournié (F.), Weill (A.), Laborde, Guyot.

7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Maleysson, Py ; externes : MM. Auclair, Degrais, Wolff (André), Mlles Bastien, Marchand.

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Duvoir; suppléant : M. Jacquelin (André); interne prov. : M. Prieur; externes : MM. Renoux, Pascal.

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Sauvé; suppléant : M. Gresset; externes : MM. Flahaut, Gorostidi.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert; suppléant : M. Petit; assistant : M. Moutard; laborat. de radiographie : M. Contremoulins.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal ; chef de clinique : M. Jacquet; chef de clinique adjoint : M. Chevalley; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudat, Raulot-Lapointe, May; internes : MM. de Brun du Bois Noir, Isch-Wall, Mme Bertrand-Fontaine; externes : MM. Perrin, Renard, Schoengrün, Bouessée, Layani, Lemoyne (Jacq.), Chartol, Mlle Landowski, MM. Segond, Weill (Jean), Ombrédanne, Mlle Vogt, MM. Chassigneux, Avril, Guiheneuc, Mlles Ullmann, Rékis.

2. Médecin : M. Pissavy; assistant : M. Avezou; interne : M. Comet; externes : MM. Salmon (Henri), Grenierboley, Risos, Janvier, Goldberg, Thomopoulos.

3. *Service du dispensaire.* — Médecin : M. Pissavy; assistant : M. Baumgartner; interne : M. Boltansky; externes : MM. Plessier, David (Pierre), Deleau, Gadaud.

4. *Service temporaire tuberculeux.* — Interne prov. : M. Cournand; externes : MM. Mourrut, Grolley.

5. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Hirschberg, Olivier; externes : MM. Busson, Lawenbrück, Colin (Marcel), Robert (Henri), Fayot, Houlnick (G.).

6. Médecin : M. Léri; assistant : M. Barthélemy; interne : Mlle Linossier; externes : MM. Nitzberg Lemaire (Ed.), Poisson, Bernard (Etienne), Mlle Fradiss, M. Poumeau-Delille.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chef de clinique : M. Mornard; chef de clinique adjoint : M. Lascombe; chefs de laboratoire : MM. Herrenschmidt, Beauvy; internes : MM. Péribère, Burgeat, Béclère; externes : MM. Cannac, Jouart, Wester, Herman, Parent, Arnon, Lagasquie, Hamelin.

8. *Annexe de la clinique chirurgicale.* — Médecin : M. Mocquot; internes : MM. de Peretti della Rocca Blondin (M.); externes : Mlle Legrand, MM. Fénal, Lafont (Ernest), Martin (H. V. J.), Mlle Odru.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Desnoyers, Dumas; externes : MM. Aubriet, Asselin, Bailby, Mlle Skwirsky, M. Zagdoun, Mlle Mouneyrat.

10. Chirurgien : M. Chevassu; internes : MM. Malgat, Bayle; externes : MM. Petit (Pierre-Roger), Lazard, Salvan, Gervaise, Constant, Durand (Marcel), Barbara, Courtois.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Brûlé; suppléant : M. David; interne prov. : M. Bohn; externes : MM. Huguenin, Regnault.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Basset; suppléant : M. Millet; externes : MM. Brion, Courtois (M.), Mlle Lebourbier, M. Crama.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet; suppléant : Mlle Joltrois; externes : Mlle Fontaine, M. Denis (Georges).

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Ménard ; assistants : MM. Saïdmann, Foubert.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Thiers; chefs de clinique adjoints : MM. Mouzon, Bloch (S.); chefs de labor. : MM. Foix, Feuillié, Ribot, Lièvre; internes : MM. Hamburger, Gayet; externes : Mlle Le Filliâtre, Mme Trivas, MM. Castellant, Carvaillo, Moret, Mme Lesueur.

2. Médecin : M. Carnot; interne : M. Lebon; externes : MM. Loeb, Ray, Willemin (J.), Ehrenberg, Ab-der-Halden, Mlle Dreyfus.

3. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Samsoën; externes : MM. Deransart, Tournilhac, Mlle Reitlinger, Leroy (Roger), Perrin (Georges).

4. Médecin : M. Villaret; assistants pour le centre de triage de tuberculeux : MM. Godlewski, Leblanc; interne : M. Péron, externes : MM. Gallet, Maillet, Cachera, Levassor.

5. Chirurgien : M. Souligoux; assistant : M. Gernez; internes : MM. Launay, Krief; externes : MM. Villechaize, Mayer (M.), Chomereau-Lamotte, Brongniart, David, Goidin, Martin (Henry).

6. Chirurgie (chroniques). — Chirurgien : M. Souligoux; interne : M. Pichat; externe : M. Girard.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Deroche, Laquière, externes : MM. Delaporte, Mient, Busser, Baillet, Chatellier, N..., Masson.

8. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Callégari, Ghouila-Houri, Froyez; externes : Mlles Lamberjack, Maldan, MM. Keim, Maire (Eug.), Masquet, Grand.

9. Ophtalmologiste : M. Terrien; assistant : M. Goulfier; suppléants : MM. Dognon, Barny, Romanet; externes : MM. Denniel, Chevallier, Bourloton.

10. Accoucheur : M. Funck; assistant : M. N...; interne : M. Ferru; externes : MM. Sassier, Nataf, Frémiot, Fréchin.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Faroy; suppléant : M. Gy; interne prov. : M. Widiez; externes : MM. Leconte (M.), Breton, Lichtenberger.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cauchoix; suppléant : M. Caudrelier; externes : MM. Jacquemaire, Gauillard, Picot (Jean).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck; suppléant : M. X...; externes : MM. Mounier, Carette (Camille), Magnien.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes; assistants : MM. David de Prades, Mignon; adjoints : MM. Guilbert, Vignal.

H. HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. de Massary; interne : M. Richon; externes : MM. Jardet, Chavanon, Piédallu, Grippon, Bureau (Rob.), Saint-Pierre, Cadilhac, Béal.

2. Médecin : M. Gandy; interne : M. Maduro; externes : MM. Jullien (Bern.), Baron (Paul), Hervier, Peytavin, Le Baron, Leroy (René), Monnerot-Dumaine.

3. Médecin : M. Garnier; interne : M. Dolfus; externes : Mlle Pithon, MM. Bachelin, Desormeaux, Plat, Mayrargues, Grenaud.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Garnier; externes : MM. Forest-Defaye, Henne.

5. Médecin : M. Clerc; interne : M. Bascourret; externes : MM. Roux (J.-B.), Salmon (Rob.), Carle, Deruas, Pellé, Mlle Rappoport.

6. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Darquier; externes : MM. Hurez (J.), Durand (A.), Thiéry, Coupeau, Mlle Papaïvannou, MM. Jacquinet, Jarrige-Lemas.

7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Richard; internes : MM. Viollet, Bonnecaze; externes : MM. Chaperon, Violet, Fidon, Marcel, Paris (Pierre), Popovitch, Farret, Tilman, Lévy-Neumand.

8. Chirurgien : M Cunéo; internes : MM. Phelippes de la Marnierre, Godard, Lubin; externes : MM. Sicard (And.), Delagenière, Moyse, Mlle Maunoury, MM. Mirallié, Lavoipierre, Moutarde.

9. *Chirurgie.* (Chroniques.) — M. Cunéo; interne : M. Oberthür; externes : Mlle Riom, M. Brisard.

10. Chirurgien : M. Wiart; internes : MM. Laffitte, Bartet, Sureau; externes : MM. Bertrand (P.), Delmas, Séjournet, Servy, Demoulin, Mlle Rabanit.

11. Chirurgien : M. Labey; internes : MM. Delmas, Machavoine, Desoubry; externes : MM. Mahieu, Rudaux (Rob.), Mlle Seyrig, MM. Dany, Hénault, Ardouin (G.).

12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau; assistant : M. Chatellier; chef de clinique : M. Bonnet-Roy; chefs de clinique adjoints : MM. Truffert, Chatellier; chef de labor. : M. Cléret; internes : MM. Carrega, Valat; externes : MM. Clément (André), Lumière, Piton, Evrain, Doiteau, Stude, Restoux.

13. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Mérigot de Treigny; internes : MM. Vialère-Vialex, Veil (Prosper); externes : MM. Jossand, Marq, Michaud (P.), Schrameck, Isnel.

14. Accoucheur : M. Devraigne; interne : M. Courtin; externes : MM. Quenza, Gillet, Idoux, Queinnec.

15. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Chabrol; suppléant : M. Lesage; interne prov. : M. Gambillard; externes : MM. Martin (Jacques), Rosier, Viriot, Rouquès.

16. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Toupet; suppléant : M. Brétégnier; externes : MM. Eliet, Scialom, Pétrignani.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret; adjoint : M. Dariaux; assistants : MM. Truchot, Cassan, Devois, Mlle Delaplace (externe faisant fonction); externes : MM. Lifschitz, Baclesse, Nadji.

I. HÔPITAL TENON. — 1. Médecin : M. Michel; interne : M. Destouches; externes : M. Duncombe, Mlle Sazerac de Forge, MM. Hamonic, Joffroy.

2. Médecin : M. Loeper; interne : M. Ollivier; externes : MM. Perlès, Guillon, Husseinstein, Hesse, de Sèze, Loussot.

3. Médecin : M. Rathery; internes : M. Froment, Mlle Dreyfus-Sée; externes : MM. Diriart, Mlles Levina, Gricouroff, MM. Andler, Brico, Robert (P.-E.), Carpentier, Topart.

4. Médecin : M. Sainton; interne : M. Le Clerc; externes : MM. Gallais, Milner, Appert, Hortipan.

5. Médecin : M. Weil (P.-E.); interne : M. Lamy; externes : Mlle Cahen, MM. Rivoire, de Blanchaud, Mlle Corbillon.

6. Médecin : M. Boidin; interne : M. Thévenard; externes : MM. Bagot, Simon (V.), Lang, Mlle Lecoq (Lucienne).

7. Médecin : M. Vincent; interne : M. Chavany; externes : MM. Paumelle, Petit (René), Mlles Roudinesco, Wolff (F.), MM. Cossa, Guisoni.

8. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Vincent; externes : MM. Retel, Josso, Lévy (Pierre), Dulac.

9. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Valence; externes : MM. Caroli, Eliascheff, Liège (Rob.), Thirion, Mlle Benoit, M. Lefèvre (Pierre).

10. Chirurgien : M. Paul Riche; internes : MM. Bergouignan, Armingeat, Parfonry; externes : MM. Cohen-Solal, El-Caz, Arondel, Rogès, Debon, Bordier.

11. Chirurgien : M. Proust; internes : MM. Ménégaux, Olry, Lepaumier; externes : MM. Moullard, Sallet, Duval, Schwob, Hamelin, Milhiet.

12. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Mounier, Ameline, Lemonnier; externes : Mlle Oppenot, MM. Julliez (Rob.), Lagarrigue, Lortat-Jacob, Ferrand.

13. Accoucheur : M. Metzger; interne : M. Lerond; externes : MM. Omnès, Molinard, Priollet, Pauchet.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Guy-Laroche; suppléant : M. N...; interne prov. : Mlle Wolff; externes : M. Robin (Mce), Mlle Cordier, M. Mathieu (Marcel).

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Martin; suppléant : M. Buquet; externes : MM. Quereilhac, Michel-Béchet, Gérodias.

16. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois; assistants : MM. Descourt, Dogny.

J. HÔPITAL LAENNEC. — 1. Médecin : M. Bernard (Léon); interne : M. Thomas; externes : MM. Monnier (Jean), Camino, Bouvier (G.), Briault (Roger), Anchel, Chauveau, Mlle Weiss, M. Roy.

2. *Crèche.* — Médecin : M. Bernard (L.); externes : MM. Maire-Améro, Maire (J.).

3. Médecin : M. Rist; interne : M. Walter; externes : MM. Badet, Gilbrin, Durrbach, Chabaud (Jean), Parlier, Vasseur (A.), Peronne, Suau.

4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Trocmé; externes : MM. Le Guillant, Blanche (Marcel), Mâcon, Terrin, Escande, Mme Nicoulesco.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecins : MM. Bernard (L.), Rist; assistants : MM. Bigart, Baron, Salomon (service de M. Bernard); assistants : MM. Brissaud, Jacob, Coulaud (service de M. Rist); externes : MM. Boidot, Kalmanovitch, Cabrol, Mlle Vaudier, M. Pottier.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Christophe; externes : MM. Duruy, Lacan, Touchard, Vermorel.

7. Médecin : M. Jousset; interne : M. Broca; externes : MM. Rochard, Perrin (J.-C.), Sallard, Leproust.

8. Médecin : M. Grenet; interne : M. Pellissier; externes : MM. Menguy, Jeantet, Fabre (François), Mlle Zimmer.

9. Médecin : M. Ramond : interne : M. Isaac (Georges); externes : MM. Coffin, Huet (Jean), Mabille, Tixier.

10. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Morice, Lemariey, Huard; externes : MM. Degos, Gasiglia, Mlle Begaud, MM. Billard, Bertrand (Jean), Caraïs, Prince.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ameuille; suppléant : M. Serrand; interne prov. : M. Ill; externe : M. Hautefeuille.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cadenat; suppléant : M. Laburthe-Zobra; externes : MM. Bertrand (J.), Bourgeois.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois; assistant : M. A. Bloch; suppléant : M. Bouchet; assistant de consultation : M. Tarneaud; internes : MM. Lanos, Huet (Pierre); externes : MM. Mahieu (Henri), Tissier, Vilenski, Mlle Vignaux.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-

Duvigneaud; assistant : M. Benard; adjoint : M. X...; interne : M. Castéran; externes : MM. Allaire, Bouron, Baudrillart.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Maingot; adjoint : M. Lignac; assistants : MM. Galy, Portret; externe : M. Gibard.

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Brühl; interne : M. Caylà; externes : MM. Peroz, Boiffin, Merger, Pichard.

2. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Bernard (Etienne); externes : Mlle Heimann, MM. Aupérin, Thévenard, Loup.

3. Chirurgien : M. Baudet; internes : MM. Hermet, Ravina (Jean), Bouchard; externes : MM. Dessus, Tournadre, Rabetrano, Prat, Mantion, Marty, Mlle Sélikovitch, M. Auger.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Touraine; suppléant : M. Deschamps (Noël); interne prov. : M. Roullet; externes : MM. Ravier, Ricard.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Picot; suppléant : M. Masmonteil; externes : MM. Wolfsohn, Mercier (J.).

6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Lefèvre (P.); externes : MM. Cantacuzène, Marie, Delvaille, Chureau, Mougeot.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Bergé; interne prov. : M. Lacapère; externes : M. Barthes, Mlle Bizon.

3. Médecin : M. Dufour; interne : M. Baruk; externes : MM. Robin (Roger), Pinoche, Pouillot, Mlles Choquart, Rouget.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne prov. : M. Morlaas; externes : MM. Imbert (Ant.), Boquel.

5. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Bidoire, N...; externes : MM. Ripert, Kensinger, Philipeau, Montaut, Mlle Oguse, M. Tabuteau.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Heuyer; suppléant : M. Piédelievre; externes : MM. Vanheuverswyn, Nédélac.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Berger; suppléant : M. Gerber; externes : MM. Maurellet, Bordas.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; suppléant : M. Ledoux-Lebard; assistant : M. Blot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Bezançon; internes : MM. Potez, Vigneron; externes : Mlle Oumansky, M. Ragu, Mlle Frey, MM. Andrieux, Caheu (Rob.), Mlles Scherrer, Gauthier-Villars, Mlle Pau.

2. Chirurgien : M. Dujarier; internes : MM. Redon, Harburger; externes : MM. Bruchon, Buisson, Mlle Pichot, MM. Naggiar, Bontot, Mlle Magrah, MM. Limal, Poublanc.

3. Accoucheur : M. Le Lorier, interne : Mlle Tisserand; externes : MM. Turpault, Rouchaud, Grancher, Martin (Henri-Michel).

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pinard; suppléant : M. Braun; interne prov. : M. Haye; externes : MM. Legrain, Mugnier.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Capette; suppléant : M. Tourneix; externes : MM. Bouvet, Poumailloux, Salathé, Taniel.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. Durand; externes : MM. Leplat, Colin (P.)

7. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; adjoint : M. Lebon; assistants : MM. Tribout, Quivy.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; assistant : M. Schulmann; chef de clinique : M. Burnier; chef de clinique adjoint : MM. Hufnagel; chefs de labor. : MM. Sézary, Pomaret, Bloch (Marcel); internes : MM. Martin (R.), Marchal; externes : MM. Lefèvre (Pierre), Roeser, Kyriaco, Cognet, Mlle Vasseur, M. Burnouf.

2. Médecin : M. Hudelo; assistant : M. Rabut; internes : MM. Louet, Pierrot; externes : MM. Mazet, Vienne, Laffaille, Oblin, Lefrançois, Guiberteau, Mlle Hirsch.

3. Médecin : M. Milian; assistant : M. Saphar; internes : MM. Marceron, Solente; externes : Mme Macrez, M. Cattan, Mlle Goldspiegel, MM. Garnier (Georges), Vernier, Fouquet, Mlle Lacan.

4. Médecin : M. Ravaut; assistant : M. Ferrand; internes : MM. Basch, Lambling; externes : Mlle Dobkevitch, MM. Moruzi, Faraut, Cheynet, Cantin, Stuhl, Lemière (M.).

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; assistant : M. Legrain; internes : MM. Breger, de Gennes; externes : MM. Leriez (A.), Pompanon, Abd-el-Nour, Berson, Sébileau, Mme July, M. Bordal.

6. Médecin : M. Louste; assistant : M. Thibaut; internes : MM. Bidermann, Baranger (André); externes : MM. Rudolf, Bourdin, Mme Leconte, MM. Gerson (Louis), Lemière, Lacroix (René).

7. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Rimé; externes : MM. Rigal, Laporte, Tarterot, Chaignon.

8. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Mérot, Berthon, Maziol; externes : MM. Potelune, Couperot, Berny, Marcus, Signeux, Nicolle, Lapiné (H.), Allard.

9. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Lechaux, Marchand, Leibovici; externes : MM. Mouchet, Lereboullet, Cordier, Cord, Duprey, Kaufmann, Mlle de Mayo, M. Delafarge.

10. Chirurgien : M. Lecène; internes : MM. Seillé, Iselin, Garnier (Ch.); externes : MM. Teurnier, Lyonnet, Manouvrier, Bardin, Pépin-Leballeur, Grivin, Couvelaire, Ducas.

11. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; Internes : MM.

12. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Bréchot; suppléant : M. Bloch (René); externes : Mlle Richard, MM. Azalbert, Dumas.

13. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault (Jules); internes : MM. Béthoux, Weissmann; externes : MM. Mauvoisin, Beaugeard, Quennec (Jean), Beaux (M.), Mlle Bardy, MM. Alibert, Darré, Mlle Maas.

14. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Lévy, Marcel, Coudert, Derocque; externes : MM. Leleu, Chassagnac, Guérin (René), Guignebert, Mlle Bourdin, MM. Farraud, Bureau (Jean).

15. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; interne : M. Barbaro; externes : MM. Dublineau, Delincourt, Bühler, André.

16. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lemaître; assistant : M. Giraudeau; suppléant : M. Apart; internes : MM. Dujarier, Jousseaume; externes : MM. Sailly, Camus (Pierre), Lacaisse, Wilbert, Thuillant, Leclere.

17. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. Charpentier; interne : M. Favory; externe : MM. Agnès, Delotte.

18. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Belot; adjoints : MM. Gastaud, Nahan (assist. fais. fonct.); assistants : MM. Lepennetier; Nadal, Taton (ext. fais. fonct.); assistants de radioscopie : MM. Boileau, Surrel; préparateurs de radiotherapie : MM. Jean, Bizard.

O. — Hôpital de Vaugirard (*Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine*). — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; chef de clinique : M. Quénu; chef de clinique adjoint : M. Richard; chef de labor. : M. Moutier; attaché médical : Mme Pommay-Michaux; internes : MM. Bazett, Cuvigny, Gueulette; externes : MM. Brunet (René), Monod, Choffé, Paschetta, Fleury, Mlle Blanchy, MM. Hô-Dac, Dragominesco, Mialaret, Meyer.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Béclère (H.); assistant : M. Porcher.

P. Hôpital Ambroise Paré. — 1. Médecin : M. Laubry; interne : M. Oury; externes : MM. Vadon, Chevereau (A.), Paris (Ray.), Méry (J.-H.), Pissavy, Mlle Brosse, M. Jabiel.

2. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Mayer (Ch.); externes : MM. Leconte (Henri), Carteaud, Quénée, Vernholes, Salmon (Alb.), Guran; Mlle Perrin (G.).

3. Médecin. (Service non ouvert.)

4. *Consultation.* (*Médecine générale.*) — Assistant : M. Weil (M.-P.); suppléant : M. Lyon-Caen; interne prov. : M. Louvel; externes : M. Niotz, Mlle Téry.

5. *Médecine infantile.* — Assistant : M. Huber; suppléant : M. Duval (Henri); interne prov. : M. Levassor; externes : MM. Suzor, Goguel.

6. *Chirurgie générale.* — Assistant : M. Guimbellot; suppléant : M. Papillon; externes : MM. Descomps, Tailhefer,

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Israëls de Jong; assistant : M. Meyer; interne : M. Barreau; externes : MM. Mevel, Calbet, Macasdar, Segrestaa, Romeyer, Redaud, Lafitte, Bettinger, Guillot (J.).

2. Médecin : M. Faure-Beaulieu; assistant : M. Rousseau (Pierre); interne : M. Jacquet; externes : MM. Caffort, Menuau, Pradier, Champenois, Berry, Chabaud (R.), Benoist (F.), Couturat (Louis).

3. Chirurgien : M. le prof. Faure; chef de clinique : M. Huyghues de Beaufond; chef de clinique adjoint : M. Michon; chefs de labor. : MM. Champy, Douai; internes : MM. Risacher, Chevallier, Baranger (J.); externes : Mme Gruel, MM. Revel-Moreau, Prévost, Chalnot, Mamou, Mlle Vidal, M. Illaire.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lehmann (P.); adjoint : M. Dimier.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Moussoir; externes : M. Soullier, Mme Drieu-Jéramec, MM. von der Horst, Berthon, Grognot.

2. Médecin : M. Rivet; interne : M. Jany; externes : M. Wauthier, Mlle Schoeller, M. Briault (Pierre).

3. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Digonnet, Maximin (M.); externes : Mlles Besson, Arrighi de Casanova, MM. Fort, Gaucher, Fortin, Lacoste, Fortin (A.).

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt; adjoint : M. Charlier.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Mathieu; chef de clinique adjoint : M. Janet; chef de labor. : M. Bidot; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie (P.-L.); interne : M. Lebée; externes : MM. Thiroloix, Vincent (Arm.), Laënnec, Bruder, Mlle Perrain, M. Breton (René).

2. Médecin : M. Méry; interne : Mlle Petot; externes : MM. Senoze, Leclainche, Cauchy, Mariani, Mlle Crémieu.

3. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Dayras; externes : MM. Hambourg, Roussel (Ed.), Derchen, Arnould, Mlle Baudry.

4. Médecin : M. Apert; interne : M. Garcin; externes : MM. Martin Saint-Laurent, Maurion, Mimin, de Langenhagen, Mlle Aubriot.

5. Médecin : M. Lereboullet; interne : M. Lelong; externes : MM. Ferrière, Louvel (J.), Baron (Pierre), Baize, Meeus, Mlle Lecoq.

6. *Crèche.* — Médecin : M. Méry; interne prov. : M. Niel.

7. *Service de la sélection.* — Interne prov. : M. Marie.

8. Service temporaire. Médecin : M. Stévenin; interne prov. : M. Kermorgant; externes : MM. Périgord, Foubert.

9. Chirurgien : M. le prof. Broca; chef de clinique : M. Wilmoth; chefs de clinique adjoint : MM. Dubois, Ducroquet; chef de labor : M. Houdré; internes : MM. Cordey, Bureau (Yves); externes : MM. Constantoulakis, Alépée, Petit (Louis), Mlle Lévy, M. Vézin, Mlle Forthomme, MM. Demailly, Dumont.

10. Chirurgien : M. Ombrédanne; assistant : M. Ollivier; internes : MM. Tierny, Fèvre; interne prov. : M. Arrivot; externes : M. de la Brunière, Mlle Nicolle, MM. N..., Djourovitch, Jamet, Drouhard, Martin (H.-P.-V.), Marion (A.).

11. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Lavat; interne : M. Renard; externes : MM. Boyer, Jossét, Campo, Artigues.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Le Mée; suppléant : M. Doumenge; externes : MM. Costes, Bouquet.

13. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Duhem; assistant : M. Chaperon (A.-R.); externes : MM. Faivre (H.), Seguin.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. Lévy (Maurice); externes : MM. Willot, Delthil, Mlle Labat de Lambert, M. Périn (Chr.), Mlle Lamy (Marthe), M. Blanche (André).

2. Médecin : M. Papillon; interne : M. Chauveau; externes : MM. Fleury (Jean), Bachelier, Grasset, Ferrer, Mlle Mustacesco, M. Marmasse.

3. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : M. Turpin.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : MM. Durand (Paul).

5. Chirurgien : M. Hallopeau; assistant de consultation : M. Gasne; internes : MM. Denoy, Codet, Mlle Waynbaum; externes : M. Wertheimer, Mlle Cuénin, MM. Rault, Laflotte, Mlle Vannier, MM. Dhaussy, Bérard, Brian, Fallex.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Lemaire; suppléant : M. Chené; interne prov. : M. Cochez; externes : Mlles Chatenet, Péchenard, MM. Mirault, Houlnick (Ar.).

7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Rouget; suppléant : M. Chéné; externe : M. Gence.

8. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cerise; suppléant : M. N...; externe : M. Medioni.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Mahar : assistant : M. Colanéri.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chef de clinique : M. Turquety; chefs de clinique adjoints : MM. Vallery-Radot (Pierre), Grenier; chefs de labor. : M. Dorlencourt, Mlle Spanin; internes : MM. Lestocquoy, Aris; externes : MM. Deslandres, Sobelman, Soria, Mlle Nageotte, MM. Gruntescu, Mégret.

2. Chirurgien : M. Veau; internes : MM. Fumery, Barret; externes : MM. Funck, Dessaint, Glaive, Mlle Josso, M. Bérardier.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Barret; assistants : MM. Chaufour, Djian.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Halbron; interne : M. Cornet; externes : MM. Vendel, Damond, Loubry, Mme Hesse.

2. Médecin : M. Herscher; interne : M. Escalier; externes : MM. Crouzat, Gibert (H.-P.), Bucquet, Vieillard-Baron.

3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Leconte; suppléant : M. Baudouin; ; interne prov. : M. Lenormand; externes : MM. Lévy (Gabriel), Poulin (André).

4. *Radioscopie.* — Assistant : M. Charpy.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Harvier; internes : MM. Bariéty, Chabrun; externes : MM. Josse, Lejeune, Mlle Morin, M. Decourt.

2. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Darré; interne : M. Vibert; externes : Mme Poulain, M. Lebenthal.

3. Médecin : M. Lian; interne : M. Renault; externes : MM. X..., Danhier, Sallé, Maksud, Mlle Chemin.

4. Chirurgien : M. Desmarest; internes : MM. Meyer-May, Ebrard; externes : MM. George (M.), Hadjigiorgiou, Camus (Jean), Gibert.

5. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Gouvenot.

6. Médecin : M. Riche; interne : M. Aubry.

7. Médecin : M. Maillard; interne : M. Delafontaine.

8. *Fondation Vallée.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Blanc-Champagnac.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Keller; adjoint : M. Guénaux.

X. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chef de clinique : M. N .. chef de clinique adjoint : M. N...; chefs de labor. : M. Bertrand, Mlle Lévy (Gab.); internes : MM. Périsson, Huguenin, Célice; externes: MM. Parmentier, Vannier, Mlle Guérin, MM. Lelong (P.), Sigwald.

2. Médecin : M. Souques; internes : MM. Lafourcade-Cortina, Terris; externes : MM. Lecacheux, Gavois, Subileau, Lotte, Holodenko, Bernheim.

3. Médecin : M. Crouzon; interne : M. Lemaire; externes : MM. Guérin (Paul), Mme Codet, MM. Hiely, Weil, (Alb.), Mlle Décor.

4. Chirurgien : M. le prof. Gosset; chef de clinique : M. Charvin; chef de clinique adjoint : M. Petit-Dutaillis; attaché médical; M. Guttmann; chefs de labor. : MM. Magron, Rouché; internes : MM. Larget, Bernard (Rog.), Raiga; externes : Mlle Bertazzi, MM. Caillaud, Lecœur (Pierre), Moret (Marcellin), Mlle Palisse, MM. Gardette, Tubiana, Zitzermann, Sée, Fortier.

5. *Infirmerie du personnel.* — Médecin : M. Crouzon; interne : M. Marquézy.

6. Médecin : M. Nageotte, interne : M. Ralt.
7. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. de Massary.
8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon ; adjoint : M. Thibonneau ; assistant : M. Marcus (fais. fonct.), externe : M. Hervy.
9. Service temporaire. Médecin : M. Flandin ; interne : Mlle Labeaume ; exterues : MM. Lefèvre (Pierre). Rossert, Lenègre-Thourin, Schiever, Masquin.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon ; interne : Mlle Odier ; externes : MM. Azam, Bermann, Saingery, Picot, Mlles Latil, Lévy (Simone).
2. Médecin : M. Guillemot ; interne : M. Duchon ; externes : M. Vuillième, Mlle Stœber, MM. Charpentier (M.), Moatti, Hurez (Marc), Damon (Ant.).
3. Chirurgien : M. Mathieu ; assistant de consultation : M. Perrin ; internes : MM. Férey, Willemin, Moraux ; externes : MM. Padovani, Gloppe, Le Buanec, Rétat, Lévy (M.), Leloup, Mlle Courtine.
4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Milhit ; suppléant : M. Cojan ; interne prov. : M. Bocage ; externes : Mme Violet, MM. Adam, Lemière (M.-P.).
5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Halphen ; suppléant : M. Buneau ; externes : MM. Giaccardo, Rebillard.
6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois ; adjoint : M. Chaperon ; assistant : M. Torchaussé.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Foix ; interne : M. Hillemand ; externes : Mlle Henry, MM. Cofino, Laborde (Jean), Signeux.
2. Chroniques et admission. — Externes : MM. Thiébaut, Baldy.
3. Médecin : M. Tixier ; internes : MM. Delalande, Meurisse ; externes : MM. Frémont, Mlle Wertheimer, MM. Perret (Adrien), Sarles, Trubert, Calmels.
4. Chirurgien : M. Roux-Berger ; internes : MM. Rémy-Néris, Jondeau ; externes : MM. Brandy, Blin, Jehiel.
5. *Electro-radiologie.* — M. Pestel ; assistant : M. Delapchier.

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Bouffe ; adjoint : M. le prof. Levant ; assistant : M. Cleisz ; internes : MM. Marassi, Berson.
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; interne : M. Lacomme ; externes : Mlles Paturel, Rosenbaum, M. Abonneau, Mme Henry.
3. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. Lévy-Lebhard.

Ab Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier ; interne : M. Luton ; externes : MM. Ranglaret, Baconnet, Barbé, Morigny, Camail, Pasquet, Kimpel.
2 Médecin : M. Lesage ; interne : M. Duhamel ; externes : MM. Perret (Ant.), Zuber, Chazel, Vanbochstaël, Breuillé, Poulain.
3. Service de la garde et de la sélection. — Internes prov. : MM. Héraux, Blondel.
4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Laquerrière ; assistant : M. Lehmann (Rob.).

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier ; chef de clinique : M. Cambessédès ; chef de clinique adjoint : M. Cathala ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Bouttier, Giroire, George ; externes : MM. Petit (Marcel), Sicard (Rob.), Gaston (R.), Mathias, Darfeuille, Beau, Ardoin (G.), Gasne.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Lantuéjoul ; chefs de clinique adjoints : MM. Réglade, Cerné ; chefs de labor. : MM. Clogne, Cartier ; interne : M. Debray (Jacques) ; externes : Mlle Iliesco, MM. Fort (Pierre), Bompart, Viet-Villeneuve, Juge.

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; chef de clinique : M. Champeau ; chef de clinique adjoint : M. Portes ; chefs de labor. : MM. Powilewicz ; Petetin ; interne : M. Seguy ; externes : Mlle Leblond, MM. Veyssière, Bodson, Lair, Mathieu (Jean-Julien), Dauphin.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Abrami ; interne : M. Kourilsky ; interne prov. : M. Lonjumeau ; externe : M. Caplain.
2. Chirurgien : M. Lardennois ; internes : M. Meillère, Mme Brian-Garfield, M. Couturier ; externes : MM. Béraud, Lièvre, Saint-Martin, Jourdan, Havoine, Weyl, Golé.
3. *Radioscopie.* — Assistant : M. Berthon.

Ag. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Armand-Delille ; interne ; M. Lévy (Robert).
2. (*Tuberculeux.*) — Médecin : M. Armand-Delille ; interne : M. Dérot ; externes : MM. Delage, Richard, Mlle Frontard, MM. Mondet, Flandrin, Demoly.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair ; interne : M. Cohen (René) ; externes : M. Stankovitch, Mlle Henry (Gab.), Sustendal, Prugneaud.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Laederich ; internes : MM. Roy, Mâle.

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Baudouin ; interne : M. Mathieu ; externe : M. Rochette.
2. (*Tuberculeux.*) Interne : M. Ducourtioux ; externes : MM. Bucquoy, Falaise, Merklen (P.), Lacassie, Mollaret, Lafond (Pierre).
3. *Radioscopie.* — Assistant : M. Gilson.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel ; assistants : MM. Andrieu, Evrard, Bouquier ; chef de labor. d'électro-radiologie : M. Parin ; chef de labor de bactériologie : M. Mozer ; internes : Mme Sorrel, M. Bogdanovitch, Mlle Sayag, MM. Delahaye, Therme.
2. Annexe de Rouville. Internes : MM. Jesover, N..., N...

Al. Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie ; assistant : M. Clément ; internes : M. X... ; interne (concours spécial) : M. Perono.
2. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistants : MM. Claude, Thiel, Mlle Armand, Mme Porcher, M. Feil ; interne : M. Dereux ; internes (concours spécial) : MM. Rochard, Clercy, Bazouge, Lechaux, Loireau.
3. Médecin : M. Renaud (M.) ; assistants : MM. X..., Roland (faisant fonction) ; interne : M. X... ; internes (concours spécial) : MM. Juge, Auger.
4. *Radioscopie.* — Assistant : M. Thiel.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude ; chefs de clinique : MM. Borel, Santenoise ; chefs de clinique adjoints : MM. Codet, Targowla.

An. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc ; assistant : M. N...

Ao. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes : M. Moutard, Mlle Pauc.

Ap. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié ; assistant : M. Tourlet.

Aq. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. — Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Lafosse ; adjoint : M. Lasnier.

As. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno ; interne : M. N...

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° Chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants ; consultations) ; 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements) ; 3° chefs de laboratoire ; 4° internes titulaires ; 5° internes provisoires ; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Azam, Y-1 = Y. Hôpital Bretonneau, 1. Service de M. Guinon.

MÉDECINS

assistants
et attachés médicaux.

Abrami, Af-1.
Achard, G-1.
Ameuille, J-11
Apert, S-4.
Armand (Mlle), Al-2.
Armand-Delille, Ag-1 et Ag-2,
Aubertin, N-7.
Auclair, Ah-1.
Avezou, F-2.
Aviragnet, S-3.
Babonneix, C-3.
Barbier, Ab-1.
Baron, J-5.
Barthélemy, F-6.
Baudouin, Aj-1.
Bensaude, D-5.
Bergé, L-1 et L-2.
Bernard (Léon), J-1, J-2 et J-5.
Bezançon (F.), M-1.
Bigard, J-5.
Boidin, I-6.
Brissaud, J-5.
Brodiez, Am-1.
Brouardel (G.), E-1.
Bruhl, K-1.
Brulé, F-11.
Buc, An-1.
Camus, C-5.
Carnot, G-2.
Caussade, A-3.
Chabrol, H-15.
Chauffard, D-1.
Claisse, J-6.
Claude, Al-2.
Claude, Am-1.
Clement, Al-1,
Clerc, H-5.
Comte, D-7.
Coulaud, J-5.
Courcoux, C-4.
Courtois-Suffit, R-1.
Coyon, D-6.
Crouzon, X-3 et X-5.
Darré, W 2.
Dufour, L-3 et L-4.
Duvoir, E-8.
Enriquez, B-4.
Faroy, G-11.
Faure-Beaulieu, Q-2.
Feil, Al-2.
Ferrand, N-4.
Fiessinger, D-13.
Flandin, X-9.
Fohanno, As-1.
Foix, Z-1.
Fournier, F-5.
Gandy, H-2.
Garnier, H-3 et H-4.
Gilbert, A-1.
Godlewski, G-4.
Grenet, J-8.
Guillain, X-1.
Guillemot, Y-2.
Guinon, Y-1.
Halbron, V-1.
Hallé, E-3.
Harvier, W-1.
Herscher, V-2.
Heuyer, L-6.
Huber, P-5.
Hudelo, N-2.
Israëls de Jong, Q-1.
Jacob, J-5.
Jeanselme, N-1.
Jousset, J-7.
Jumentié, Ap-1.
Labbé (Marcel), B-5.
Laederich, Ai-1.
Laffitte, G-3.
Lafosse, Aq-1.
Laignel-Lavastine, B-6.
Laroche (Guy), I-14.
Lasnier, Aq-1.
Laubry, P-1.
Leblanc, G-4.
Leconte, V-3,
Legrain, N-5.
Lemaire, T-6.
Lemierre, K-2.
Le Noir, D-3.
Lereboullet, S-5.
Léri, F-6.
Lesage, Ab-2.
Lesné, T-1 et T-3.
Lévy-Valeisi, Al-2.
Lian, W-3.
Lion, B-2.
Lœper, I-2.
Lortat-Jacob, N-5.
Louste, N-6.
Macaigne, H-6.
Maillard, W-7.
Marfan, U-1.
Marie (R.), Al-1.
Marie (P.), V-1.
Massary (de), H-1.
Ménétrier, A-4.
Méry, S-2 et S-6.
Meyer, 91.
Michel, I-1.
Milhit, Y-4.
Milian, N-3.
Monier-Vinard, A-10.
Morancé, Ao-1.
Mutel, Aq-1.
Nageotte, X-6.
Nobécourt, S-1.
Pagniez, D-8.
Paisseau, I-9.
Papillon, T-2 et T-4.
Parmentier, A-5.
Pinard, M-4.
Pissavy, F-2 et F-3.
Porcher (Mme), Al-2.
Rabut, N-2.
Ramond (Félix), D-4.
Ramond, J-9.
Rathery, I-3.
Ravaut, N-4.
Renaud, Al-3.
Renault (J.), N-13.
Ribadeau-Dumas, Aa-2.
Ribierre, E-4.
Riche (A.), W-6.
Richet, C-6.
Rist, J-3, J-4 et J-5.
Rivet, R-2.
Roger, A-2.
Roland, Al-3.
Roubinovitch, W-5 et W-8.
Rousseau (P.), Q-2.
Sainton, I-4.
Salomon, J-5.
Sauphar, N-3.
Schulmann, N-1.
Sergent, C-1.
Sézary, C-10.
Sicard, E-2.
Souques, X-2.
Stévenin, S-8.
Teissier, Ac-1.
Thibaut, N-6.
Thiel, Al-2.
Thiroloix, B-3.
Tixier, Z-3.
Touraine, K-4.
Tourlet, Ao-1.
Trémolières, P-2.
Vallery-Radot (Pasteur), B-11.
Vaquez, B-1.
Villaret, G-4.
Vincent, I-7 et I-8.
Vurpas, X-7.
Weil (P.-E.), I-5.
Weill (M.-P.), P-4.
Weill-Hallé, C-2.
Widal, F-1.

CHIRURGIENS

assistants
et attachés médicaux.

Alglave, A-7.
Andrieu, Ak-1.
Auvray, J-10.
Barny, G-9.
Basset, F-12.
Baudet, K-3.
Baumgartner, C-7 et F-3.
Bazy, D-14.
Berger, L-7.
Bourgeois, J-11.
Bouquier, Ak-1.
Bréchot, N-12.
Broca, S-9.
Cadenat, J-12.
Capette, M-5.
Cauchoix, G-12.
Chatellier, H-12.
Chevassu, F-10.
Chevrier, L-5.
Chifoliau, R-3.
Cousin, A-8.
Cunéo, H-8 et H-9.
Delbet, F-7.
Descomps, C-8.
Desmarest, W-4.
Dognon, G-9.
Dujarier, M-2.
Duval (Pierre), O-1.
Evrard, Ak-1.
Faure, Q-3.
Fredet, B-9.
Gasne, T-5.
Gernez, G-5.
Gosset, X-4.
Grégoire, I-12.
Guimbellot, P-6.
Gutmann, X-4.
Hallopeau, T-5.
Hartmann, A-6.
Heitz-Boyer, N-11.
Küss, B-12.
Labey, H-11.
Lapointe, D-11.
Lardennois, Af-2.
Launay, F-9.
Lecène, N-10.
Legueu, E-5.
Lejars, D-10.
Lenormant, N-9.
Marion, H-7.
Martin, I-15.
Mathieu, Y-3.
Mauclaire, B-8.
Michon, G-7.
Mocquot, F-8.
Mouchet, N-14.
Moure, C-11.
Okinczyc, A-11.
Ollivier, S-10.
Ombrédanne, S-10.
Picot, K-5.
Pommay-Michaux (Mme), O-1.
Proust, I-11.
Richard, H-7.
Riche (Paul), I-10.
Rieffel, N-8.
Robineau, E-6.
Romanet, G-9.
Roux-Berger, Z-4.
Sauvé, E-9.
Savariaud, G-8.
Schwartz, E-7.
Sebileau, H-12.
Sorrel, Ak-1.
Souligoux, G-5 et G-6.
Thiéry, B-7.
Toupet, H-16.
Veau, U-2.
Wiart, H-10.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Bouffe de Saint-Blaise, Aa-1.
Brindeau, Ad-1.
Cathala, N-15.
Chirié, A-9.
Cleisz, Aa-1.
Couvelaire, Ae-1.
Devraigne, H-14.
Funck-Brentano, G-10.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, M-3.
Lemeland, D-12.
Levant, Aa-1.
Lévy-Solal, C-9.
Macé, A-9.
Metzger, I-13.
Rudaux, D-12.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

Bénard, J-14.
Cantonnet, F-13.
Cerise, T-8.
Chapuis, A-8.
Charpentier, N-17.
Chatellier, B-14.
Cousin, A-8.
Dupuy-Dutemps, N-17.
Goulfier, G-9.
Joltrois (Mlle), L-13.
Lapersonne (de), A-8.
Lavat, S-11.
Magitot, D-15.
Mérigot de Treigny, H-13.
Monthus, B-14.
Morax, H-13.
Poulard, S-11.
Rochon-Duvigneaud, J-14.
Terrien, G-9.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

assistants
et suppléants.

Apard, N-16.
Baldenweck, G-13.
Bouchet, J-13.
Bourgeois, J-13.
Bloch, J-13.
Buneau, Y-5.
Chéné, T-7.
Doumenge, S-12.
Durand, M-6.
Feldstein, D-9.
Giraudeau, N-16.
Grivot, D-9.
Halphen, Y-5.
Hautant, B-13 et A-8.
Lemaître, N-16.
Le Mée, S-12.
Leroux, D-9.
Leroux Cuvillier, B-13.
Moulonguet, M-6.
Rouget, T-7.
Tarneaud, J-13.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

Aimé, D-16.
Aubourg, M-7.
Barret, U-3.
Beaujard, K-6.
Béclère (H.), O-2.
Belot, N-18.
Berthon, Af-3.
Bisson, D-17.
Bizard, N-18.
Blot, L-8.
Boileau, N-18.
Bonniot, L-8.
Bouchacourt, R-4.
Bourguignon, X-8.
Cagninacci, C-12.
Cassan, H-17.
Chaperon, S-13 et Y-6.
Charlier, R-4.
Charpy, V-4.
Chaufour, U-3.
Colanéri, T-9.
Colombier, A-12.
Contremoulins, E-10.
Darbois, I-16.
Dariaux, H-17.
Dausset, A-12.
David de Pradès, G-14.
Delapchier, Z-5.
Delaplace (Mlle), H-17.
Delherm, B-15.
Descouts, I-16.
Desternes, G-14.
Devois, H-17.
Dimier, Q-4.
Djian, U-3.
Dogny, I-16.
Duhem, S-13.
Foubert, F-14.
Gally, J-15.
Gastaud, N-18.
Gérard, A-12.
Gibert, D-17.
Gilson, Aj-3.
Grunspan de Brancas (Mme), B-15.
Guénaux, W-9.
Guibert, E-10.
Guilbert, G-14.
Haret, H-17.
Jean, N-18.
Keller, W-9.
Lagarenne, A-12.
Laquerrière, Ab-4.
Lebon, M-7.
Ledoux-Lebard, L-8.
Le Goff, K-6.
Lehmann, (P.), Q-4.
Lehmann (R.), Ab-4.
Lepennetier, N-18.
Lévy-Lebhar, Aa-3.
Lignac, J-15.
Lobligeois, Y-6.
Lomon, C-12.
Lucy, A-12.
Mahar, T-9.
Maingot, J-15.
Marcus, X-8.
Ménard, F-14.
Mignon, G-14.
Morel-Kahn, B-15.
Moutard, E-10.
Mozer, Ak-1.
Nadal, N-18.
Nahan, N-18.
Parin, Ak-1.
Pestel, Z-5.
Petit, E-10.
Piot, B-15.
Porcher, O-2.
Portret, J-15.
Prévost, B-15.
Proust, D-17.
Quivy, M-7
Saïdmann, F-14.
Solomon, D-16.
Surrel, N-18.
Talon, N-18.
Thibonneau, X-8.
Thiel, Al-4.
Thoumas, C-12.
Thoyer-Rozat, B-15.
Torchaussé, Y-6.
Tribout, M-7.
Truchot, H-17.
Turchini, C-12.
Vignal, G-14.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Baudouin, V-3.
Braun, M-4.
Chené, T-6.
Cojan, Y-4.
David, F-11.
Deron, B-11.
Deschamps (Noël), K-4.
Duval (Henri), P-5.
Gy, G-11.
Jacquelin (André), E-8.
Lesage, H-15.
Lyon-Caen, P-4.
Mangin-Bocquet, C-10.
Maréchal, A-10.
Mignot, D-13.
Piédelièvre, L-6.
Serrand, J-11.

CHIRURGIE

Bloch (René), N-12.
Brétégnier, H-16.
Buquet, I-15.
Caudrelier, G-12.
Delivet, D-14.
Gerber, L-7.
Gresset, E-9.
Küss (M.), B-12.
Laburthe-Tolra, J-12.
Masmonteil, K-5.
Millet, F-12.
Papillon, P-6.
Sénèque, E-11.
Tourneix, M-5.
Wolfromm, A-11.

CHEFS DE CLINIQUE

Berne-Lagarde (de), E-5.
Bonnet-Roy, H-12.
Boppe, A-6.
Borel, Am-1.
Burnier, N-1.
Cambessédès, Ac-1.
Champeau, Ae-1.
Charrier, X-4.
Debray, D-1,
Huyghues de Beaufont, Q-3.

Jacquet, F-1.
Lantuéjoul, Ad-1.
Maréchal, A-1.
Mathieu, S-1.
Mornard, F-7.
Mouquin, B-1.
Pareux, B-10.
Prélat, A-8.
Pruvost, C-1.
Quénu, O-1.
Santenoise, Am-1.
Séjournet, D-10.
Thiers, G-1.
Turquety, U-1.
Wilmoth, S-9.

Adjoints.

Bloch (S.), G-1.
Blum, A-1.
Brouet, A-6.
Cathala, Ac-1.
Cerné, Ad-1.
Chatellier, H-12.
Chevalley, F-1.
Clément, D-1.
Codet, Am-1.
Colombet, A-6.
Dubois, S-9.
Ducroquet, S-9.
Garcin, E-5.
Gautrand, A-8.
Girard, D-1.
Giroux, B-1.
Grenaudier, B-10.
Grenier, U-1.
Hufnagel, N-1.
Janet, S-1.
Lamaze, B-10.
Lascombe, F-7.
Michon, Q-3.
Mouzon, G-1.
Petit-Dutaillis, X-4.
Pignot, C-1.
Portes, Ae-1.
Réglade, Ad-1.
Richard, O-1.
Targowla, Am-1.
Truffert, H-12.
Tzanck, A-1.
Vallery-Radot (Pierre), U-1.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Beauvy, F-7.
Bénard (H.), A-1.
Bertrand, X-1.
Bertrand-Fontaine (Mme), F-1.
Bidot, S-1.
Bloch (M.), N-1.
Bordet, B-1.
Brel, D-1.
Cartier, Ad-1.
Chabanier, E-5.
Champy, Q-3.
Cléret, H-12.
Clogne, Ad-1.
Cottenot, C-1.
Dorlencourt, U-1.
Douai, Q-3.
Durand, C-1.
Duval, A-1.
Feuillié, G-1.
Foix, G-1.
Foy, E-5.
Géraudel, B-1.
Giet, D-10.
Grigaud, D-1.
Herrenschmidt, F-7.
Houdré, S-9.
Joltrain, F-1.
Laudat, F-1.
Lévy (Mlle G.), X-1.
Lièvre, G-1.
Magron, X-4.
Marie (P.-L.), S-1.
May, F-1.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Petetin, Ae-1.
Pomaret, N-1.
Powilewicz, Ae-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Ac-1.
Renaud (Mce), A-6.
Ribot, G-1.
Ronneaux, D-1.
Rouché, X-4.
Sézary, N-1.
Spanin (Mlle), U-1.
Tissier, A-1.
Verliac, E-5.

INTERNES

(Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places de provisoire et réciproquement.)

Alary, C-8.
Ameline, I-12.
Arbeit, B-7.
Aris, U-1.
Armingeat, I-10.
Aubry, W-6.
Auger, Al-3.
Azerad, C-3.
Banzet, E-6.
Baranger (A.), N-6.
Baranger (J.), Q-3.
Barbaro, N-15.
Bariéty, W-1.
Barreau, Q-1.
Barret, U-2.
Bartet, H-10.
Baruk, L-3.
Basch, N-4.
Bascourret, H-5.
Bayle, F-10.
Bazert, O-1.
Bazouge, Al-2.
Béclère, F-7.
Benda, A-2.
Bergouignan, I-10.
Bernard (Et.), K-2.
Bernard (Ray.), X-4.
Berson, Aa-1.
Berthon, N-8.
Bertrand, D-11.
Bertrand-Fontaine (Mme), F-1.
Béthoux, N-13.
Bidermann, N-6.
Bidoire, L-5.
Billard, C-7.
Binet, C-1.
Blanc-Champagnac, W-8.
Blondin (M.), F-8.
Blum (Gaston), C-8.
Blum (Jean), A-8.
Bogdanovitch, Ak-1.
Boltansky, F-3.
Bonnecaze, H-7.
Bonnet, D-11.
Bouchard, K-3.
Bouillié, B-7.
Bourdillon, D-7.
Bouttier, Ac-1.
Breger, N-5.
Breton, A-6.
Brian-Garfield (Mme), Af-2.
Broca, J-7.
Brun du Bois-Noir (de), F-1.
Bureau (Yves), S-9.
Burguet, F-7.
Cahen (P.), B-8.
Callégari, G-8.
Carrega, H-12.
Castéran, J-14
Cayla, K-1.
Célice, X-1.
Chabanier, C-2.
Chabrun, W-1.
Chabreit, A-6.
Chastang, A-7.
Chauveau, T-2.
Chavany, I-7.
Chevallier, Q-3.
Chevereau, B-9.
Christophe, J-6.
Clercy, Al-2.
Codet, T-5.
Coffin, D-3.
Cohen (René), Ah-1.
Comet, F-2.
Corby, D-8.
Cordey, S-9.
Cornet, V-1.
Coste, E-2.
Coudert, N-14.
Courtin, H-14.
Couturier, Af-2.
Cuvigny, O-1.
Darquier, H-6.
Dauptain, B-6.
Dayras, S-3.
Debray (Jac.), Ad-1.
Debray (G.), D-10.
Decourt, E-3.
Delafontaine, W-7.
Delalande, Z-3.
Delmas, H-11.
Denoy, T-5.
Denoyelle, B-5.
Dereux, Al-1.
Deroche, G-7.
Derocque, N-14.
Dérot, Ag-2.
Derville, A-4.
Desnoyers, F-9.
Desoubry, H-11.
Destouches, I-1.
Digonnet, R-3.
Dolfus, H-3.
Dossot, E-6.
Dreyfus-Sée (Mlle), I-3.
Duchon, Y-2.
Ducourtioux, Aj-2.
Duhamel, Ab-2.
Dujarier, N-16.
Dumas, F-9.
Durand (Paul), T-4.
Ebrard, W-4
Engelhard, D-11.
Escalier, V-2.
Fatou, B-1.
Favory, N-17.
Ferey, Y-3.
Ferrier, E-5.
Ferru, G-10.
Fèvre, S-10.
Florand, E-4.
Froment, I-3.
Froyez, G-8.
Fumery, U-2.
Galtier, C-7.
Garcin, S-4.
Garnier (Ch.), N-10.
Gautier, A-7.
Gayet, G-1.
Gennes (de), N-5.
George, Ac-1.
Ghouila-Houri, G-8.
Giroire, Ac-1.
Girot, D-1.
Godard, H-8.
Gournay, C-5.
Gouvenot, W-5.
Grellety-Bosviel, C-1.
Guérin (Paul), B-7.
Gueullette, O-1.
Hamburger, G-1.
Harburger, M-2.
Harmelin (Mlle), B-4.
Hermet, K-3.
Hillemand, Z-1.
Hirschberg, F-5.
Huard, J-10.
Huet (Pierre), J-13.
Huguenin, X-1.
Humbert, B-8.
Isaac (Georges), J-9.
Isch-Wahl, F-1.
Iselin, N-10.
Jacquet, Q-2.
Jany, R-2.
Jesover, Ak-2.
Jondeau, Z-4.
Jousseaume, N-16.
Juge, Al-3.
Kalt, X-6.
Kourilsky, Af-1.
Krief, G-5.
Labeaume (Mlle), X-9.
Lacomme, Aa-2.
Laffitte, H-10.
Lafourcade-Cortina, X-2.
Lambling, N-4.
Lamy, I-5.
Lanos, J-13.
Laplane, E-6.
Laquière, G-7.
Larget, X-4.
Launay, G-5.
Lebée, S-1.
Lebon, G-2.
Lechaux, Al-2.
Lechaux, N-9.
Le Clerc, I-4.
Lefèvre (Paul), L-1.
Leflaive, B-9.
Leibovici, N-9.
Lejard, A-5.
Lelong, S-5.
Leloup, B-3.
Lemaire, X-3.
Lemariée, B-8.
Lemariey, J-10.
Lemonnier, I-12.
Lenormand, V-3.
Lepaumier, I-11.
Le Rasle, A-3.
Lerond, I-13.
Lestocquoy, U-1.
Lévy (Marcel), N-14.
Lévy (Maurice), T-1.
Lévy (Rob.), Ag-1.
Lévy (Max), D-4.
Lieutaud, E-5.
Linossier (Mlle), F-6.
Loireau, Al-2.
Longchampt, D-1.
Louet, N-2.
Louvel, P-4.
Lubin, H-8.
Luton, Ab-1.
Machavoine, H-11.
Maduro, H-2.
Mâle, Ai-1.
Maleysson, E-7.
Malgat, F-10.
Marassi, Aa-1.
Marceron, N-3.
Marchal, N-1.
Marchand, N-9.
Marquézy, X-5.
Martin (R.), N-1.
Marty, D-6.
Massary (de), X-7.
Mathieu, Aj-1.
Maximin, R-3.
Mayer (Ch.), P-2.
Maziol, N-8.
Meignant, C-4.
Meillère, Af-2.
Ménégaux, I-11.
Mer, C-7.
Mérat, C-9.
Merle d'Aubigné, B-9.
Mérot, N-8.
Metzger, A-6.
Meurisse, Z-3.
Meyer-May, W-4.
Moraux, Y-3.
Morice, J-10.
Moulonguet, B-9.
Mounier, I-12.
Moussoir, R-1.
Moutard, Ao-1.
Oberthür, H-9.
Odier (Mlle), Y-1.
Olivier, F-5.
Ollivier, I-2.
Olry, I-11.
Ostwalt (Mlle), A-8.
Oury, P-1.
Panis, D-10,
Parfonry, I-10.
Pauc (Mlle), Ao-1.
Pellissier, J-8.
Peretti della Rocca (de), F-8.
Péribère, F-7.
Périsson, X-1.
Péron, G-4.
Pérono, Al-1.
Petot (Mlle), S-2.
Peynet, A-9.
Phelippes de la Marnierre, H-8.
Pichat, G-6.
Pierrot, N-2.
Pollet, A-1.
Potez, M-1.
Py, E-7.
Rachet, D-5.
Raiga, X-4.
Ravina (And.), D-13.
Ravina (Jean), K-3.
Redon, M-2.
Rémy-Néris, Z-4.
Renard, S-11.
Renault, W-3.
Richon, H-1.
Rimé, N-7.
Risacher, Q-3.
Robin, B-10.
Rochard, Al-2.
Roy, Ai-1.
Samsoën, G-3.
Sauvage, C-8.
Seguy, Ae-1.
Seillé, N-10.
Seligman (P.), E-1.
Solente, N-3.
Sorrel (Mme), Ak-1.
Stieffel, D-12.
Sureau, H-10.
Surmont, B-2.
Terris, X-2.
Théodoresco, A-1.
Thévenard, I-6.
Thomas, J-1.
Tierny, S-10.
Tisserand (Mlle), M-3
Triboulet, A-2.
Trocmé, J-4.
Turpin, T-3.
Vadder (de), D-10.
Valat, H-12.
Valence, I-9.
Valière-Vialex, H-13.
Veil (P.), H-13.
Verger, D-9.
Vesselle, D-9.
Vibert, W-2.
Vigneron, M-1.
Viollet, H-7.
Walter, J-3.
Waynbaum (Mlle), T-5.
Weissmann, N-14.
Welti, A-6.
Willemin, Y-3.

INTERNES PROVISOIRES

Arrivot, S-10.
Blamoutier, B-11.
Blondel, Ab-3.
Bocage, Y-4.
Bohn, F-11.
Cochez, T-6.
Cournand, F-4.
Fouet, C-10.
Fredet, C-6.
Gambillard, H-15.
Haye, M-4.
Hébert (Mlle), D-4.
Héraux, Ab-3.
Ill, J-11.
Kermorgant, S-8.
Lacapère, L-2.
Levassor, P-5.
Lonjumeau, Af-1.
Marie, S-7.
Morlaas, L-4.
Niel, S-6.
Plichet, B-1.
Prieur, E-8.
Roullet, K-4.
Schmite, A-10.
Tambareau, B-8.
Weill (Rob.), B-7.
Widiez, G-11.
Wolff (Mlle), I-14.

EXTERNES

Abd-el-Nour, N-5.
Ab-der-Halden, G-2.
Abonneau, Aa-1.
Abricossoff (Mlle), B-3.
Adam, Y-4.
Agnès, N-17.
Alalinarde, A-1.
Alavoine, Af-1.
Albot, A-2.
Alépée, S-9.
Alibert, N-13.
Allaire, J-14.
Allard, N-8.
Amiot (Mme), E-5.
Amiot, D-15.
Anchel, J-1.
Andler, I-3.
André, N-15.
Andrieux, M-1.
Antonini, D-8.
Appert, I-4.
Ardoin (G.), Ac-1.
Ardouin (G.), H-11.
Armand, D-14.
Arnaud, B-8.
Arnaudet, D-10.
Arnon, F-7.
Arnould, S-3.
Arondel, I-10.
Arrighi de Casanova (Mlle), R-3.
Artigues, S-11.
Arviset, C-8.
Asselin, F-9.
Asselin de Williencourt (Mme), E-4.
Asthiany, E-5.
Aubriet, F-9.
Aubriot (Mlle), S-4.
Auclair, E-7.
Audouin (Jean), A-10.
Auger, K-3.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1924)

Contribution à la théorie de l'action des lysines du sérum. — M. E. POYARKOFF.

La fabrication des fromages du Cantal et les moyens de réaliser la pureté de la fermentation lactique qui assure sa maturation normale. — M. L. MAZÉ.

Election. — Dans sa séance du 25 février, l'Académie des sciences a élu le duc de Broglie à la place rendue vacante dans la section des académiciens libres par la mort de M. de Freycinet.

M. Maurice de Broglie a été élu au second tour par 36 voix contre 29 à M. le professeur Desgrez. Les autres candidats étaient MM. Pottevin, Séjourné, Louis Martin et Jean Charcot.

Le duc de Broglie, ancien officier de marine, est surtout connu par ses beaux travaux en physique, et en particulier ses recherches sur les rayons X et la T. S. F.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1924)

L'immunisation antidiphtérique par le vaccin T + A hyperneutralisé. — MM. Jules RENAULT et Pierre PAUL-LÉVY font part des résultats de l'immunisation antidiphtérique par leur vaccin T + A hyperneutralisé.

Depuis leur communication initiale, au cours d'essais successifs ils ont augmenté progressivement le taux de toxine dans leur mélange, dans le but de réduire le nombre des injections vaccinantes à deux et si possible à une (ils en pratiquaient trois au début).

Leur premier mélange contenait 12 diphtérotoxies et 12.500 antitoxies ; le dernier contient 300 toxies et 10.000 antitoxies.

Les injections sont très bien supportées ; elles ne déterminent que des réactions nulles ou très légères.

Les résultats, ont été appréciés au moyen de la diphtérino-réaction de Schick. Ils portent sur 300 vaccinations. L'efficacité de la méthode peut être ainsi résumée :

L'immunité obtenue est durable. On sait qu'elle ne se produit qu'à la longue et s'établit d'ordinaire en trois à six mois ; dans quelques cas, elle n'apparaît qu'après six mois à un an.

On peut obtenir l'immunité avec trois injections faites à une semaine d'intervalle dans la proportion de 80 à 90 p. 100 des cas.

La vaccination en deux séances donne 66 p. 100 de succès. Une seule vaccination immunise déjà dans 40 p. 100 des cas. Si l'on fait une revaccination six mois plus tard, la proportion des succès atteint 70 à 80 p. 100.

Les recherches sont poursuivies pour déterminer le procédé auquel il convient de s'arrêter.

Diminution de la paralysie générale. — M. BENON à cette question : La paralysie générale serait-elle en diminution ? répond par des statistiques qui semblent le prouver.

Pathogénie du purpura hémorragique. — M. Mariano CASTEX fait une intéressante communication, basée sur un certain nombre de faits, d'où il résulte que c'est dans des lésions du système central qu'il faut rechercher la pathogénie du purpura. Dans deux cas de mort, l'autopsie a montré des altérations de la moelle.

Transfusion du sang pur avec la seringue de Bécart. — M. PAUCHET a fait pratiquer, par Bécart, un millier de transfusions de sang, dans les cas suivants :

Hémorragies aiguës, dépression pré ou postopératoires, infections, intoxications, préparation aux opérations sur les voies biliaires. Les résultats ont toujours été bons, souvent héroïques. La quantité de sang injecté a varié de 10 à 800 centimètres cubes.

Il a employé tantôt le sang pur, tantôt le sang citraté. Tout procédé de transfusion du sang doit éviter la coagulation du sang. Or, l'air, le verre, le caoutchouc, le métal, la provoquent pour l'éviter, il faut mélanger le sang avec du citrate de soude, ou couvrir de paraffine les corps avec lesquels le sang entre en contact.

La méthode du sang citraté, très pratique, est à vulgariser. L'injection de sang pur est préférable, puisque aucun élément étranger n'y est incorporé. L'auteur présente la seringue de Bécart qui ne comprend aucun ajustage de caoutchouc ; métal et verre sont enduits de paraffine et celle-ci se renouvelle d'elle-même, dès que les frottements l'ont entraînée.

L'auteur a fait, pour vérifier les effets du sang pur, 200 transfusions : 100 malades ont reçu du sang citraté ; 100 autres ont reçu du sang pur; 30 des 100 premiers ont eu un frisson ; les autres n'ont présenté aucune réaction. Cette expérience montre la supériorité du sang pur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1924)

Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales (à propos du procès-verbal). — M. René BÉNARD déclare ne pas se trouver convaincu par les chiffres apportés par M. Renaud. Cet auteur dit, en effet, n'avoir constaté la syphilis que dans 15 p. 100 des cas de tabes et pourtant il semble bien partager l'opinion généralement admise de l'origine syphilitique du tabes. Dans ces conditions sa statistique amènerait à conclure que sur 100 malades porteurs d'une lésion d'origine manifestement syphilitique on passe à côté de l'origine exacte 85 fois. Il n'y a aucune raison pour ne pas étendre cette conclusion

aux autres affections envisagées dans le tableau publié par l'auteur, par suite, on serait amené à admettre qu'un grand nombre de survenant chez les sujets âgés relevant de la syphilis.

Le processus d'apéidose. — MM. Ch. Flandin et A. Tzanck montrent, contrairement aux conclusions de M. Renaud, que 60 p. 100 au moins des scléroses viscérales, étudiées par lui, relèvent de la syphilis qui reste la cause principale des scléroses viscérales à évolution progressive. A côté des scléroses ayant des caractères cliniques radiologiques et anatomiques portant la signature de la syphilis, il y a bon nombre de cas ou tout caractère spécifique manque. Les auteurs pensent que c'est l'effet d'un processus de pathologie générale, auquel ils donnent le nom d'apéidose. Toute infection chronique (syphilis, tuberculose, paludisme, etc.) seraient capables, en vieillissant ainsi que par modification du terrain, de provoquer des lésions perdant peu à peu tout caractère de spécificité pour prendre un aspect banal. Seule, l'enquête étiologique permet de rapporter à la tare d'origine, ces lésions d'apeidose dont les scléroses ne sont qu'un evemple.

Le diagnostic de la syphilis constitutionnelle. — M. A. Sézary reprenant les données cliniques, thérapeutiques, anatomo-pathologiques, bactériologiques, biologiques qui permettent de depister la syphilis en tire les trois règles suivantes :

1° De l'absence de tout signe de syphilis, on ne peut conclure à l'inexistence de la maladie.

2° De l'existence d'antécédents, et de stigmates de syphilis chez un malade atteint d'une affection de cause indéterminée, on ne peut conclure que celle-ci est de nature syphilitique.

3° Tout signe de syphilis doit être interprété par rapport aux faits cliniques et ne tient sa valeur que de cette confrontation.

Il propose de classer les signes de syphilis constitutionnelle en plusieurs groupes.

Il existe un seul signe de certitude, la constatation du tréponème pâle.

Viennent ensuite des signes de quasi certitude s'ils sont bien interprétés : leucoplasie buccale vraie, signe d'Argyll-Robertson, dents d'Hutchinson, réaction de Bordet Wassermann, etc. Ce sont les signes moyens dont un seul bien interprété permet le diagnostic de syphilis.

D'autres signes mineurs ont une valeur un peu moindre : iritis, chrorio-rétinite, réaction de Hecht, etc. C'est seulement lorsque plusieurs signes mineurs sont associés qu'on peut présumer que le sujet est syphilitique.

Enfin, un certain nombre d'affections (myopie, diabète, eczéma, scoliose, chorée, épilepsie, etc.) qui sont parfois de nature spécifique n'ont cependant aucune valeur pour le diagnostic.

Deux cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer chez l'enfant, terminés par la guérison. — MM. P. Lereboullet et Denoyelle rapportent deux observations concernant deux garçons de douze ans et demi et de seize ans, chez lesquels évolua un état septicémique grave, ayant l'allure générale d'une fièvre typhoïde, accompagné, dans un cas, d'une splénomégalie marquee, dans l'autre, d'une éruption abondante de taches rosées, compliqué après quelques jours d'un état de collapsus alarmant et néanmoins suivi de guérison. Le sérodiagnostic et l'hémoculture permirent d'éliminer les fièvres typhoïde et paratyphoïde et les constatations bactériologiques faites, montrèrent la présence dans le sang du pneumobacille de Friedländer avec tous ses caractères. Dans les deux cas, les manifestations pulmonaires restèrent très discrètes ; les hémorragies firent défaut dans l'un et se réduisirent dans l'autre à l'existence d'une néphrite hématurique passagère ; l'existence au déclin de la maladie, dans un des cas, d'une diphtérie grave, n'empêcha pas la guérison.

Les auteurs insistent sur l'allure typhique de l'affection que seules les recherches bactériologiques permirent de rapporter à sa véritable étiologie.

Exploration radiologique de l'urètre au lipiodol. — MM. Sicard et Forestier ont appliqué à l'étude radiographique du canal urétral leur procédé d'exploration des cavités de l'organisme par le lipiodol.

Ils ont eu surtout pour but d'attirer l'attention des urologistes sur cette méthode d'une grande simplicité technique et susceptible d'apporter des renseignements utiles sur la morphologie de l'urètre à l'état normal et pathologique.

Adénopathie cervicale tuberculeuse traitée par la tuberculinothérapie — MM. Rist et Jacob présentent une jeune malade atteinte d'adénopathie cervicale volumineuse et fébrile sans lésions pulmonaires. La tuberculinothérapie a donné des résultats très encourageants. Les auteurs insistent à la sixième injection sur l'existence d'un érythème scarlatiniforme avec desquamation furfuracée Réapparition de l'érythème à la septième injection, mais moins durable.

M. Milian rapproche ces faits de l'érythème novarsénobenzolique, qui apparaît au neuvième jour, et qui est dû à la reviviscence d'un streptocoque pharyngé latent. C'est un érythème infectieux et non un érythème toxique.

Sur l'intervention de la rate dans la sécrétion trypsique du pancréas. — M. Mariano R. Castex insiste à propos des quelques observations sur le rôle de la rate dans la sécrétion trypsique du pancréas.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 29 DÉCEMBRE 1923 AYANT POUR BUT DE LIMITER LA HAUSSE DES PRIX DES BAUX A LOYER (1)

Commissions paritaires des loyers. — La loi du 29 décembre 1923 confie le soin de fixer le prix-limite des loyers dans chaque département, autre que celui de la Seine, et en dehors des communes qui rentrent dans les catégories visées à l'article 1er, à une Commission paritaire instituée au chef-lieu. Cette Commission composée de six propriétaires et de six locataires, exclusivement l'un ou l'autre, est présidée par un conseiller à la Cour d'appel.

La Commission fixe, suivant les règles définies par les articles 3 et 5 de la loi, la majoration qui, s'ajoutant au loyer de 1914, déterminera le prix-limite des loyers En face des trois éléments du loyer de 1914, la Commission a à rechercher quelles augmentations ils doivent actuellement subir.

En ce qui concerne les deux premiers éléments la Commission détermine, à l'aide des documents et renseignements qui lui seront soumis et dont elle s'entourera, les coefficients d'augmentation par lesquels devront être multipliés les chiffres de 1914. Pour le troisième élément, elle n'a qu'à suivre les indications de la loi qui fixe à 7 p. 100 le taux normal nouveau de l'intérêt immobilier.

Après avoir fixé ces augmentations, la Commission ajoute obligatoirement un dixieme de celles qui sont relatives au deuxième et troisième élément.

La totalisation de ces quatre majorations partielles donnera le chiffre de la majoration globale, laquelle, s'ajoutant au loyer de base, fournira le prix-limite. Toutefois, si la Commission estime ce chiffre insuffisant, elle pourra admettre un pourcentage plus élevé (art 5, § 3).

La Commission paritaire n'a à se préoccuper ni des impôts mis par la loi à la charge du locataire, ni des prestations en nature fournies par le propriétaire, lesquelles sont récupérables en dehors du prix limite (art. 6).

Action en réduction en cas de dépassement du prix-limite — Il avait été question d'édicter une sanction pénale contre le propriétaire qui avait imposé un prix de loyer excessif. Le Sénat s'y opposa. La loi contient une sanction civile double : réduction au prix-limite du loyer, lorsqu'il y a dépassement des majorations permises; amende civile pouvant être du quadruple de la majoration illicite, si le bailleur a majoré de plus du quart.

L'article 7 dispose que si le bail impose au preneur, soit par les stipulations contenues dans l'acte, soit par l'un des moyens prévus au premier paragraphe de l'article 17 de la loi du 31 mars 1922, un prix de location supérieur au prix-limite, tel qu'il est déterminé par les articles 3, 4, 5 et 6, le locataire est admis, *pour les baux antérieurs à la promulgation*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 14, p. 246, et n° 16, p. 266.

de la loi, dans les trois mois de cette promulgation, et *pour les baux postérieurs*, dans les trois mois de l'entrée en jouissance, à demander la réduction du prix du bail au prix-limite. Cette demande peut être formée nonobstant toutes conventions contraires et tous paiements intervenus, mais sous la réserve des décisions de justice ou des transactions faites sous la médiation du juge.

Cette action en réduction est fondée sur l'idée de lésion dans le contrat intervenu. Mais, pour qu'elle ne fût pas un instrument de chantage, la loi a pris certaines précautions :

a. L'action doit être intentée dans un délai assez court. On vient de l'indiquer.

b. Il ne peut être rien réclamé sur les sommes déjà versées.

c. Si le prix a été fixé par décision de justice ou sous la médiation du juge, l'action ne peut pas être introduite. Aucuns dommages-intérêts ne peuvent être alloués au locataire.

d. La décision prononçant la réduction du prix du loyer ne modifiera en rien les conditions de durée fixées au bail, lesquelles continueront à rester en vigueur. Néanmoins, en cas de location verbale, le Tribunal pourra prononcer le maintien en possession du locataire, conformément aux dispositions de la loi du 31 mars 1922.

Aux termes de l'article 9 de la loi nouvelle, l'action en réduction est portée par le locataire devant le juge de paix pour les locaux n'excédant pas 1.000 francs, charges non comprises, et devant le Tribunal de première instance qui statuera en Chambre du Conseil pour les loyers d'un prix supérieur.

La juridiction compétente est celle de la situation de l'immeuble.

L'action est introduite par assignation délivrée au défendeur, après que le juge de paix, le président du Tribunal ou le juge délégué par lui, qui pourra être un juge assesseur, devant lesquels les parties devront se présenter préalablement pour être conciliées, aura donné son visa avec fixation du jour d'audience. Par conséquent, il y aura, comme dans les cas prévus par la loi du 31 mars 1922, une première phase qui sera la conciliation.

Les décisions du juge de paix ou du Tribunal sont rendues en dernier ressort. La voie du recours en cassation est seule ouverte devant la Commission supérieure instituée par la loi du 24 décembre 1920, en se conformant aux règles de l'article 51 de la loi du 9 mars 1918 et de l'article 4 de la loi du 24 décembre 1920.

Quant à l'amende civile, elle est prévue par l'article 8 ainsi conçu : « Le bailleur convaincu d'avoir, directement ou indirectement, majoré de plus du quart le prix du bail tel qu'il aura été établi par application des dispositions de la loi, pourra être condamné à une amende civile au moins égale à la majoration illicite et qui pourra être portée au quadruple. En cas de récidive, le maximum de l'amende sera toujours prononcé. Cette amende sera prononcée par la juridiction statuant sur l'action en réduction. » L'article 11 stipule que le produit des amendes est attribué au département.

Telle est la loi nouvelle dont nous avons donné l'analyse. Au point de vue juridique, elle s'écarte des principes du droit commun concernant la liberté et l'incommutabilité des conventions. Au point de vue économique elle constitue une phase de la lutte contre la vie chère ; elle a pour but de limiter le prix des loyers, en même temps qu'elle maintient en possession le locataire, toujours exposé au congé et aux prises avec les difficultés de trouver un appartement libre.

Si on se place au point de vue des résultats qu'elle pourra avoir, la loi nouvelle ne semble pas devoir résoudre la crise du logement : ses dispositions ne sont que temporaires ; et il serait bien surprenant qu'une nouvelle loi n'intervienne pas avant le 1er janvier 1926.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

LIVRES NOUVEAUX

Du Traitement des anémies de la première enfance par la transfusion du sang (1), par Suzanne AIZIÈRE.

Dans cet intéressant travail, inspiré par le docteur Raoul Labbé, l'auteur étudie la transfusion du sang qu'avec son maître elle a été la première à tenter, en France, en cas d'anémie infantile.

Chez le nourrisson, rien ne vaut, malgré son caractère délicat, la méthode indirecte de la transfusion du sang maternel citraté avec la technique de G. Rosenthal. Inutile de dire que l'examen du sang du donneur et du récepteur sera effectué selon les règles habituelles.

Le traitement doit être placé sous le contrôle des examens hématologiques.

Mlle Aizière recommande les petites doses répétées (20 centimètres cubes chaque semaine) dans les cas suivants : anémies simples rebelles aux médications classiques ; anémies secondaires à des troubles digestifs ; anémies produites par une maladie infectieuse.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 3 MARS AU 9 MARS 1924)

THÈSES

Jeudi 6 mars. — Jury : MM. Roger, président ; Sébileau, Gosset et Moure. — M. ROUTIER (Fernand). L'administration de l'adrénaline par voie rectale. — M. FORTIER (Maurice). Contribution à l'étude des amygdalites cryptiques chroniques. — M. BOSCHE (Camille). Les polypes déformants et récidivants des fosses nasales. — M. RIGOLAGE (Fernand). Cinématisation chirurgicale des moignons d'amputation du membre supérieur (appareillage du moignon cinématisé). — M. KESSELER (Jean). La section de l'isthme ou symphysectomie dans le rein en fer à cheval.

Vendredi 7 mars. — Jury : MM. Teissier, président ; Gilbert, Carnot et Guillain. — M. ROUGIER (Jean). Etude des épanchements articulaires dans l'hérédosyphilis tardive. — M. CALMUS (Jean). De la nature œdémateuse de quelques affections pleuro-pulmonaires (type Woillex, fluxion de poitrine, cortico-pleurites). — M. FRANCHETEAU (A.). Maladies de Pagès. — M. RICHARD (André). La gastrotonométrie et du traitement de certaines dyspepsies. — M. NIDA (Marcel). Contribution à l'étude des phénomènes usuels d'excitation du cortex occipital.

Jury : MM. Brindeau, président ; Lejars, Lecène et Vaudescal. — M. SOUPAULT (Raoul). Contribution à l'étude du choc obstétrical pendant l'accouchement et le post-partum. — M. GALARD (René). Indications opératoires et traitement des tumeurs villeuses du rectum. — M. BRAINE. Le médiastin, essai d'anatomie synthétique. La médiastino-phréno-laparotomie postérieure extraséreuse, voie d'accès du cardio-œsophage. — M. DUHAIL (Pierre). Les côtes cervicales au point de vue chirurgical.

(1) In-8 de 76 pages. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS
SIROP GIRARD
Même Composition
S'ordonne plus spécialement en Médecine infantile
VIN GIRARD
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48 Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
R. C., 32.028, Seine

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **7** fr.	6 mois : **13** fr.	1 an : **25** fr.
UNION POSTALE	3 mois : **10** fr.	6 mois : **18** fr.	1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Questions données : « Configuration extérieure et rapports de la trompe utérine. — Symptômes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. »

Questions restées dans l'urne : « Rapports de la crosse de l'aorte. — Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

« Triangle de Scarpa. — Symptômes et complications pulmonaires de la rougeole. »

Notes obtenues : MM. Bizette, 11 ; Caraez, 15 ; Ducrot, 10 ; Gallais, 13 ; Gauch et Héry, 10 ; Lévy-Naumand, 14 ; Meaume, 10 ; Molimard, 17 ; Poulet, 19 ; Salmon, 15 ; Schmidl, 14.

Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Molimard, Poulet, Lévy-Naumand, Salmon, Caraez, Gallais, Schmidl.

Internes provisoires : MM. Gauch, Héry, Bizette, Meaume.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Kensinger, Bordas, Phelipeau, Nédelec et Montant.

Internes provisoires : MM. Flahaut, Delage, Aman-Jean et Quéinnec.

CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ. — Le Conseil a validé les opérations des élections des délégués des étudiants de la Faculté de médecine au Conseil de l'Université.

Le Conseil a décidé de proposer au ministre de l'Instruction publique de conférer le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Paris, pour la Faculté de médecine, à M. Wright, professeur à l'Université de Londres, et à M. Ramon y Cajal, professeur à l'Université de Madrid.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Villard, professeur de chirurgie opératoire, est nommé professeur de clinique gynécologique, en remplacement de M. Pollosson, décédé.

— Nancy. — M. Lambert, professeur de physique médicale, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Meyer, décédé.

M. Dufour, professeur de physique médicale à la Faculté d'Alger, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté de Nancy, en remplacement de M. Lambert, appelé à d'autres fonctions.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le statut des médecins de sanatoriums publics. — Le décret du 29 septembre 1922 fixant le statut des médecins des sanatoriums publics est complété ainsi qu'il suit :

Art. 7 *bis.* — La répartition des médecins directeurs et des médecins adjoints dans les différentes classes prévues à l'article 3, devra toujours être telle que la dépense afférente au paiement des traitements ne puisse, en aucun cas, dépasser celle qui résulterait d'une égale répartition de l'effectif total de chacune des catégories de médecins directeurs et de médecins adjoints dans les différentes classes fixées pour ces catégories.

Dispositions transitoires. — Art. 7 *ter.* — Le classement des médecins en fonctions à la date du 29 septembre 1922 sera effectué par arrêté du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Les services rendus dans les sanatoriums publics entre le 7 septembre 1919 et le 29 septembre 1922 entreront en compte pour le calcul de l'ancienneté exigée pour l'avancement des médecins de ces établissements et les intéressés seront placés dans la classe qu'ils auraient normalement pu atteindre si, au jour de leur entrée en fonctions, ils avaient été effectivement nommés médecins adjoints de 4e classe.

L'application de ces dispositions ne comportera, en aucun cas, de rappel de traitement. (*J. O.*, 28 fév. 1924.)

CENTRE ANTICANCÉREUX DE TOULOUSE. — Un concours pour une place de chef de laboratoire et une place de chef adjoint de radiodiagnostic et de radiothérapie s'ouvrira au centre régional, hospice de la Grave, à Toulouse, le mardi 1er avril, à 8 heures du matin.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine de nationalité française. Traitement de début : 3.000 francs pour le chef adjoint. — S'inscrire avant le 25 mars.

SECTION D'HYGIÈNE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS. — Un groupe de médecins phtisiologues appartenant à différentes nations et délégués par la section d'hygiène de la Société des nations est arrivé à Paris la semaine dernière. Ces médecins ont visité l'Institut Pasteur et jusqu'au 13 mars visiteront les organisations antituberculeuses de France. La délégation se rendra ensuite en Belgique.

UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — Le Conseil de direction de l'Union vient de se réunir à Paris sous la présidence du professeur Bayet. Les gouvernements étrangers étaient représentés par des délégués officiels.

Le Conseil a étudié les conditions de la lutte antivénérienne dans chaque pays et arrête le programme d'action d'une lutte d'ensemble.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS D'HISTOLOGIE. — M. Prenant, professeur d'histologie, commencera le cours le jeudi 6 mars, à 16 heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— COURS D'HYGIÈNE. — M. le professeur Léon Bernard commencera le cours le vendredi 7 mars 1924, à 16 heures, au petit amphithéâtre, et continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Eléments d'épidémiologie et de prophylaxie, d'hygiène alimentaire, d'hygiène urbaine, d'hygiène sociale et d'hygiène publique.

— Le professeur Sicard commencera ses cours du semestre d'été le jeudi 13 mars, à 18 heures (petit amphithéâtre).

Sujet du cours : « Maladies infectieuses neurotropes. Pathologie endocrinienne. »

— Le docteur Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales, assisté du docteur Jean Lhermitte, agrégé, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médicolégale le lundi 24 mars, à 6 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines.

COURS PRATIQUE D'ŒSOPHAGOSCOPIE ET DE BRONCHOSCOPIE, MALADIES DE L'ŒSOPHAGE. — Le docteur Jean Guisez, ancien interne des hôpitaux recommencera ses leçons sur les maladies de l'œsophage, la trachée, les bronches et broncho-œsophagoscopie le mardi 18 mars 1924 à 5 heures du soir; et les continuera les mardi, jeudi, samedi à la même heure à sa clinique Maison-de-Santé, 15, rue de Chanaleilles (rue Vaneau). (Cours essentiellement pratique.)

S'inscrire auprès de la directrice, le matin de 9 heures à midi et demi.

FILMS CHIRURGICAUX DU DOCTEUR VICTOR PAUCHET. — Deux séances :

1° Le vendredi 7 mars 1924, à 17 heures, « Gastrectomie pour ulcère cancérisé », Société des chirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes.

2° Le vendredi 14 mars 1924, à 17 h. 45, « Exérèse du cancer du côlon gauche », Société de médecine de Paris, 51, rue de Clichy.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dupin (de Bordeaux), Flament, médecin principal de 1re classe en retraite; Lasnier (de Bordeaux), Lepoutre (de Roubaix), Menuet (de Tours), Georges Vincke, médecin en chef de 1re classe des colonies de l'armée belge, décédé à Kabinka (Katanga); Henri Christin et F. Flaction (d'Yverdon, Suisse).

Émile VALLIN

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du doyen du Service de santé militaire, le médecin inspecteur Vallin, commandeur de la Légion d'honneur, membre titulaire de l'Académie de médecine, décédé à Montpellier dans sa quatre-vingt-onzième année.

Le médecin inspecteur Vallin était né le 28 novembre 1833 à Nantes. Il fit toutes ses études dans cette ville, devint interne des hôpitaux, puis prosecteur à l'Ecole de médecine de Nantes et passa sa thèse à Paris en 1858. A la fin de la même année, il entra comme stagiaire au Val-de-Grâce. Agrégé d'épidémiologie en 1865 il occupa la chaire d'hygiène du Val-de-Grâce de 1874 à 1884. Devenu médecin inspecteur en 1888, Vallin fut successivement directeur de l'Ecole du Service de santé à Lyon, puis directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Les nombreux et remarquables travaux de Vallin sur l'épidémiologie et l'hygiène l'avaient fait élire à l'Académie de médecine dont il fut le secrétaire annuel de 1897 à 1901. Il appartenait également au Conseil d'hygiène de la Seine qu'il présida avec autorité en 1902.

Vallin a publié un grand nombre de travaux et pris part à de nombreuses discussions scientifiques.

Parmi ses nombreux ouvrages il faut citer la traduction et l'annotation du *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger en 1877 et le *Traité de la désinfection et des désinfectants* qui obtint le prix Montyon à l'Institut en 1884.

Vallin fut aussi le fondateur et le rédacteur en chef de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* de 1879 à 1901.

Dans toutes ces questions d'épidémiologie, d'hygiène et de prophylaxie il avait acquis une réelle autorité et était toujours écouté avec attention. Rappelons en particulier la grande part qu'il prit avec Grancher à la discussion à l'Académie de médecine au sujet de la déclaration obligatoire et du rôle de la désinfection dans la rougeole.

Par la belle continuité de ses travaux et par la dignité de sa vie, par sa grande distinction d'esprit et de manières, le professeur Vallin honora grandement la médecine militaire. Tous ceux qui l'ont connu conserveront un respectueux souvenir de ce savant qui fut aussi le plus courtois et le meilleur des confrères.

A. BROCHIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICAT MÉDICAL

M. Dugueyt, député, a demandé à M. le ministre de l'Hygiène si le « certificat médical » exigé par l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, doit nécessairement émaner d'un docteur en médecine et, dans le cas de l'affirmative, sur quel texte les autorités locales peuvent s'appuyer pour refuser un certificat délivré par une sage-femme.

Le ministre a fait la réponse suivante : L'article 4 de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches, prescrit la production d'un certificat médical. D'après cette disposition formelle, seul un médecin a qualité pour délivrer le certificat dont il s'agit. (*J. O.*, 29 fév. 1924.)

LA SYPHILIS GANGLIONNAIRE

Par M. le professeur JEANSELME.

(Leçon recueillie par M. G. RIMÉ, *interne du service.)*

Le tréponème pénètre dans l'organisme à la faveur d'une érosion de la peau ou d'une muqueuse. Il pullule sur place, là où apparaîtra l'accident initial, le chancre. Mais, durant cette incubation de trois ou quatre semaines, le tréponème n'entre pas seulement en conflit avec les cellules fixes et migratrices au point d'inoculation. De ce foyer primaire, il se dissémine déjà par les voies sanguine et lymphatique. Ainsi, dès le début, les vaisseaux blancs et les ganglions jouent un rôle capital dans la généralisation de l'infection syphilitique.

A la période d'incubation, tant que l'érosion, porte d'entrée du parasite, reste amorphe et sans caractéristique clinique, il n'y a encore aucun retentissement ganglionnaire. Mais peu de jours après que le chancre a pris son aspect typique, apparaît dans le groupe ganglionnaire correspondant une glande volumineuse, indolente, mobile, entourée d'autres éléments moins gros; c'est le ganglion direct accompagné de la pléiade des classiques.

Nous connaissons la signification de cette adénopathie primaire. Les ganglions font l'office de forts d'arrêt; ils luttent contre le tréponème envahisseur et parviennent à phagocyter, à détruire un certain nombre de parasites. Mais, toujours, à moins d'une intervention thérapeutique précoce et énergique, la victoire reste au tréponème qui cultive dans la glande, force ce premier relais et gagne de proche en proche tout le système lymphatique. Successivement on reconnaît l'envahissement des ganglions cervicaux, sous-occipitaux, mastoïdiens, épitrochléens, dont la valeur séméiologique est si importante. La présence du *treponema pallidum* dans les adénopathies syphilitiques secondaires est prouvée : 1° Par l'examen bactériologique du suc ganglionnaire; 2° par l'inoculation expérimentale qui peut donner des résultats positifs.

Les ganglions lymphatiques étant considérés comme des centres de résistance, vis-à-vis du parasite, il est naturel de se demander s'il existe un rapport entre la gravité de la syphilis et le développement des adénopathies. D'après certains syphiligraphes, la virulence ou tout au moins l'intensité des poussées éruptives serait atténuée lorsque les ganglions satellites du chancre sont volumineux; en revanche, dans la syphilis maligne précoce, les réactions ganglionnaires seraient faibles ou nulles. Mais les faits que l'on peut citer en faveur de cette opinion sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse conclure à la réalité d'une loi; et, pour ma part, j'ai constaté plusieurs fois une adénopathie inguinale volumineuse au cours de la syphilis maligne précoce.

Sans insister sur les adénopathies secondaires, je rappelle l'adénite suppurée qui peut accompagner le chancre mixte dû à l'association du tréponème et du bacille de Ducrey.

EN PÉRIODE TERTIAIRE, *la syphilis peut-elle se localiser dans les ganglions?* — Si l'on consulte les ouvrages classiques, on constate avec étonnement que les adénites tertiaires n'y sont pas mentionnées ou ne sont signalées qu'en quelques lignes.

Dans son *Traité de la syphilis*, Fournier n'y fait aucune allusion. « Les gommes, dit-il, affectent les sièges les plus divers, ou, pour mieux dire, il n'est pas de siège qu'elles ne puissent affecter. On les a observées partout, dans tous les tissus, dans tous les organes, à savoir : tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, muscles, os, parenchymes viscéraux, système vasculaire, système nerveux, etc. ». Ainsi le grand syphiligraphe passe sous silence les adénopathies tertiaires dans la syphilis acquise. Cependant, dans son ouvrage sur la syphilis héréditaire tardive (1886), Fournier consacre quelques pages à la *fausse scrofule ganglionnaire*, aux écrouelles compliquant la vérole. Il distingue deux types :

1° Les *ganglions aphlegmasiques* qui, après avoir atteint leur volume définitif, restent tels sans se ramollir, et cela pendant des années.

2° Le *scrofulate de vérole*, selon l'expression de Ricord, où la scrofule prépare le lit à la syphilis.

Et Fournier conclut ainsi : « Je crois que de ces adénopathies, les unes dérivent directement de la syphilis, et les autres n'en procèdent qu'indirectement, c'est-à-dire ne sont que l'expression médiate de l'influence exercée par la syphilis sur la constitution, le tempérament, la santé. » D'ailleurs, les effets du traitement sont très différents; dans le premier type, les résultats sont rapides; ils sont nuls dans le second.

Le professeur Finger (de Vienne) (2e édit. franç., 1900) fournit quelques notions précises sur les adénopathies syphilitiques tertiaires : Des gommes, dit-il, peuvent se développer dans les ganglions inguinaux, cruraux, épitrochléens, axillaires. A la coupe, ceux-ci contiennent de petits foyers caséeux circonscrits par une réaction fibreuse. Ces ganglions « s'accroissent lentement jusqu'à former des tumeurs de la grosseur d'un œuf; ils sont bosselés, durs au début et se ramollissent plus tard; la peau qui les recouvre devient adhérente, rouge; la tumeur se rompt et fait irruption au dehors. Les parties où la peau est perforée peuvent servir de point de départ à de nouvelles gommes cutanées et à de nouvelles ulcérations. Il n'est pas rare de rencontrer des ulcérations de la peau dans les régions inguinale, axillaire et cubitale, ulcérations produites par des lésions gommeuses des ganglions ». Remarquons que Finger ne soulève pas l'hypothèse de l'association de la tuberculose et de la syphilis.

L'anatomie pathologique de ces adénites gommeuses est encore mal connue. D'après Cornil et Ranvier qui les désignent sous le nom d'adénites médullaires syphilitiques, les lésions sont les suivantes :

A la coupe, la surface de section est blanchâtre, homogène et laisse sourdre un suc laiteux. D'autres fois, elle présente un aspect caséeux ou cirrhotique.

A l'examen histologique, les voies lymphatiques péri et centroganglionnaires sont remplies de cellules épithélioïdes globuleuses provenant des cellules lymphatiques ou endothéliales. Le système folliculaire du ganglion est peu altéré. Quelques ganglions ont subi la dégénérescence amyloïde.

Telles sont, à peu près, les seules données que contiennent les ouvrages didactiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas d'adénites tertiaires au cours de la syphilis acquise ou héréditaire.

La première observation concerne une femme de vingt-quatre ans, entrée récemment dans le service

de la clinique pour une ulcération siégeant à la région inguinale droite.

Un mois auparavant, elle avait senti au pli de l'aine une petite masse, une glande, disait-elle, qui était à peine sensible et roulait sous le doigt. Bientôt la peau rougit, le ganglion augmenta, atteignit le volume d'un œuf de poule. La malade ayant appliqué des compresses chaudes, il se forma une ampoule qui creva rapidement. Au-dessous apparut une ulcération qui, en quelques jours, prit l'aspect suivant (fig. 1) :

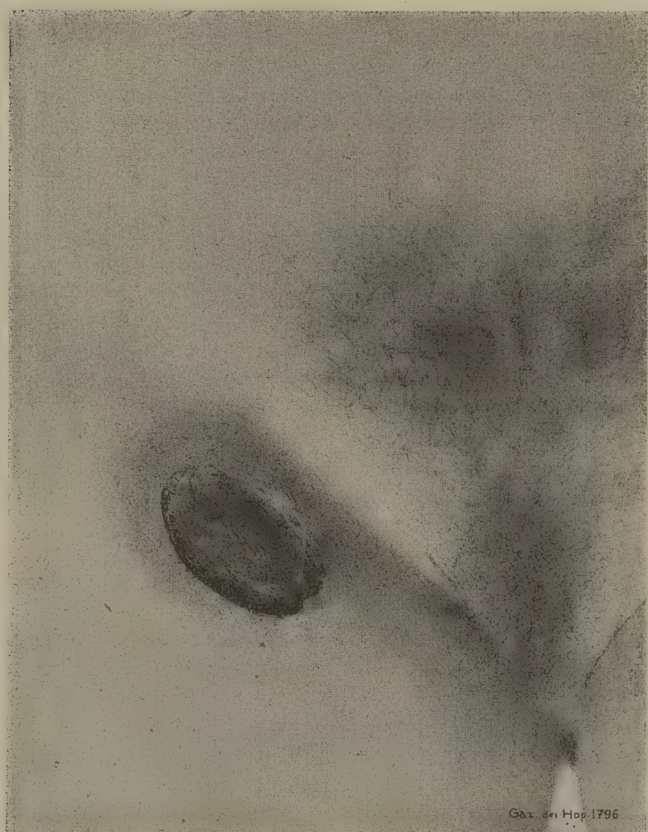


FIG. 1.

Au-dessous du pli de l'aine et parallèlement à lui existe une ulcération ovalaire large de 5 centimètres, haute de 3 centimètres. Les bords, très réguliers, taillés à pic, épais de 3 à 4 millimètres, sont d'un rouge vif. Le fond, presque lisse, sec, est tapissé d'une escharre dont le centre, un peu surélevé est brunâtre, tandis que la périphérie est de couleur jaune sale. L'ulcération est encadrée d'une zone rouge violacé, qui se confond insensiblement avec les parties saines.

La lésion ulcéreuse repose sur une plaque indurée, haute de 5 centimètres et large de 10 centimètres qui n'adhère ni aux plans superficiels, ni aux plans profonds.

Le tout est d'une indolence parfaite, et on ne trouve pas d'autres ganglions perceptibles à la palpation, aussi bien dans la région inguinale du côté sain que du côté malade.

Deux mois auparavant, s'était développée à la hauteur du manubrium sternal une tuméfaction rouge, indolore, qui devint grosse comme une noix. Au moment de l'entrée de la malade, elle a tout à fait l'aspect d'une gomme sous-cutanée dont le centre est fluctuant.

A l'inspection des organes génitaux externes, on ne découvre ni érosion, ni ulcération, ni chancre mou.

A l'examen du spéculum, on constate un écoulement abondant et clair par le col utérin ; d'ailleurs, la malade a été soignée à plusieurs reprises pour métrite et salpingite.

L'hypothèse d'un bubon chancrelleux était facile à écarter. L'examen prouvait l'absence de chancre mou qui passe difficilement inaperçu en raison des douleurs qui l'accompagnent, de sa suppuration abondante et de sa tendance à pulluler. D'autre part, l'ulcération inguinale reposait sur une base indurée, elle avait des bords non décollés et n'était pas douloureuse. Enfin, une auto-inoculation de la sérosité ganglionnaire à la face externe du bras gauche fut négative.

S'agissait-il alors d'une adénite tuberculeuse ?

La malade nous dit que son père est « mort de la poitrine » et qu'elle-même a fréquemment des bronchites. A l'auscultation des poumons, nous percevons une respiration rude aux deux sommets, et au niveau de la région carotidienne, nous percevons un ganglion du volume d'une noisette.

A ces constatations qui rendent vraisemblable le diagnostic d'adénite bacillaire, on peut opposer un argument de premier ordre en faveur de la syphilis : c'est la réaction de Wassermann qui est entièrement positive dans le sang. Cependant, la malade n'a jamais présenté à sa connaissance de chancre, ni d'accidents secondaires ; elle a un enfant âgé de six ans, né à terme, bien portant. L'hérédosyphilis peut être soupçonnée quoiqu'on ne relève à l'examen de cette femme aucun stigmate précis. En effet, la mère de la malade a eu six enfants, dont l'un est mort à dix-huit mois de méningite, dont un autre est épileptique.

Dans le doute, nous avons institué un traitement d'épreuve par le novarsenobenzol et l'iodure de potassium. Après la quatrième injection arsenicale, nous notions déjà des résultats concluants. L'observation porte que la base de l'ulcération ganglionnaire de l'aine a fondu de moitié, et que la surface ulcéreuse est réduite dans les mêmes proportions. La gomme sous-cutanée présternale, qui menaçait de s'ouvrir à la peau, a rétrocédé. L'état général est meilleur et le poids de la malade a augmenté de 2 kilogrammes en un mois.

Après six semaines de traitement, l'ulcération est en pleine voie de cicatrisation ; son fond s'est détergé et est couvert de bourgeons charnus.

J'ai observé, en 1907, à l'hôpital Broca une femme qui portait le long de la chaîne carotidienne gauche de nombreuses écrouelles, les unes fistuleuses, les autres guéries. L'aspect était absolument celui des écrouelles tuberculeuses (fig. 2).

Or, cette malade avait une perforation du voile du palais qu'on ne pouvait attribuer qu'à la syphilis et il semblait évident qu'elle était à la fois spécifique et bacillaire. Un traitement au calomel fut institué et après quelques injections, mon étonnement fut grand de voir les fistules ganglionnaires depuis si longtemps ouvertes, s'assécher et se fermer bientôt définitivement.

Voici donc deux cas d'adénopathies où la syphilis a joué un rôle de premier plan, comme le démontre l'épreuve thérapeutique. Tout au plus, peut-on admettre que la tuberculose a joué un rôle auxiliaire, et que celle-ci a favorisé l'implantation du

tréponème dans les glandes lymphatiques préalablement affaiblies par le bacille de Koch.



Fg. 2.

Mais sur le même sujet, la syphilis et la tuberculose peuvent évoluer isolément. Témoin le cas suivant que j'ai observé, en 1904, à l'hôpital Tenon. Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans qui avait eu autrefois des lésions gommeuses syphilitiques de la paroi postérieure du pharynx. Lors de son entrée à l'hôpital, il portait des adénopathies indolentes et mobiles au niveau : 1° Du ganglion pré-auriculaire gauche; 2° des ganglions sus-épitrochléens des deux côtés. On fit l'ablation d'un de ces ganglions; le centre en était caséeux et l'inoculation d'un fragment tuberculisa le cobaye.

En France et à l'étranger, quelques auteurs ont publié des observations d'adénopathies tertiaires liées à la syphilis héréditaire ou acquise; parmi celles-ci, nous citerons les suivantes :

Le cas du docteur Abadie concerne un enfant de quinze ans, atteint d'iritis, présentant depuis trois ans des gommes cutanées et un engorgement volumineux des ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires. Plusieurs médecins de renom avaient considéré ces lésions comme de nature tuberculeuse et prescrit tour à tour l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, le séjour au bord de la mer. Les accidents ne faisaient que s'accroître quand M. Abadie sonpçonna la spécificité; il reconnut une hérédo-syphilis non douteuse et prescrivit le traitement d'épreuve. Aussitôt les trois ordres de lésions s'amendèrent; les masses ganglionnaires se mirent à fondre à vue d'œil et disparurent en quelques semaines.

L'observation de Rivington (*The Medical Times*, 19 oct. 1872) n'est pas moins convaincante. Le sujet portait des chapelets de ganglions cervicaux échelonnés de l'oreille à la clavicule, des pléiades dans les aines et les aisselles. Ces adénopathies dataient de quatorze ans lorsque leur véritable nature fut reconnue ; elles disparurent par le traitement spécifique.

Ménard (de Berck) (Association française de chirurgie, XXVe Congrès, 1912) a publié trois cas d'adénopathies cervicales également prises pour des adénites tuberculeuses et qui fondirent promptement par le traitement spécifique.

MM. Lacapère et Ravaut (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 1908) rapportent l'histoire d'une femme de vingt-sept ans, atteinte de syphilis acquise, qui présentait un ganglion sous-maxillaire et un ganglion pré-auriculaire, l'un et l'autre fistulisés. Tout incitait à faire le diagnostic d'adénite tuberculeuse, et l'erreur était d'autant plus facile que le sujet avait des antécédents personnels et héréditaires de bacillose. Néanmoins, la guérison fut rapide par le traitement iodo-hydrargyrique.

M. Danlos (Soc. de dermat., 1908) a cité un exemple d'adénites multiples suppurées des deux aines, survenues cinq mois après le début de la syphilis; l'auteur croit à une symbiose du bacille de Koch et du tréponème.

Le docteur Pearson Cowes (de Boston) (*Boston med. and surg. Journ.*, nov. 1915) a publié quatre observations des plus démonstratives.

De ces cas d'adénite tertiaire, il est intéressant de rapprocher, en raison de sa rareté, un fait exceptionnel de lymphangite gommeuse publié par Gaucher et Brin (Soc. franç. de dermat. et de syph., 1909).

Il concerne une femme de quarante-neuf ans, qui, depuis deux mois, présentait des nodules gommeux des mains et des avant-bras. A la face antérieure du coude droit, disent ces auteurs, « sur une longueur de 4 à 5 centimètres, la palpation permet de sentir un cordon très induré, dans lequel sont enchassées de petites nodosités irrégulièrement distribuées ». La réaction de Wassermann était positive et la sporotrichose fut éliminée par les examens de laboratoire. La guérison fut rapide par le traitement mercuriel.

Tout cet ensemble de faits montre que les localisations de la syphilis tertiaire dans le système lymphatique ne sont pas rares, et méritent qu'on y pense toujours en clinique. Néanmoins, comme on le sait, les lésions tertiaires ne s'accompagnent pas, en général, de réactions ganglionnaires de voisinage.

ACTUALITÉS

REBOUTEURS. GUÉRISSEURS. REMÈDES DE BONNE FEMME

L'article 1er de la loi sur l'exercice de la médecine nous apprend que « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français. » Le titre V de cette même loi renferme plusieurs articles sur l'exercice illégal et les pénalités pouvant frapper ceux qui s'y livrent. Il est permis de discuter l'utilité de cette loi, en rappelant que, dans certains pays, l'exercice de la médecine est entièrement libre; mais, puisqu'elle existe, il faudrait qu'elle fut appliquée. On lit bien, de temps en temps, dans les journaux que des poursuites ont été engagées contre des guérisseurs non diplômés, contre des thérapeutes n'ayant pas fait les études

qui conduisent, parfois lentement, mais toujours sûrement, au Doctorat. Ces poursuites donnent lieu généralement à une audience très curieuse; des malades viennent apporter au prévenu le témoignage de leur estime, de leur gratitude et celui-ci sort triomphalement du prétoire, escorté de clients reconnaissants (1).

Aussi les guérisseurs, rhabilleurs, rebouteurs, magnétiseurs sont-ils toujours nombreux, en particulier dans certaines provinces. M. Porcheron a eu récemment l'heureuse idée de réunir dans sa thèse (2) de multiples documents sur ces « braconniers de la médecine. » En Poitou, les guérisseurs « sont légion »; on y trouve l'empirique hongreur qui cumule les fonctions de vétérinaire, de thérapeute et de dentiste, le *rebouteux*, maître en l'art de remettre les pieds démis; on y trouve encore la femme qui fait passer les verrues, celle qui conjure les brûlures, l'homme qui traite pour les maux de la matrice; il y a aussi les *toucheurs* et les *souffleurs*. Le toucheur, né septième dans une famille exclusivement composée d'enfants du même sexe, a le pouvoir de guérir le carreau; il impose la main gauche sur l'abdomen du malade pendant vingt minutes; si l'opération n'amène aucun résultat, il déclare que le carreau était croisé sur la poitrine, impossible à enlever et qu'il a été appelé trop tard. Le souffleur est habituellement un enfant posthume qui se spécialise dans le traitement des brûlures et des entorses; il découvre le blessé, déchire un mouchoir de poche en bandelettes qu'il dispose sur le membre atteint, souffle dessus trois fois et le malade est guéri.

M. Porcheron passe ensuite en revue les *remèdes de bonne femme*, employés dans le Poitou depuis bien des siècles et ayant encore la vogue, ce qui les différencie de certains médicaments scientifiquement étudiés dont l'existence est parfois bien éphémère. Les crottes de brebis détrempées dans du vinaigre et appliquées sur des furoncles ont une action souveraine; en cas de coupure, le blessé s'empresse de « gâter de l'eau dessus » pour que ça ne pourrisse pas; si la plaie saigne, les meilleurs hémostatiques sont les macérations de pétales de rose et de fleurs de lis dans l'eau de vie, et les toiles d'araignées, surtout celles qui ont été recueillies dans un moulin. Pour le traitement des contusions, le beurre frais est un topique excellent et on prend ensuite un vin de chute, qui est du vin blanc dans lequel macèrent des excréments de chien et de chat.

Pour les maladies de l'appareil respiratoire, du tube digestif, les paysans du Poitou ont des recettes vraiment extraordinaires. Souffrent-ils du ventre, ils appliquent sur les jambes un liniment constitué par une chopine d'eau de vie, une demi-chopine de vinaigre, deux cuillerées à soupe de camphre, une cuillerée à café de poivre, une gousse d'ail. Dans la broncho-pneumonie, ce sont les matières fécales du chien qui, séchées et pulvérisées, sont prises dans un peu de lait et produisent, au dire de tous, une action immédiate. Citons encore le traitement de la méningite par le pigeon; on ouvre largement le pigeon vivant et l'on applique ainsi sur la tête du malade, en l'y maintenant à l'aide d'un pansement. Pour couper la fièvre, les remèdes de bonne femme ne manquent pas; on a le choix entre les cataplasmes de navets et de cendres chaudes, les pilules de toiles d'araignées noires, les tisanes de petite centaurée et de gui saupoudré de poussière recueillie sur les sépulcres; d'autres préfèrent enfermer un crapaud dans un petit sachet qui sera suspendu au cou du malade.

En lisant la thèse si documentée de M. Porcheron, on se demande l'origine de ces pratiques bizarres, de ces remèdes inimaginables. Il faut sans doute remonter très haut dans l'histoire pour la trouver. Les premiers hommes ont cherché à soulager les malades, à calmer leurs souffrances, bien avant que l'art médical existât réellement et pût être basé sur quelques notions scientifiques. Les Grecs avaient le génie littéraire avec une poésie harmonieuse, une philosophie profonde, un art dramatique incomparable; mais leurs idées sur l'anatomie et la physiologie font sourire un étudiant du P. C. N. Et cependant il fallait soigner les malades dès les premiers âges de l'humanité. Que pouvaient faire nos très lointains ancêtres quand ils étaient blessés à la guerre ou à la chasse, quand ils étaient dyspnéiques du fait d'une pneumonie, météorisés et cachectiques par un cancer de l'intestin? Ils se transmettaient des recettes empiriques, des formules de tisanes dans lesquelles entraient les herbes et les plantes. Remarquons d'ailleurs, qu'en se codifiant peu à peu, la thérapeutique actuelle a forcément fait beaucoup d'emprunts à la thérapeutique empirique par les plantes. Et c'est un des aperçus les plus curieux que l'on puisse avoir sur les malades d'autrefois que de se les représenter se soignant et se guérissant quand, par hasard, ils avaient choisi parmi les plantes celles qui pouvaient donner des résultats. Voici quelque patriarche, couché sous sa tente, oppressé, les jambes enflées; c'est un asystolique; on lui apporte une infusion de feuilles de digitale, en quelques jours il voit sa dyspnée diminuer et ses œdèmes disparaître. Un autre se plaint d'inappétence et de vomissements; il est dans la torpeur; azotémie sans doute; son entourage a entendu vanter les bienfaits de la scille et lui en fait prendre; une grande amélioration se produit grâce à la scille, excellent diurétique azoturique.

Ce fait que beaucoup de médicaments actuels sont d'anciens remèdes de bonne femme nous fait comprendre pourquoi pendant longtemps encore les malades auront la plus grande confiance dans certaines infusions qui leur seront recommandées même par des thérapeutes non médecins. En ce qui concerne la chirurgie des fractures, des entorses, la même remarque s'applique; les rebouteurs sont les descendants des barbiers qui opéraient sans notions anatomiques précises et arrivaient à des résultats grâce à une certaine dextérité.

Ce qui pourra faire peu à peu diminuer la confiance qu'inspirent encore les rebouteurs et guérisseurs, c'est le progrès toujours plus grand de la médecine et de la chirurgie. Cette notion du progrès médico-chirurgical a déjà bien pénétré dans les campagnes; un paysan atteint de hernie étranglée ou d'appendicite se fait aujourd'hui conduire à la ville voisine pour être opéré *cito, tuto et jucunde*. Quand un petit enfant a le croup, ses parents savent qu'il faut lui faire une piqûre de sérum antidiphtérique, parce qu'ils ont entendu parler de cas analogues dans lesquels le sérum avait fait merveille.

C'est donc la vision nette de traitements efficaces qui luttera le mieux contre la croyance aux remèdes

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, n° 12, 9 fév. 1924, p. 110 « exercice illégal de la médecine », par H. Ribadeau Dumas.

(2) E. PORCHERON. Les braconniers de la médecine au pays de Poitou. *Th. de Bordeaux*, 1922-1923, n° 96.

de bonne femme et aux succès des guérisseurs; une publicité intelligente faite pour la diffusion de certaines notions fondamentales de médecine et de chirurgie serait aussi très utile et, à ce point de vue, le journal qui pénètre partout pourrait avoir un rôle très important.

On trouve encore, dans la thèse de M. Porcheron, un chapitre que beaucoup de lecteurs apprécieront moins et à propos duquel il convient de faire quelques réserves. C'est le chapitre IV « La foi religieuse ». Après avoir signalé, un peu ironiquement, que les paysans du Poitou attribuent de grandes vertus médicales aux prières qui accompagnent certaines images pieuses, M. Porcheron en arrive à la question des pèlerinages; il cite plusieurs extraits d'un livre de Jean de Bonnefon sur Lourdes et, au nom de l'hygiène, critique les pèlerinages, tout en reconnaissant que « Lourdes produit des miracles », mais en expliquant ceux-ci, avec Jean de Bonnefon, par le décor grandiose, les cierges et les processions ayant des effets incontestables au point de vue médical et thérapeutique. Il eût peut-être été préférable de ne pas aborder un sujet aussi délicat qui n'a d'ailleurs aucun rapport avec « les braconniers de la médecine au pays de Poitou. » M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1924)

Le traitement chirurgical des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — M. LECÈNE communique un certain nombre d'observations d'opérés qu'il a pu suivre et chez lesquels il a pu observer des résultats plus ou moins éloignés.

Il résulte de l'examen de ces faits que les récidives d'accidents, après des opérations pratiquées pour des ulcères perforés, sont moins graves qu'on ne croit et peuvent se produire à plus ou moins longue échéance (douze ans dans un cas). Il résulte également de ces faits que les récidives d'accidents semblent plus fréquents dans les cas où il n'a pas été fait de gastro-entérostomie complémentaire. Il est donc démontré que la gastro-entérostomie complémentaire doit toujours être ajoutée au traitement direct de l'ulcère perforé de l'estomac ou du duodénum.

Ulcère gastrique. — M. HARTMANN fait un rapport sur une observation adressée par M. Pauchet. Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, avec passé gastrique, qui présenta tous les symptômes d'un ulcère. M. Pauchet l'opère le 24 novembre 1919 d'un ulcère de la petite courbure par la méthode de Balfour et gastro-entérostomie. Guérison. Trois ans après, récidive des accidents. M. Pauchet intervient de nouveau et fait une pylorectomie. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Jusqu'ici pas de récidive. Il s'agissait donc, dansce cas, d'une dégénérescence cancéreuse d'un ulcère de la petite courbure.

M. Hartmann rappelle, à ce propos, qu'on a écrit que 16 p. 100 des ulcères gastriques devenaient des ulcéro-cancers. Il y a là certainement une grande exagération.

Cancer du rectum. — M. DE MARTEL fait un rapport sur un travail de M. Matry (de Fontainebleau) relatif à une technique particulière d'ablation des cancers du rectum. M. Matry pratique cette opération en deux temps : 1° un temps abdominal; 2° un temps ano-rectal. Anus cæcal préalable. M. de Martel donne en détails la description de cette opération en deux temps. L'auteur l'a pratiquée chez trois malades avec trois succès.

Tumeurs nerveuses implantées sur la muqueuse gastrique. — M. GOSSET fait un rapport sur une observation adressée par M. Berger, dans laquelle il s'agit d'une de ces tumeurs nerveuses pédiculées sur la muqueuse de l'estomac, tumeurs sur lesquelles M. Gosset a récemment attiré l'attention de ses collègues. Il y eut ceci de particulier dans le cas de M. Berger c'est que cette tumeur présentait deux perforations de la muqueuse qui ont donné lieu à des hématémèses.

M. Gosset rappelle qu'il y a vingt ans Robert appela l'attention de la Société de chirurgie sur le cas d'une malade morte après plusieurs hémorragies. A l'autopsie on trouva une grosse tumeur dans l'estomac que l'on qualifia de sarcome. M. Tuffier, paraît-il, après cette présentation, demanda si cette tumeur n'aurait pu être enlevée.

M. LECÈNE insiste sur la fréquence relative de ces tumeurs d'origine nerveuse. Elles sont bénignes. Toutefois elles peuvent présenter des perforations et donner lieu à des hémorragies. C'est par suite de la lenteur d'évolution de ces tumeurs que peuvent se produire ces perforations.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — Dans un second rapport, M. GOSSET analyse une autre observation de M. Berger. Il s'agit d'une plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. M. Berger pratiqua une laparotomie transversale qui lui donna un jour énorme et lui permit d'arriver aisément sur une perforation du grêle. L'intérêt de cette observation réside dans les avantages de cette incision transversale.

Occlusion intestinale. — M. BAUMGARTNER fait un rapport sur une observation de M. Perrot (de Blois). Il s'agit d'un homme de soixante et onze ans, opéré d'urgence pour une occlusion datant de trente heures. Laparotomie; on trouve une bride sur une anse grêle; on coupe cette bride, les matières passent avec les gaz.

Le lendemain, nouveaux vomissements, nouvelle laparotomie, on ne trouve aucune cause d'occlusion. On referme et on fait un anus cæcal. Nouvelle crise de paralysie intestinale avec occlusion. Cette observation vient à l'appui de l'opinion que tout danger n'est pas conjuré quand on est intervenu directement sur la cause mécanique de l'occlusion. Il faut aussi compter avec ces phénomènes de paralysie nécessitant parfois des laparotomies successives. Ces paralysies entraînent aussi l'intoxication. En pareil cas, une nouvelle intervention offre une réelle gravité. Il faut donc réduire au minimum le traumatisme opératoire et se contenter de faire une petite incision dans la fosse iliaque, d'y attirer une anse grêle et de la fixer à la peau.

En terminant, M. Baumgartner félicite M. Perrot de l'ingénieuse idée qu'il a eue d'introduire par l'anus cæcal un tube drainant un long segment d'intestin, manœuvre qui a permis de guérir le malade.

Utérus didelphe. — M. SAUVÉ communique l'observation d'une jeune femme de vingt ans chez laquelle on put constater l'existence de deux utérus et d'un cloisonnement du vagin, avec absence de l'uretère droit. Une laparotomie fut pratiquée pour enlever un hématocolpos pris pour un kyste ovarique. On en profita pour pratiquer une uretéro-néo-cystostomie. Guérison. Cette malade avait deux utérus, aboutissant chacun à un vagin.

M. MARION a, tout récemment, constaté le même fait sur une jeune fille de treize ans.

M. DELBET a aussi constaté un cas identique, qui présente cette particularité que cette femme a eu une grossesse.

Rachianesthésie. — M. GERNEZ vient insister de nouveau sur les accidents de paralysie trop souvent consécutifs à ce mode d'anesthésie. Aussi l'a-t-il abandonné pour revenir au chlorolorme avec le Ricard ou à l'éther avec l'Ombrédanne.

M. THIÉRY se rallie à l'opinion exprimée dans l'une des dernières séances par M. J.-L. Faure. Comme lui, il reste fidèle à l'anesthésie générale. Pour les petites opérations, l'anesthésie locale doit suffire. Quant à l'anesthésie générale, dit M. Thiéry, il faudrait l'inventer si elle n'existait pas. Il insiste sur l'importance de l'anesthésiste. La façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne. M. Thiéry regrette que dans les services hospitaliers on confie le chloroforme aux externes ou même aux stagiaires, les internes dédaignant trop souvent de le donner eux-mêmes.

M. DE MARTEL partage également l'avis de M. Faure et considère la rachianesthésie comme une mauvaise méthode. Il

préfère recourir à l'anesthésie locale pour les petites opérations, au protoxyde d'azote à l'air libre pour les moyennes et à l'éther ou chloroforme pour les grandes interventions.

Chemin faisant, M. de Martel rappelle les excellents résultats obtenus autrefois par la méthode de Paul Bert, protoxyde d'azote sous pression. [Nous avons été témoin des expériences faites par Péan sur ce mode d'anesthésie qui semblait, en effet, être merveilleusement bien supportée par les opérés. Mais voilà, il y avait la cloche! (*Note du Réd.*)]

Calculs du rein. — M. Pierre Duval présente une série de radiographies représentant des calculs rénaux

Incision du voile du palais. — M. Delbet présente deux malades : une jeune fille de dix-sept ans opérée par staphyloraphie douze ans avant. Résultat anatomique mauvais, résultat phonétique parfait. L'autre est un garçon de dix-neuf ans, simple insuffisance du voile, phonétique très mauvaise.

M. Veau fait observer qu'avec une bonne technique on obtient des voiles longs, mobiles, avec une bonne phonétique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1924)

Radioscopie du lipiodol rachidien. — MM. Sicard, Forestier et Laplane ont soumis à l'examen radioscopique une minime quantité de lipiodol injectée (1 centimètre cube et demi) injecté dans le liquide rachidien).

L'injection se fait par voie lombaire, sur la table radioscopique elle même, le sujet étant en décubitus latéral, puis incliné tête basse. On a ainsi toute facilité pour étudier la descente de l'huile iodée de la région sacrée, vers la région bulbaire tout au long de la cavité sous-arachnoïdienne, et pour apprécier le ralentissement physiologique de sa chute lors de la traversée dorsale supérieure ou son arrêt pathologique en cas de compression médullaire, ou de striction méningée. Cette nouvelle méthode de contrôle de la cavité sous-arachnoïdienne du rachis est d'une grande simplicité technique ne nécessitant qu'un bon outillage radiologique. L'examen radioscopique peut ainsi s'associer à l'examen radiographique, pour préciser davantage encore le diagnostic lipiodolé. Les auteurs n'ont jamais eu à noter, au cours de leurs investigations, ni douleurs, ni incidents consécutifs.

Mal de Pott et radiographie vertébrale. — MM. Sicard, Laplane et Prieur insistent sur les difficultés du diagnostic étiologique des compressions médullaires et particulièrement du mal de Pott. Ils considèrent que le mal de Pott chez l'enfant et l'adolescent s'accompagne toujours de lésions radiologiques vertébrales. Aussi en présence de cas simulant le mal de Pott mais dont les signes radiologiques font défaut, ils conseillent de recourir, non à l'appareil plâtré, mais à la laminectomie exploratrice. Ils présentent à l'appui de leur argumentation un adolescent chez lequel le diagnostic porté avait été celui de mal de Pott, malgré les radiographies négatives; alors que le contrôle opératoire montre en réalité une néoplasie rachidienne extirpable et curable.

Par contre, chez l'adulte, l'absence de signes radiologiques vertébraux ne permet pas de conclure à l'absence d'une lésion tuberculeuse rachidienne, comme MM. Sicard et Laplane ont pu s'en assurer dans un autre cas. A l'opération on trouva, en effet à la place du neuro-gliome présumé, un début d'ostéite tuberculeuse du corps vertébral. Chez ces deux sujets, le lipio-diagnostic rachidien avait permis de préciser avec une exactitude rigoureuse le siège de la compression.

M. Clovis Vincent remarque que le malade de M. Sicard, en dehors des phénomènes douloureux, présente une rigidité de la colonne vertébrale et un aspect normal des corps vertébraux à la radiographie. Chez l'adulte et chez le vieillard, l'absence de lésions vertébrales sur un cliché radiographique ne permet pas d'exclure à coup sûr la présence d'une carie vertébrale. Personnellement, l'auteur a observé des malades atteints de paraplégie pottique chez lesquels une série de clichés radiographiques pratiqués lors des premiers examens ne décelait aucune lésion et chez lesquels six mois, huit mois plus tard, l'examen radiographique montrait des lésions vertébrales évidentes. M. C. Vincent a trouvé sur la colonne vertébrale d'un vieillard un mal de Pott latent cliniquement qui se caractérisait par la présence d'une cavité de la grosseur d'une noisette dans le corps de la IIIe vertèbre dorsale. Des radiographies de la colonne vertébrale pratiquées de face et de profil ne décelaient aucune altération osseuse.

Les caractères de la contracture permettent cliniquement de différencier un mal de Pott d'une tumeur des racines.

Alcoolisation endo-cranienne du trijumeau, contrôle lipiodolé. — M. Sicard a repris, à l'instigation du docteur Taptas (d'Athènes) l'alcoolisation endo-cranienne du trijumeau par la voie du trou ovale. Cette intervention se place entre l'alcoolisation des troncs périphériques et la radicotomie opératoire rétro-gasserienne. Elle se pratique à l'aide d'une simple aiguille qui pénètre, sous anesthésie locale, à travers les plans cutaneo-musculaires jusqu'au trou ovale. L'alcool est déversé sinon dans l'intimité du ganglion, du moins au niveau des troncs endo-craniens directement afférents. Le contrôle radiographique au lipiodol injecté par l'aiguille laissée en place, laisse voir la répartition de l'huile iodée au niveau de la base du crâne et des trous endo-craniens grand rond et ovale. La guérison est d'une durée très longue (huit à dix ans d'après Taptas), parfois définitive.

M. Clovis Vincent demande à M. Sicard quelle technique il emploie pour pénétrer dans le trou ovale? S'il a bien compris la communication de M. Sicard, l'aiguille pénètre à travers la dure-mère et le cloisonnement de la région jusque dans l'espace sous-arachnoïdien : le lipiodol injecté par le trou ovale a emprunté la voie des espaces arachnoïdiens pour se répandre partout où on l'aperçoit sur les radiographies présentées par M. Sicard. N'y a-t-il pas là un certain danger pour le malade si l'alcool injecté se répand à la manière du lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien?

Electrocution ayant laissé des troubles choréo-athétosiques persistants. Discussion sur la nature organique. — MM. O. Crouzon, J.-A. Chavany et René Martin rapportent l'observation d'un malade qui a été, il y a quatre ans, électrocuté par un courant de 1.500 volts. L'accident a été suivi d'une phase de raideur généralisée au décours de laquelle se sont installés des mouvements choréo-athétosiques, d'abord généralisés qui en quelques jours se sont localisés au côté droit du corps.

Les mouvements persistent dans le côté droit avec tics de la face et paroxysmes très marqnés au moment de l'ingestion des aliments.

L'intérêt de l'observation réside dans la chronicité du processus qui malgré l'absence des signes objectifs, plaide nettement en faveur de la nature organique des accidents constatés. La symptomatologie n'a pour ainsi dire pas varié depuis quatre ans.

On a décrit des séquelles nerveuses de l'électrocution, tantôt nettement d'origine hyptéro-traumatique, tantôt au contraire, d'origine organique : les électrocutions légales pratiquées en Amérique montrent d'ailleurs la fréquence des lésions anatomiques cérébrales.

Etat de mal conscient et apyrétique, prolongé pendant un mois. — MM. A. Souques et J. de Massary présentent une malade qui, à la suite d'un traumatisme frontal suivi d'abcès du cerveau, est restée épileptique. En dehors de crises comitiales généralisées typiques, elle est sujette à des états de mal remarquables par leur longue durée et par l'absence d'hyperthermie et d'inconscience.

L'état de mal, observé par les auteurs, a duré un mois. Les accès ont toujours affecté le type bravais-jacksonnien; ils ont été sub-intranta et se sont répétés toutes les trois minutes, jour et nuit (quatre à cinq cents accès dans les vingt-quatre heures). Jamais il n'y a eu perte de connaissance : pendant l'accès, la malade entendait toutes les questions qu'on lui posait; elle faisait signe qu'elle entendait et, dès que l'accès était terminé, elle répétait les questions qu'on lui avait posées et y répondait. Enfin, pendant cette longue période d'un mois, malgré la fréquence extrême des accès, la température centrale est restée normale.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1924)

Sur un cas de sténose du duodénum par adénome. — MM. MARFAN, TURQUETY et DEBRAY. — Il s'agit d'un nourrisson de trois mois et demi qui, depuis sa naissance, vomit tout ce qu'il prend, malgré les modifications d'alimentation. Ces vomissements contiennent de la bile, constipation opiniâtre. On pense à un rétrécissement du duodénum. La radiographie confirme ce diagnostic. Etant donné l'état précaire de l'enfant, M. Veau n'opère pas. Mort.

On trouve un rétrécissement duodénal admettant le stylet difficilement. La paroi est épaisse présentant une nodosité.

La coupe montre un adénome mixte (glandes de Lieberkuhn et de Brünner).

Discussion. — M. VEAU est intervenu une fois pour une sténose duodénale causée par une bride autour de l'artère mésentérique supérieure, obstacle qu'il a été facile de lever. L'enfant est mort le soir de l'opération.

Il en a vu un deuxième cas chez un enfant porteur d'un bec-de-lièvre, il n'est pas interveuu parce que l'enfant était cachectique. M. Veau pense que si on radioscopait avec soin tous les vomisseurs, on trouverait ces cas plus fréquents et on pourrait opérer plus tôt avec chance de succès.

Malformations multiples. Bifidité du fémur dans un cas d'absence congénitale du tibia. — M. ROCHER (de Bordeaux) présente les radiographies et l'observation d'un nourrisson porteur de malformations multiples des membres inférieurs et supérieur droit dont la plus curieuse est la bifurcation en Y de la diaphyse fémorale dans sa moitié inférieure. La colonne condylienne interne forme une saillie libre arrondie, la colonne condylienne externe présente une articulation lâche avec le péroné luxé postérieurement. Pas de rotule. Le segment jambier présente une absence totale de tibia. Le pied est atrophié en varus équin, il présente trois orteils et quatre métatarsiens. Du côté gauche, on note une absence des deux tiers inférieur du tibia et du pied plat équin valgus avec ses métatarsiens et orteils au complet.

Faux mal de Pott. Spina bifida occulta douloureux de la Ve lombaire. Exploration au lipiodol. — M. LANCE présente une fillette de quinze ans qui, depuis dix-huit mois, souffre de la région lombo-sacrée. Envoyée dans un hôpital marin pour mal de Pott, elle reste onze mois allongée sans soulagement. Elle présente une scoliose lombaire souple, avec un spina bifida occulta de la V° lombaire. La douleur qui n'est pas soulagée par le décubitus, ni par le port d'un corset, est exagérée par la station debout, et la flexion du tronc. Elle présente son maximum au niveau du « trou épineux » de la Ve lombaire. L'exploration au lipiodol faite par voie sous-arachnoïdienne montre que le lipiodol passe, et n'amène pas de soulagement ; faite par la voie épidurale, le lipiodol passe également au niveau de la Ve lombaire, mais chaque injection est suivie d'une rémission nette des douleurs pendant quatre ou cinq jours.

Xanthochromie et coagulation massive du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite tuberculeuse chez un nourrisson. — MM. Julien HUBER et J. PEIGNAUX rapportent, sous ce titre, l'observation d'un enfant de cinq mois chez lequel l'autopsie ne montra aucun cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens. Ils pensent que les modifications du liquide céphalo-rachidien sont sous la dépendance de ferments sécrétés par les leucocytes pathologiques.

Discussion. — M. NETTER remarque que dès 1898 il avait noté et publié que le fait de la xanthochromie avec albumine abondante dans le liquide céphalo-rachidien était en faveur de la nature tuberculeuse de la méningite.

Statistique de la maternité 1923. — MM. RIBADEAU-DUMAS et FOUET. Il a passé à la crèche de la Maternité, pendant l'année 1923, près de 500 nourrissons.

La mortalité globale a été de 30,4 p. 100, en augmentation sur les autres années.

Il s'agit de causes anténatales dans 30 p. 100 des cas, de troubles digestifs dans 20 p. 100 des cas. Le reste, 50 p. 100 est dû à des infections apportées du dehors ou contractées dans le service. Ces dernières sont dues à ce que l'isolement est imparfait, et au défaut de propreté des mains des infirmières. On relève sur ces cas 37 broncho-pneumonies à 21 morts, ce qui est relativement favorable, et dû en partie à l'alimentation forcée de ces malades. Sur 7 nourrissons tuberculeux, 3 sont morts, 4 sont vivants, placés loin de leur famille ils se portent bien. On a noté seulement 9 syphilis certaines avec 2 morts.

Les troubles digestifs sont peu nombreux à cause de la facilité d'avoir des nourrices.

Les causes de cette mortalité élevée provient : 1° De ce qu'on a amené 66 débiles, dont la moitié sont morts, le plus souvent de refroidissements. Il serait indispensable d'avoir des salles bien chaudes pour débiles comme à Strasbourg ; 2° de ce qu'on a amené 30 enfants presque morts, 27 sont morts dans la journée. Il s'agit surtout d'enfants amenés par leurs parents et non soignés chez eux, les enfants amenés de nourrice, ou surtout de services de l'Assistance, mieux surveillés fournissent une mortalité bien moindre. Au total il y a de nombreuses améliorations à obtenir.

Discussion. — M. J. RENAULT rappelle que dans la statistique de sa crèche, surtout sur 350 enfants, il n'a pas eu un cas de contagion, cela parce qu'il y a des boxes et que les infirmières se lavent les mains.

La mortalité par infection a comporté uniquement des infections apportéss à l'entrée.

Pleuro-péricardite purulente du nourrisson. — MM. L. RIBADEAU-DUMAS et FOUET. Il s'agit d'un beau nourrisson eutrant avec 38 degrés, mais pâle et anoxhémique. On trouve un peu de broncho-pneumonie puis de la matité antérieure. La radioscopie montre une péricardite. On allait opérer lorsque l'enfant meurt subitement, malgré un état général assez bon.

L'auteur remarque la difficulté du diagnostic de ces cas qui passent le plus souvent inaperçus (60 p. 100 d'après certaines statistiques) si on ne fait pas la radioscopie systématique des broncho-pneumonies.

Méningite suraiguë hérédosyphilitique chez une fillette de deux ans. — M. CASSOUTE (de Marseille) envoie l'observation d'une enfant chez laquelle, dans le cours d'une méningite suraiguë, l'examen du liquide céphalo-rachidien donne un Wassermann positif. La mère est syphilitique. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, l'auteur pense à une méningite syphilitique.

Radiographies de dilatation des bronches étudiée par injection de lipiodol. — MM. D'ASTROS et GIRAUD (de Marseille). L'injection de 20 centimètres cubes a été très bien tolérée.

Hydrocéphalie chez un hérédosyphilitique. Ponctions ventriculaires répétées. Mort. — MM. Robert DEBRÉ, F. CORDEY et Mlle Th. CRÉMIEUX. R... (Jeannine), âgée de deux mois et demi, est admise avec sa mère à la crèche de l'hôpital Bretonneau pour vomissements rebelles. Quelques jours après son entrée, on constate, à la suite de convulsions, l'existence d'une hémorragie méningée caractérisée par un liquide céphalo-rachidien hyperalbumineux, xanthochromique, contenant en abondance des globules rouges et polynucléaires. Le traitement antisyphilitique intensif, indiqué par une réaction de Wassermann positive dans le sang de l'enfant, n'empêche pas la formation, quelques jours plus tard, d'une hydrocéphalie subaiguë. Des ponctions successives montrent que le liquide ventriculaire a une constitution chimique et histologique totalement différente de celle du liquide spinal. Le liquide ventriculaire est moins riche en albumine et en éléments cytologiques, par conséquent les deux liquides se montrent dépourvus de sucre. Des troubles oculaires occasionnés par de la névrite optique apparaissent. Les ponctions ventriculaires répétées presque quotidiennement amènent une amélioration rapide des signes fonctionnels observés quand la tension du liquide devient excessive. La torpeur, les troubles respiratoires et digestifs cèdent passagèrement après chaque ponction. Les injections intraventriculaires de 1 centimètre cube de lipiodol, puis de 1 centimètre cube de sulfophénolphtaléine montrent qu'il s'agit d'une

hydrocéphalie obstructive, ces substances ne pouvant être retrouvées dans le liquide spinal, et la radiographie montrant la persistance du lipiodol dans les ventricules latéraux. L'enfant étant morte de broncho-pneumonie, l'examen du cerveau est fait au laboratoire de la Fondation Déjerine. On constate : 1° des malformations de développement portant surtout sur le corps calleux, le trigone et le septum lucidum, relevant d'une lésion intra-utérine ancienne; 2° une hydrocéphalie en rapport en partie avec les malformations congénitales mais ayant subi vraisemblablement une poussée récente du fait de l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius par épendymite adhésive.

Discussion. — M. OMBRÉDANNE cite un cas d'encéphalite avec tuméfaction unilatérale dans lequel la ponction ventriculaire amène 150 centimètres cubes de liquide filant, verdâtre; une deuxième ponction, du liquide louche; trois ou quatre mois après l'enfant aveugle, atteint d'idiotie, présentait une hydrocéphalie; les deux ventricules sont ponctionnés, à gauche, du côté déjà ponctionné, on trouve 80 centimètres cubes d'eau de roche ; à droite, 30 centimètres cubes de liquide jaune bien différent. Il n'y avait donc pas communication entre les deux ventricules.

Sarcome primitif du vagin chez les petites filles. — MM. Jean HALLÉ, VEAU et GRISEL exposent d'abord la marche habituelle de cette affection : chez un petit enfant on voit sortir quand elle va sur le vase une petite boule qui rentre dans le vagin, un autre jour elle se détache et tombe dans le vase, puis il en sort d'autres. On trouve un vagin bourré comme d'une môle hydatiforme. Peu à peu le rectum, la vessie est envahie, la mort arrive en deux, quatre mois sans généralisation. Dans tous les cas l'examen histologique montre une tumeur peu méchante, d'aspect analogue au polype muqueux des fosses nasales. M. Broca, dans un cas, tenta l'hystérectomie mais l'enfant mourut le lendemain.

Les auteurs ont pu obtenir une survie considérable de sept ans dans un cas analogue en faisant l'ablation systématique des tumeurs par le procédé suivant : un doigt introduit dans le rectum permet chez l'enfant d'abaisser l'utérus ; le col est amputé et toute la muqueuse vaginale malade excisée. Séances de radium ensuite. Dans le cas vu par les auteurs le radium a été fait de manière irrégulière pendant la guerre, sans quoi le pronostic eût encore été meilleur. L'affection très rare en France (4 ou 5 cas publiés) semble plus fréquente aux Etats-Unis (30 ou 40 observations).

Discussion. — M. MOUCHET a aidé M. LE DENTU à opérer un cas semblable qui a récidivé rapidement. M. Le Dentu en avait vu d'autres cas.

MÉDECINE MILITAIRE

LA SUPPRESSION DU REGISTRE DES CERTIFICATS D'ORIGINE DE BLESSURES ET DE MALADIES

Pour permettre l'établissement des demandes de pensions résultant des blessures et des maladies contractées en service commandé une décision du 19 mars 1902 avait prescrit la tenue dans les corps de troupe du registre à souche que tous nos confrères ont bien connu.

D'autre part, la loi du 31 mars 1919, modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer, spécifie, en son article 3. qu'ouvrent droit à pension ;

1° Les blessures constatées avant le renvoi d'un militaire dans ses foyers, à moins qu'il ne soit établi qu'elles ne proviennent pas d'événements de guerre ou d'accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service ;

2° Les infirmités causées ou aggravées par les fatigues, dangers ou accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service.

L'instruction du 31 mai 1920 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires et du décret du 2 septembre 1919 portant règlement d'administration publique pour l'application de ladite loi, a prescrit, dans chaque corps, service, détachement ou établissement, la tenue d'un registre des constatations permettant d'enregistrer, à une époque autant que possible contemporaine des faits, les blessures reçues ou les maladies contractées par les militaires pendant leur présence sous les drapeaux.

Par suite de ces différents textes, les corps et établissements doivent tenir deux registres distincts dont les inscriptions font double emploi puisqu'elles enregistrent les mêmes renseignements et relatent les mêmes faits; seule la forme en est quelque peu différente. En conséquence, il a paru possible d'envisager la suppression du registre de certificats de blessures ou de maladies dont toutes les inscriptions figurent au registre des constatations. En outre, il a semblé nécessaire de joindre au dossier, qui est établi pour chaque militaire de carrière, un extrait dudit registre.

Aussi le ministre de la guerre vient-il de faire signer, le 13 février (*J. O.*, 29 fév. 1924) un décret ainsi conçu :

« ARTICLE PREMIER. — Le registre des certificats d'origine de blessures et de maladies dont la tenue était prescrite par la décision présidentielle du 19 mars 1902 est supprimé.

ART. 2. — Les blessures, infirmités et maladies survenues pendant le service seront inscrites sur le « registre des constatations » et donneront lieu à l'établissement « d'extraits » dans la forme prévue par la réglementation en vigueur pour l'application de la loi du 31 mars 1919 et du décret du 2 septembre 1919 portant règlement d'administration publique pour l'application de ladite loi.

En outre, en ce qui concerne les officiers et les militaires servant au delà de la durée légale, toute inscription faite au registre des constatations donnera lieu à l'établissement d'extraits dans les conditions suivantes :

1° Officiers : deux extraits, dont un sera classé au dossier de l'intéressé et l'autre transmis à l'administration centrale (direction intéressée) ;

3° Hommes de troupe servant au delà de la durée légale : un extrait sera classé au dossier de l'intéressé. »

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail (1), par E. FORGUE et E. JEANBRAU, avec la collaboration de O. Crouzon.

Cette 4e édition d'un ouvrage devenu classique en la matière a subi de nombreuses modifications imposées par celles de la législation et des nombreuses études dont les blessés de guerre ont été l'objet. La partie neurologique a été confiée au docteur O. Crouzon, médecin de la Salpêtrière. Elle constitue un répertoire complet des notions médicales et juridiques dont la connaissance est devenue indispensable de nos jours au praticien d'une part, à l'homme de loi d'autre part.

La simple énumération des chapitres traités indiquera l'esprit dans lequel il a été conçu : Le rôle du médecin, lorsque l'accident vient d'arriver. Les suites médico-légales de l'accident. Les suites judiciaires de l'accident. Evaluation des incapacités. Honoraires médicaux. Annexes (Législation. Tarifs d'honoraires, exemples de rapports d'experts, guide barême des incapacités). M. LANCE.

CHRONIQUE

LE PAVILLON DE LISTER A L'INFIRMERIE ROYALE DE GLASGOW

M. James A. Morris, membre associé de l'Académie royale écossaise, membre de l'Institut royal des architectes britanniques, membre de l'Association des ouvriers d'art de Londres, vient de publier un nouvel appel pour la conservation du fameux pavillon de Lister à l'infirmerie royale de Glasgow (2). Dans cet appel, M. James A. Morris s'élève avec chaleur contre la décision récemment prise par les administrateurs de l'infirmerie royale de Glasgow, de démo-

(1) 4e édition, 1 vol. in-8, 864 p. — Paris, Masson et Cie.

(2) *A Further Plea for the retention of the famous Lister Ward in the Royal Infirmary of Glasgow.* — Glasgow, Maclehose Jackson et Co, 1924.

lir le pavillon dans lequel lord Lister a effectué ses plus célèbres recherches.

Cette destruction n'a pas même l'excuse de la nécessité, les administrateurs prétendent que le pavillon enlève du jour et de l'air à l'infirmerie et ils projettent de le remplacer par une construction au moins aussi élevée et qui réduira l'espace libre qui sépare le pavillon Lister des pavillons de chirurgie de 27 à 15 mètres.

La décision des administrateurs de l'Infirmerie a soulevé des protestations qui ont réuni à Glasgow les signatures des trois anciens lords prévôts, des chefs des églises anglicane, presbytérienne et catholique et des professeurs de l'Université. A eux se sont joints les corps savants du Royaume-Uni, des Dominions et des colonies, puis l'Académie de médecine en France et d'autres institutions savantes d'Europe et des Etats-Unis d'Amérique.

Le monde célébrera dans trois ans, le centenaire de Lister, la ville de Glasgow dira-t-elle alors : « Nous ne savons pas ce qu'il a fait » ! R. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

DILATATION DES BRONCHES

FORMES CLINIQUES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC [1]

b. FORMES CLINIQUES. — Se différencient, soit par les symptômes locaux, soit par le mode d'évolution.

1° *Selon les symptômes locaux* (Hutinel et Nadal). — *Forme bronchitique.* — Enfant ayant un bon état général, tousseur habituel, souvent adénoïdien chronique. Signes de bronchite diffuse ; avec quelques signes de localisation (souvent à la base gauche) s'exagérant au moment des épisodes aigus.

Forme pleurale. — Tous les signes bronchiques sont marqués par uue coque pleurale épaisse.

Forme pseudo-cavitaire. — En un point du poumon, il y a un syndrome physique pseudo-cavitaire dû à la densification pulmonaire et au catarrhe bronchique associé. Dans le reste du poumon on ne trouve pas grand'chose. Bon état général.

Forme simulant la pleurésie enkystée avec vomique. — Plus rare.

Forme pneumonique. — Exceptionnelle (c'est un syndrome physique de pneumonie sans les symptômes généraux).

2° *Selon le mode d'évolution.* — L'évolution par une succession d'épisodes aigus est encore plus nette chez l'enfant que chez l'adulte.

Forme légère curable. — A la suite d'une broncho-pneumonie sévère et traînante, un foyer de râles humides a persisté longtemps à une base pour finir par disparaître. Mais les signes reparaissent au même point, à l'occasion d'un coryza, d'une bronchite. La guérison survient à la longue.

Forme aiguë. — Au cours d'une coqueluche apparaît une expectoration très abondante, de la fièvre à grandes oscillations, des signes de gargouillement diffus. La guérison apparente survient ; mais des rechutes successives apparaissent au moindre rhume.

Forme latente à épisodes aigus. — C'est la plus fréquente.

Le début est insidieux, et l'affection est *latente*. Les enfants toussent peu, mais on remarque quelques déformations thoraciques ; et une certaine tendance à la dyspnée. On ne fait pas le diagnostic à ce moment. Mais une crise aiguë survient (à l'occasion d'un coryza, d'une rougeole). Alors, la température s'élève, la toux, la dyspnée, l'expectoration augmente.

On constate des signes de bronchite diffuse avec en un point du souffle, des râles sous-crépitants. On pourrait croire à une caverne tuberculeuse ; mais l'évolution écarte ce diagnostic. L'amélioration survient jusqu'à une nouvelle poussée.

Forme chronique. — C'est l'aboutissant des formes précédentes. Un état permanent de catarrhe chronique avec signes cavitaires se constitue. Tôt ou tard survient la cachexie, à moins qu'une complication ne survienne (tuberculisation secondaire, dégénérescence amyloïde, asystolie avec cirrhose, broncho-pneumonie, suppurations à distance, etc.).

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic peut être difficile pour deux raisons :

1° Parce que les symptômes essentiels : signes cavitaires avec expectoration abondante, peuvent se voir identiques dans d'autres affections.

2° Parce que pendant une longue période, la dilatation des bronches est latente ; seuls les épisodes aigus ou les complications sont apparents.

Premier cas. — On se trouve en présence d'un sujet atteint d'un catarrhe purulent, abondant, et chez qui on trouve des signes cavitaires.

Le diagnostic positif se fondra sur les antécédents (notion d'un passé bronchitique parfois fort ancien, qui n'a pas altéré l'état général et qui n'a pas été entrecoupé d'épisodes aigus), sur la constatation de signes cavitaires, sur l'absence *plusieurs fois vérifiée* de bacilles de Koch dans les crachats.

Le diagnostic différentiel se pose avec : la bronchite chronique et la rhino-bronchite descendante à rechutes qui s'accompagnent en réalité d'un certain degré de dilatation diffuse de tout l'arbre bronchique, mais devant être nettement différenciée des grosses dilatations ampullaires localisées. La radioscopie sera utile dans ces cas, montrant seulement des arborescences bronchiques généralisées, et l'absence d'un territoire opaque ou cavitaire.

La tuberculose pulmonaire fibreuse et cavitaire (que le malade soit en même temps syphilitique ou non). Les crachats ont un aspect un peu différent : ils sont isolés, lourds, nummulaires, bien individualisés dans la masse liquide.

La recherche des bacilles de Koch est *indispensable* (il faut se souvenir que les cavernes tuberculeuses ne sont pas toujours au sommet, et qu'elles peuvent ne se révéler qu'à l'occasion de poussées congestives).

La pleurésie interlobaire ouverte dans les bronches. — Il faudra scruter avec soin les antécédents (début brusque par une vomique). Le pus est homogène, bien lié. Il contient des germes qui appartiennent le plus souvent à une même flore microbienne. Les signes locaux se trouvent à la partie moyenne du poumon. Le diagnostic peut être très difficile, même avec une radiographie, car, dans les deux cas, il peut y avoir une symphyse pleurale épaisse.

Toutes les causes d'expectoration fétide. — Gangrène pulmonaire, bronchites fétides, kystes hydatiques suppurés, etc.

En résumé, le diagnostic peut être très difficile ; il faudra faire une enquête minutieuse sur le mode de début, faire des examens radiographiques répétés, et même s'aider des injections intratrachéales de lipiodol. Mais trop souvent le diagnostic reste indécis ; et si une indication opératoire se pose, soupçon de pleurésie interlobaire, par exemple, ce pourra être l'intervention chirurgicale qui décidera.

Deuxième cas. — Le diagnostic peut être très difficile en présence d'une poussée aiguë.

Qu'il s'agisse de bronchite simple, de broncho-pneumonie, de pneumonie franche, on recherchera surtout l'existence d'un *foyer* en un point du poumon (à la base ordinairement), on se basera sur l'importance des signes de sclérose, et enfin sur la notion d'épisodes analogues récidivants.

Chez l'enfant. — Quelques points particuliers à signaler. Une expectoration abondante a d'autant plus de signification que les enfants au-dessous de huit à dix ans ne crachent habituellement pas et avalent leurs crachats. Pour éliminer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, il faudra rechercher le bacille dans les vomissements et dans les selles. Il faudra préciser l'étiologie, et songer au rôle de l'hérédo-syphilis, quand le début est insidieux et quand il y a des symptômes de sclérose pleuro-pulmonaire étendue.

BIBLIOGRAPHIE. — Lire : 1° *L'article du Traité de Charcot-Bouchard* ; 2° SERGENT. *Les grands syndromes respiratoires*, fasc. 1 ; 3° J. HUTINEL. *Th. de Paris*, 1922 ; 4° ACHARD. Clinique médicale de Beaujon, *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1923. Art. 27.577.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924. n° 15, p. 263, et n° 17, p. 294.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Baldenweck, Grivot, Hautant, Bourgeois, Lemaitre, Lardennois et Klippel.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le samedi 8 mars, à 21 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Le concours d'internat ouvrira le 20 octobre 1924, le concours d'externat le 28 octobre 1924. L'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier suivant.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 28 février 1924, M. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé, à partir du 1er mars 1924, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Clermont-Ferrand.

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours est ainsi constitué : président, M. le docteur Dequidt; membres titulaires : MM. les docteurs Lalanne, Demay, Desruelles, Cornu, Daday et Vernet; membres suppléants : MM. les docteurs Mignot et Toulouse. (*J. O.*, 4 mars 1924.)

MARINE. — Sont promus :
Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Mathieu.
Au grade de médecin de 1re classe. — M. le médecin de 2e classe Lataste. (*J. O.*, 4 mars 1924.)

UN MÉDECIN MUSULMAN ÉLU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le docteur Béchir Dinguizli, dont nous annonçons d'autre part l'élection à l'Académie de médecine, est le premier musulman à qui l'Académie ait ouvert ses portes.

Appartenant à une des plus anciennes familles tunisiennes, médecin de S. A. le Bey, et médecin du gouvernement tunisien, le docteur Dinguizli est un sincère ami de la France où il a fait ses études ; il a passé sa thèse à Montpellier et a été déjà chargé de plusieurs missions par le gouvernement français, au Maroc et à la Mecque.

Ses nombreux travaux sur l'hygiène autant que les services éminents qu'il a rendus à l'influence française le désignaient pour la distinction dont il vient d'être l'objet.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera en 1925 un prix Alphonse Jaumes sur un sujet de thérapeutique générale, et un second prix Alphonse Jaumes sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats.

Chacun de ces deux prix pourra atteindre la somme de 2.000 fr. (deux mille francs).

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1924.

Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui auront été présentés la même année ou qui auraient pris part antérieurement à d'autres concours.

Tous les mémoires doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus.

Le secrétaire de la section de médecine est M. F. Carrieu, 5 *bis*, rue de la Merci, à Montpellier.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La Société centrale a tenu son assemblée générale annuelle le dimanche 2 mars, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Darras,

assisté de MM. Abel Watelet, secrétaire, et Jules Bongrand, trésorier.

L'exposé de la situation morale a été fait par M. Watelet qui a insisté sur les avantages de ce groupement et a adressé un pressant appel à tous ses membres pour qu'ils fassent une propagande active auprès des nombreux médecins de Paris et de la région.

Le rapport du trésorier fait ressortir le bon équilibre financier de l'œuvre.

En outre, des pensions servies à huit sociétaires, des secours sont accordés à quarante-sept veuves et enfants de sociétaires. Vingt-cinq allocations d'ancienneté sont votées aux plus anciens membres.

A l'ordre du jour, deux questions posées par le Conseil général de l'Association : la création d'une caisse-maladie-invalidité-vieillesse dont le principe n'a pas été admis, et l'Ordre des médecins que les membres présents ont été unanimes à rejeter dans la forme présentée l'an dernier au Parlement.

Au cours de la séance, M. Le Lorier, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, a été élu vice-président pour six ans.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 17 mars 1924, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, 277, rue Saint-Jacques, à 20 h. 30 très précises.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Appareillage des fractures des membres. Présentation des nouveaux appareils du Service de santé », par M. le médecin principal de 1re classe Rouvillois, professeur au Val-de-Grâce.

Nos confrères sont priés d'être très exacts à l'heure indiquée, 20 h. 30.

Le dîner mensuel n'aura pas lieu en mars.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de *Pro medico*, nouvelle revue périodique illustrée éditée par la maison Lambiotte, 3, rue d'Edimbourg, Paris.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR LETULLE

Lundi dernier, à l'hôpital Boucicaut, fête tout intime. Les élèves et les amis du professeur Letulle se réunissaient pour lui remettre la médaille due au talent du graveur Bourgouin, et pour lui exprimer, ceux-ci, leur inaltérable affection, ceux-là, cette éternelle reconnaissance qu'avait jadis vouée Trousseau à son vieux maître Bretonneau.

Peu de discours, mais tous excellents. Successivement, les professeurs de Lapersonne, Sergent, Roger, Mlle Chaptal, MM. Strauss et Mourier exaltent son œuvre scientifique, rappellent la part prépondérante qu'il n'a cessé de prendre à l'organisation de la médecine sociale, dénombrent ses croisades contre le terrible fléau qui, chaque année, fauche tant d'existences.

En écoutant les orateurs, comment ne pas revivre ces heures lointaines où, avec nos chers amis, François et Louis Le Sourd, nous fréquentions l'hôpital Saint-Antoine? Heures doublement heureuses! N'entendions-nous pas la jeunesse chanter en nous sa chanson d'avenir? N'avions-nous pas la bonne fortune d'être attachés au service du plus affable des Maîtres? Avec quelle impatience, chaque matin, nous attendions sa visite! A neuf heures, il arrivait, tout sourire, toute grâce et toute aménité. Avec lui, entrait l'espérance. « On ne voyait plus qu'elle, et tout disparaissait dans son rayonnement. » Personne ne remarquait plus la vieille salle sordide, aux murailles lépreuses, aux recoins baignés d'ombre. Les malades oubliaient leurs souffrances. Par le seul charme de sa présence, Letulle avait réalisé ce miracle. Et bientôt, il en opérait quelques autres. Il excellait à représenter la science, non sous les traits rébarbatifs de quelque vieille duègne, mais sous ceux d'une jeune et séduisante Déesse. Nul comme lui pour mettre l'esprit au service de l'enseignement. Il en prêtait aux riches. Il en donnait aux autres. Et, chez tous, il savait trouver le chemin du cœur...

La visite finie, il gagnait certain pavillon, d'aspect sinistre, et là, le scalpel à la main, il s'efforçait de remonter des effets aux causes, de découvrir les origines du mal, d'en suivre l'implacable évolution. Rien de plus vivant, pour qui sait observer, que cette science du mort! Rien de plus instructif que cette confrontation des symptômes et des lésions! Rien, non plus, qui contribue davantage aux progrès de la médecine : *Morte spectata, servare vitam!* Ainsi, dans l'ombre discrète des amphithéâtres et des laboratoires, il accumulait patiemment des trésors anatomiques. Ainsi, pierre à pierre, il édifiait ces monuments grandioses qui se nomment l'*Inflammation*; *Cœur, Vaisseaux, Poumons*; *Etudes sur la tuberculose.*

Cependant, le héros de la cérémonie se lève pour remercier tous ceux qui, dans cette minute solennelle, sont venus lui apporter le témoignage de leur affection. Sans doute, il a trouvé, sur son chemin, moins de roses que d'épines. Mais pourquoi se plaindrait-il? La Destinée ne lui a-t-elle pas réservé de magnifiques compensations? Il a eu les amitiés qu'il avait rêvées. Ses élèves forment une brillante école. De longtemps, les ciseaux de la Parque ne couperont point le fil de ses jours universitaires. Son ancien laboratoire de Boucicaut lui reste ouvert; il peut, chaque jour, y retrouver, et ses collections, et son fidèle Normand. A la veillée, il conte, à ses petits-enfants, de belles histoires. N'a-t-il pas, ce matin même, composé à leur intention une parabole : *Le vieil âne et la fée merveilleuse?* Parabole pour parabole, nous préférons celle où un voyageur, rencontrant un blessé, verse l'huile et le vin sur ses plaies, les bande, le conduit à l'hôtellerie et subvient à ses dépenses. Ce blessé ne symbolise-t-il pas la souffrance au soulagement de laquelle Letulle a consacré toute son existence? Et n'est-il pas, lui-même, le *Bon Samaritain?*

L. BABONNEIX.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Robert Debré, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, fera des leçons de clinique infantile, avec présentation de malades, tous les dimanches, à 10 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades (amphithéâtre de cours n° 3, salle Blache).

La première leçon aura lieu le dimanche 9 mars.

COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes, le jeudi 13 mars, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et il le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Programme du cours. — Vingt-cinq leçons théoriques faites à la Faculté sur les opérations orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes.

Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié les deuxième et quatrième mardis du mois, à 9 h. 3/4. Présentation de malades et opérations orthopédiques tous les samedis.

HOPITAL LAENNEC. — M. le professeur agrégé André Jousset fera le mardi à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital Laënnec, une série de douze conférences sur la tuberculose.

La première leçon aura lieu le mardi 18 mars.

REVUE GÉNÉRALE

DIPLÉGIE FACIALE[1]

Par MM. GUIEU et PONS,

Internes des hôpitaux de Marseille.

La diplégie faciale est la paralysie faciale double. Le terme de diplégie fut créé, en 1864, par Waschmüth. C'est la *prosopodiplégie* de Stinzing, la *prosopoplégie* de Boix.

Anatomie et physiologie. — Afin de faciliter l'étude des diplégies faciales, il est bon de rappeler quelques notions d'anatomie et de physiologie.

Anatomie. — Le nerf facial est un nerf mixte comprenant :

1° Une grosse portion motrice (facial proprement dit).

2° Une petite portion sensitive (intermédiaire de Wrisberg).

3° Des fibres sympathiques.

ORIGINES. — *a.* La *racine motrice* naît d'un noyau situé profondément dans la calote protubérantielle entre les faisceaux radiculaires du VI et la racine bulbaire du V. On admet actuellement avec Marinesco et van Gehuchten que ce noyau classique serait à la fois celui du facial inférieur et du facial supérieur.

Les *relations centrales* se font par le faisceau géniculé, la voie sensitive centrale et la bandelette longitudinale postérieure. Le centre cortical serait situé dans le tiers inférieur de la frontale ascendante. Mais lorsque le neurone central est atteint, le facial supérieur est paralysé à un moindre degré que le facial inférieur : En effet le facial supérieur aurait, en plus du centre rolandique, un centre postérieur commun avec les nerfs de l'œil ; les fibres de ce centre passeraient à la partie externe de la couche optique formant le champ triangulaire de Vermicke (Joanny Roux, Grasset).

b. Le *ganglion géniculé* représente le *noyau d'origine de la presque totalité des fibres sensitives*. De ce noyau partent des fibres cellulifuges aboutissant :

1° Au noyau dorsal (partie supérieure de l'aile grise) ;

2° Au noyau situé à la partie supérieure du noyau solitaire.

Il existe, en plus, quelques cellules identiques à celles du ganglion géniculé, échelonnées le long de l'intermédiaire, des nerfs pétreux, du tronc facial.

Les *relations centrales* sont celles du glossopharyngien avec le ruban de Reil.

c. Les *fibres sympathiques* annexées au facial ont leur centre axial dans le *noyau lacrymal* (*lacrymo-muqueux facial de Guillaume*) qui est placé en dedans du noyau du facial à la limite du bulbe et de la protubérance. Le centre axial des fibres annexées à l'intermédiaire de Wrisberg (*appareil salivaire infralingual*) se trouve situé dorsalement au précédent : c'est le *noyau salivaire supérieur*.

TRAJET. — Le facial sort de la protubérance par deux racines (motrice et sensitive), traverse l'étage inférieur du crâne, pénètre dans le conduit auditif interne, puis dans le canal de Fallope. Au niveau de son premier coude, se trouve le ganglion géniculé et, dès lors, facial moteur et intermédiaire ne forment plus qu'un même nerf. Le facial émerge au niveau du trou stylo-mastoïdien, pénètre dans la parotide et se divise en branches terminales. Les fibres sympathiques qui naissent du centre lacrymo-muqueux facial empruntent le trajet du grand nerf pétreux superficiel, puis le nerf vidien, et se terminent dans le ganglion sphéno-palatin en s'articulant avec les cellules de ce ganglion.

De ces dernières partent des fibres postganglionnaires pour : la glande lacrymale, les glandes muqueuses des fosses nasales, de la voûte palatine et du voile, du pharynx oro-nasal. Les fibres issues du centre salivaire supérieur atteignent, par la corde du tympan et le lingual, le ganglion sous-maxillaire et le ganglion de Langley.

De ces ganglions partent d'autres fibres pour la glande sous-maxillaire et pour la glande sublinguale.

Physiologie. — Le facial possède des fonctions multiples.

I. ACTION MOTRICE. — 1° C'est le nerf de la mimique.

2° Il agit dans la progression des larmes.

3° Il aide la respiration par les mouvements des ailes du nez.

4° Il intervient dans la mastication en innervant les muscles : digastrique, glosso-staphylin, stylo-glosse, buccinateur. Il intervient aussi dans la parole (pour Lermoyez, le voile n'est pas innervé par le facial, mais par le pneumo-spinal).

5° Il intervient encore dans l'audition.

II. ACTION SENSITIVE. — 1° Fibres sensitives pour l'oreille interne (par anastomose avec la VIIIe paire) et pour l'oreille moyenne (nerfs pétreux).

2° Innervation sensitive des deux tiers antérieurs de la langue, et de la région tonsillaire (corde du tympan et rameaux linguaux).

3° Innervation cutanée de l'intérieur du pavillon (zone de Ramsay Hunt).

III. ACTION SENSORIELLE (le goût). — Les deux tiers antérieurs de la langue sont innervés par la corde du tympan.

IV. ACTION SÉCRÉTOIRE. — Par ses fibres sympathiques et la corde du tympan, le facial agit sur les glandes lacrymales, les glandes muqueuses du nez et d'une partie du rhino-pharynx, sur la parotide, la sous-maxillaire, les sublinguales.

V. ACTION VASOMOTRICE. — Se fait dans le territoire périphérique du nerf par des fibres venant du sympathique cervical.

VI. ACTION TROPHIQUE.

Historique. — Les premières observations de diplégies faciales remontent à : Christisen (1835), Ch. Bell (1836), Muller (1837), Constantin James (1841), Romberg (1852).

En 1852, Davaine publie son « Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la VIIe paire » et fait ainsi un premier essai de synthèse clinique. En 1861, Trousseau complète cette description.

En 1864, Waschmüth, dans sa thèse, réunit tous les cas publiés de diplégies faciales, centrales ou périphériques et s'efforce de les classer. Pierreson

(1) Travail du service de M. le professeur Payan.

(1867) fait une monographie importante basée sur 28 observations. Dans la suite, divers auteurs précisent l'étude anatomique et clinique de la diplégie faciale : Stinzing (1893), Labadie-Lagrave et Boix (1894), Bourgeois et Crouzon (1900).

Mœbius, Bernahrdt rapportent des cas associés à la paralysie de l'abducens.

Brissaud et Marie, puis Londe étudient une variété familiale avec paralysie labio-glosso-laryngée. C'est surtout Déjerine qui a montré que dans la paralysie centrale le facial supérieur n'est pas entièrement indemne. En 1901 paraît, dans la *Gazette des hôpitaux*, la Revue générale de Sainton qui met la question au point. En 1903, Panegrossi présente une série d'observations personnelles. Puis, l'on trouve les noms de Miraillé et Plantard, Barth.

En 1908, paraît la thèse de Laurans sur les diplégies faciales au cours des polynévrites. Laroche et Chatelain (1911), Bonnet (de Lyon), Krumbhaar, Crouzon et Chatelain apportent quelques nouveaux cas. Enfin, plus récemment, il faut citer les articles de : Oppenheim et Hallez, de A. Lévy et Molin de Teyssieu, de Sainton, de Baumel et Lardennois (1918), d'Aloysio de Castro (1919).

Étiologie. — Il peut y avoir diplégie faciale soit par lésions du neurone central, soit par lésions du neurone périphérique.

I. Diplégies relevant de l'atteinte du neurone central. — Ce sont de beaucoup les plus rares. Lorsque le centre cortical du facial est atteint, on admet que le facial supérieur est indemne ; en réalité des travaux ont montré qu'il était toujours touché à un léger degré. Magnus Hüss cite un cas de diplégie centrale portant sur les deux portions du facial (1837).

Au premier plan sont les diplégies accompagnant les doubles hémiplégies par ramollissement au niveau du cortex ou par production symétrique de foyers lacunaires de Pierre Marie. De même, on peut supposer qu'une double hémorragie cérébrale peut amener, entre autres manifestations, une double paralysie de la face.

On a signalé quelques cas diversement interprétés, d'ailleurs, de diplégies par lésions intraprotubérantielles. Chez un malade de Lecke, il y avait une lésion totale du facial avec : perte du goût ; parésie du voile d'un côté et double surdité. Stinzing localise cette lésion au niveau de l'entrecroisement des fibres géniculées du facial, près de l'acoustique et du glosso-pharyngien. A rapprocher de ces faits un cas de diplégie faciale avec paralysie du bras d'un côté, rapporté par Sigerson.

II. Diplégies faciales par atteinte du neurone périphérique. — *A.* **Lésions au niveau des noyaux d'origine.** — Rares sont les cas dus à des *toubles circulatoires*. Labadie-Lagrave et Boix (1896) signalent un cas unique de diplégie faciale, consécutive à une lésion vasculaire : chez un malade atteint d'insuffisance mitrale, une déplégie s'établit en deux temps, à trois jours d'intervalle ; les auteurs l'attribuèrent à une embolie dans les artères nourricières des noyaux de la VIIe paire. Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie.

A rapprocher le cas de Colleville (1899) où la diplégie associée des IVe, VIe et VIIe paires fut attribuée à des hémorragies intraprotubérantielles consécutives à un trauma cranien.

Plus souvent, il s'agit d'un processus de polioencéphalite ayant une évolution aiguë ou chronique.

1° PROCESSUS A MARCHE AIGUE. — On rencontre la diplégie faciale dans les formes bulbaires de la maladie de Heine-Médin (un cas de Madi, 1917) ; dans l'encéphalite épidémique (tels sont les cas de von Economo, de Hall ; dans un cas de Sainton, le diagnostic d'encéphalite épidémique n'est pas douteux, quoique porté rétrospectivement).

Si l'on recherche dans la littérature médicale, on verra qu'il existe des cas de diplégie faciale survenant après des états infectieux, mal déterminés, qui paraissent devoir être aussi rattachés à l'encéphalite.

2° PROCESSUS A MANCHE LENTE. — La diplégie faciale à type inférieur fait partie du tableau clinique de la paralysie labio-glosso-laryngée et de la sclérose latérale amyotrophique à sa dernière phase. Anciano Valdis a rencontré une double paralysie faciale apparue au cours d'une syringomyélie type Morvan.

Avec ces polio-encéphalites à marche lente, il faut étudier les deux variétés congénitale et familiale de la diplégie.

a. *Diplégie congénitale.* — Son histoire date du mémoire de Mœbius (1887). Cabannes et Kirmisson l'étudient ensuite. Longtemps considérées comme des myopathies, les diplégies congénitales sont rattachées actuellement à une aplasie ou atrophie des noyaux faciaux. Elles peuvent se transmettre héréditairement : Mœbius fait jouer un rôle à la syphilis et à l'alcoolisme des parents.

b. *Diplégie familiale.* — (Diplégie faciale totale avec paralysie labio-glosso-laryngée. Paralysie bulbaire progressive infantile et familiale de Londe.)

Brissaud et Marie observent, pour la première fois en France, l'association d'une diplégie faciale et d'un syndrome labio-glosso-laryngé et font remarquer sa rareté. Ils lui attribuent une origine bulbaire. Londe démontre que cette diplégie peut être familiale.

Bernhardt en signale quelques cas chez des adultes (avec facial supérieur intact).

La cause réelle est inconnue. On a fait jouer un rôle hypothétique à l'hérédité. Bien que les autopsies manquent, Charcot admet une lésion progressive et isolée des noyaux moteurs.

On peut opposer, dès lors, le type Mabius caractérisé par l'aplasie des noyaux, au type Marie-Brissaud à processus dégénératif.

B. **Diplégies par lésions intracraniennes.** — Les lésions siègent ici sur la portion du facial comprise entre l'émergence de ses racines et son entrée dans le conduit auditif interne. Par analogie avec les nerfs rachidiens nous appellerons cette portion la racine cranienne du facial.

Le traumatisme n'est pas cité.

Il se peut que des tumeurs étendues de l'angle ponto-cérébelleux donnent le syndrome diplégique.

Le plus souvent, il s'agit d'une véritable radiculite cranienne liée à un processus de méningite chronique, plutôt que d'une névrite comme le voulait Dieulafoy. Et ici, la syphilis, comme dans la moelle, joue un rôle primordial, surtout à la période secondaire. La lymphocytose est le témoin le plus fidèle, parfois unique, de cette méningite et une paralysie bilatérale indique une réaction méningée plus intense.

Ces diplégies radiculaires ayant paru plus nombreuses depuis l'emploi de l'arsenic, on a incriminé la toxicité de ce dernier. Cependant un emploi judicieux des sels arsenicaux en ayant amélioré les symptômes on peut rejeter cette hypothèse et l'on admet actuellement qu'il s'agit d'une neuro-récidive liée à un traitement de début insuffisant ou mal soutenu, facilité par le terrain ou la virulence du tréponème neurotrope.

A côté de la syphilis, la tuberculose et l'alcoolisme apparaissent comme des facteurs beaucoup moins importants. A propos de la méningite tuberculeuse, on trouve le cas de Remack et surtout celui de Ziemmssen qui, à l'autopsie, découvrit un étranglement de plusieurs nerfs craniens par des membranes inflammatoires des méninges.

C. **Diplégies par lésions intrapétreuses.** — Chatelain et Patrikios ont rapporté un cas de diplégie traumatique où le facial fut lésé dans chaque rocher par un trait de fracture transversal de la base. Dans une observation de Marchand, la fracture du crâne était irradiée aux deux rochers et avait atteint les deux faciaux au niveau de l'aqueduc de Fallope.

Ce sont, en général, la syphilis (périostite du rocher, Hoffmann) et les lésions de l'oreille interne ou moyenne (polypes (Troeltsch), otites, anévrisme de l'auditive, tumeurs de l'auditif, carie du rocher) qui occasionnent la paralysie par compression et par funiculite. Parmi toutes ces causes, les otites sont les plus fréquentes : otites tuberculeuses (Delort, Mallisson) ; otites scarlatineuses (Hutchinson, Corner, Ehrmann, Roberts, Wilde, Stinzing).

D. **Diplégies faciales dites « à frigore. » Diplégies faciales au cours des polynévrites.** — Les auteurs allemands s'appuyant sur les cas de Silva, Grauck, Hudowenig, Cumming, etc., d'une part ; sur ceux de Hoffmann, Davaine, Mirkowski, d'autre part, ont donné le nom de diplégie rhumatismale ou « à frigore » à une variété de paralysie faciale double où un refroidissement fut signalé dans les jours qui précédèrent le début des accidents (Laurans). Cependant, on ne peut guère attribuer un pareil rôle au froid qui, seul, agit plutôt comme cause favorisante ; la majorité des auteurs font, avec Mœbius et Hubschmann, entrer la diplégie dite « à frigore » dans le cadre des polynévrites infectieuses, et leur étiologie se confond ainsi avec celle de ces dernières.

Or, les causes de la polynévrite, dit Raymond, dans une leçon clinique se résument dans ces trois termes : infections, intoxication, auto-intoxication. A ces causes essentielles peuvent s'ajouter comme causes occasionnelles : le froid, l'humidité, le surmenage.

a. Polynévrites infectieuses. — La diplégie faciale, au cours des polynévrites infectieuses bien caractérisées, est assez rare. Mirallié et Plantard n'ont relevé dans la littérature médicale que les cas de Strümpell, Altaus, Pugliesi, Preobrajewski Bregmann, Raymond, Bernard et Braun, Singar, Cestan, Bonnet. Mais, assez fréquemment, au cours ou dans le déclin d'une maladie infectieuse bien cataloguée des cas de diplégie faciale isolée, présentant les caractères des diplégies précitées, sont apparus. On peut alors considérer ces différents cas comme la manifestation isolée d'une polynévrite qui aurait épuisé son pouvoir pathologique sur les deux nerfs faciaux.

De semblables observations ont été signalées dans :

l'influenza (Barkas, Minciotti, Zamboni, Albo),
les oreillons (Hirtz, Rad Hatscheck),
la diphtérie (Peraté, Landouzy, Boyer),
le tétanos céphalique (Thénée, Janin, Caretti, Bourgeois, Crouzon, Bouchaud),
la malaria (Singer, Sanglez, Sanchez, Liewskowski).
le typhus exanthématique (Lunz),
la lèpre (Leloir, Marie et Guinon),
le zona (Raymond),
le rhumatisme articulaire (Althaus),
la syphilis (Commandeur, Sudnick, Middleton),
la fièvre typhoïde (Liewskowski).

Enfin dans un dernier groupe la maladie infectieuse quoique indéniable n'a pu être indiquée nettement, tels sont les cas de : Piersson, Eisenlohr, Oppenheim, Mendel, Dracoly.

b. Polynévrites par intoxication. — On a signalé la diplégie faciale dans les polynévrites de l'alcoolisme, du saturnisme (Roosenda) des empoisonnements par l'acide phénique et la morphine (Seramiroff). Les injections anti-rabiques l'ont occasionnée chez deux malades de Marinesco.

E. **Diplégies faciales par atteinte des branches terminales.** — Ces cas ne peuvent se rencontrer qu'à la suite de doubles lésions traumatiques portant sur les régions parotidiennes, parfois à la suite de fautes opératoires.

Dans une observation d'Edgeworth, la diplégie avec prédominance sur le facial supérieur fut attribuée à une application vicieuse de forceps et se prolongea jusqu'à l'âge de sept ans. Mais en raison de cette persistance on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une paralysie congénitale.

III. Enfin on citera quelques observations qui ne trouvent pas place dans les groupes ci-dessus :

Diplégies apparaissant dans l'hystérie.

Un cas de diplégie au cours d'une leucémie (Laroche et Chatelain). Peut-être s'agit-il d'une névrite de la VIIe paire comparable à celles du nerf optique ou du nerf labyrinthique rencontrées dans certaines leucémies. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1924)

Maurice Barrès et la science française. — M. Charles Moureu lit une notice sur le grand rôle joué par Maurice Barrès dans le mouvement national en faveur des laboratoires.

Coagulation et structure de l'œuf. — M. Jules Amar. Les faits exposés par l'auteur lui permettent de conclure que les abaisseurs de tension superficielle, sel, alcools, graisses, chaleur, provoquent la coagulation de l'œuf en le déshydratant. Ils modifient par là l'intensité des échanges osmotiques et nutritifs qui, dans la graine par exemple, sont tellement affaiblis que l'on a une vie latente. Ici l'eau est rare et l'on sait que la *maturation de l'œuf* entraîne une perte d'eau analogue, autant chez les plantes que chez les animaux. La *germination* cesse pour une dessiccation avancée, l'évolution embryonnaire est influencée quant au sexe, tandis que la vitalité et la nutrition redeviennent actives à mesure que les agents coagulants s'éloignent. On est donc porté à dire que

la *vie est une opération plus ou moins lente de coagulation protoplasmique,* débutant dans l'œuf, nettement accusée au cours de la vieillesse, sans qu'il y ait certitude absolue sur le caractère fatal de cette marche irréversible. Rien n'atteste, non plus, que ce phénomène physico-chimique ne puisse pas être retardé par des agents coagulants, antagonistes des abaisseurs de la tension superficielle.

Dosage des corps cétoniques et de l'acide β-oxybutyrique dans l'urine des diabétiques. — M. H. Bierry et Mlle L. Moquet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 MARS 1924)

Le rôle des pouponnières. — M. Marcel Labbé, président du Comité médical de la pouponnière de Porchefontaine, tout en reconnaissant la justesse des réserves faites par MM. Wallich, Marfan et Pinard sur les desiderata des pouponnières, fait l'éloge de celle de Porchefontaine dirigée par Mme Veil-Picard, et de ses filiales. Au point de vue de l'assistance aux mères et de la puériculture, Porchefontaine est un véritable modèle.

Alors que les poupons meurent en France dans la proportion de 15 p. 100, à Paris dans la proportion de 21 p. 100, à Porchefontaine la mortalité n'est que de 3 p. 100.

Gémellarité d'origine masculine. — M. Ménétrier, en son nom et au nom de Mme Bertrand-Fontaine, communique une curieuse observation. Il s'agit d'une femme qui eut de son premier mari six grossesses gémellaires, tous garçons. Le mari étant mort, elle se remaria, et de ce second mari elle n'eut plus que des grossesses simples.

Ce fait semble bien prouver le rôle capital du père en fait de grossesse gémellaire.

La transmission du cancer. — M. Ch. Fiessinger. Si la transmission du cancer est à nouveau controversée, cette opposition tient surtout à l'ordre de recherches actuelles. La clinique est délaissée pour le laboratoire, et les radiologues affirment que la contagion ne saurait être admise. Pourtant les faits d'observation demeurent et l'auteur qui jadis a cité de nombreux exemples de transmission cancéreuse rapporte une épidémie constatée à l'extrémité d'un village par le docteur Mathieu. Dix cancéreux y ont succombé dans huit habitations et dans l'intervalle de quatorze ans. Devant des constatations de cet ordre, il est difficile de s'attacher à une explication par coïncidence.

Cette communication donne lieu à une courte discussion dans laquelle la conclusion de M. Fiessinger est fortement combattue.

Eléments de statistique infantile et quotients de mortalité. — M. Ledé montre la nécessité d'utiliser uniquement les fiches individuelles établies sur les registres des déclarations des parents et non avec les registres des déclarations des éleveuses.

Il demande aussi que les certificats de transport en élevage mercenaire ne soient délivrés que par les médecins inspecteurs des enfants du premier âge ou les médecins de l'état-civil. Enfin, rappelant ce qu'écrivait Waldeck-Rousseau dans son rapport de 1887 : « L'inspection médicale est l'organe essentiel de la protection du premier âge », il y a lieu d'annexer tout le service d'application de la loi Th. Roussel aux bureaux d'hygiène dont les directeurs sont tous des docteurs en médecine.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (3e division).

La liste de présentation portait : en première ligne, MM. William Park (de New-York) et Dinguizli (de Tunis); en deuxième ligne, MM. Chagas (de Rio-de-Janeiro), Gengou (de Bruxelles), Corini (de Milan) et Jorge (de Lisbonne).

MM. William Park et Dinguizli ont été élus.

Comité secret. — M. Meillère fait un rapport sur les remèdes secrets.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1924)

Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales (à propos du procès-verbal). — M. Marcel Pinard cite plusieurs observations qui prouvent les erreurs de diagnostic quand on ne pense pas à la syphilis. Il faut toujours y penser, mais cela ne veut pas dire qu'il faut toujours admettre ce diagnostic.

Sur la fréquence de la syphilis chez les malades. — M. H. Dufour a dénombré, il y a plus de vingt ans, les syphilitiques, qui se sont présentés à l'hôpital Andral. Il a trouvé un pourcentage de 13 p. 100 chez les malades du sexe masculin. Depuis cette époque, il a eu l'impression d'être au-dessous de la vérité. Aussi a-t-il voulu contrôler cette opinion par une statistique toute récente.

Sur 100 hommes malades de la ville, âgés de plus de vingt ans, 35 sont des syphilitiques avérés. Au delà de cinquante ans, la proportion de syphilitiques dans ce même lot est de 40 p. 100.

Il ne faut pas voir la syphilis où elle n'a que faire; mais le médecin, doit avec son jugement et son bon sens clinique, orienter son étiologie et sa thérapeutique en ayant toujours présent à l'esprit le rôle capital joué par cette infection.

La fréquence des scléroses viscérales syphilitiques. — M. Maurice Renaud, en conclusion de la discussion, constate que personne n'a tenté de sortir du dilemme qu'il avait posé : on doit reconnaître ou bien qu'on ne rencontre les syphilitiques qu'en petit nombre, quand on s'en tient aux signes de certitude, ou bien qu'on en peut découvrir en nombre considérable et indéfini si l'on consent à tenir compte de signes de probabilité dont on fixe arbitrairement la valeur. Personne non plus n'a indiqué à quel critère on reconnaît sûrement l'existence d'une syphilis latente. La discussion a, d'autre part, montré combien tout devient arbitraire et chaos dès qu'on sort des certitudes, et la description de l'un ne ressemble pas à celle de l'autre. On trouve l'arbitraire dans le choix des signes cliniques et plus encore dans l'appréciation des réactions humorales.

La conception du rôle primordial de la syphilis dans la genèse des scléroses viscérales repose donc sur un échafaudage d'hypothèses. Elle suppose, en effet, que l'enquête peut établir la probabilité de la syphilis, que cette syphilis probable est peut-être la cause de l'affection en cours et, enfin, que celle-ci sera peut-être modifiée par un traitement antitréponémique. Cette cascade de probabilités peut être acceptée dans des cas particuliers où le dépistage d'une maladie fruste est parfois affaire de sens clinique, mais elle ne peut étayer le dogme de la syphilis universelle dont les faits montrent la fausseté et l'inutilité.

Lipiodol épidural par voie sacro coccygienne en position déclive. Traitement des coccydynies, des lombo-sciatiques, et de l'incontinence nocturne d'urine — MM. Sicard et Coste ont eu l'occasion de traiter avec succès des cas de coccydinie « dite essentielle », de sciatinévralgie lombo-sciatique dite « rhumatismale », et d'incontinence nocturne d'urine, par l'injection de lipiodol pratiquée suivant le procédé sacro-coccygien que l'un deux a décrit antérieurement. Ils insistent sur la technique à suivre pour obtenir des résultats favorables. L'injection sera faite chez le sujet mis en attitude genu-cubitale, c'est-à-dire l'attitude de la « prière mahométane », puis, aussitôt après, on placera le malade en décubitus dorsal de déclivité, siège surélevé. Cette position sera maintenue six à huit heures environ. On aura ainsi tout loisir pour contrôler. Après ce laps de temps, le lipiodol sera fixé. On aura ainsi tout loisir pour contrôler ultérieurement à la radiographie, la montée ascensionnelle épidurale de l'huile iodée.

On décèlera également, sur l'épreuve radiographique, les erreurs fréquentes d'aiguillage, car la ponction épidurale sacro-coccygienne est souvent difficile à réussir.

La quantité de lipiodol à injecter variera entre 5 centimètres cubes et 10 centimètres cubes. La répétition des injec-

tions sera subordonnée aux résultats acquis. Souvent une seule injection suffit pour obtenir des succès durables.

Sur un nouveau cas de leucémie myéloïde améliorée par le thorium X. — MM. M. CHIRAY et R. BENDA, comme contribution à l'étude des faits exposés récemment par M. Aubertin, présentent un malade atteint d'une leucémie myéloïde sur laquelle l'action du thorium X se montra particulièrement rapide et efficace après échec apparent de la radiothérapie. Ce malade avait été soumis tout d'abord, sans aucun résultat appréciable, au traitement radiothérapique. Un mois plus tard, le traitement par le thorium X est institué et les auteurs constatent après deux injections de 400 microgrammes de ce produit, une baisse rapide du chiffre leucocytaire avec diminution parallèle du volume de la rate et atténuation également parallèle et manifeste de l'anémie.

En présence de ces résultats, ils se demandent si le traitement radiothérapique, malgré son inefficacité première, n'a pas préparé, en quelque sorte, l'action du thorium X. D'un autre côté, les diverses formes de la leucémie myéloïde ne sont peut-être pas également sensibles à l'action du thorium et, il y a sans doute lieu de pratiquer suivant les cas, un traitement radiothérapique, un traitement par le thorium, ou un traitement mixte, dans lequel la radiothérapie exercerait une action de sensibilisation qui permettrait ensuite au thorium de manifester son action propre, vis-à-vis des globules blancs et de la rate.

M. VAQUEZ insiste sur l'intensité et la rapidité d'action du thorium X.

M. LABBÉ signale un cas favorable.

M. BÉCLÈRE défend le traitement radiothérapique bien institué.

Un cas d'endocardite maligne greffée sur une lésion valvulaire chronique. — MM. LAUBRY et WALSER rapportent l'observation d'un malade ancien rhumatisant, porteur d'une lésion mitrale, pris en pleine santé apparente d'une violente douleur abdominale suivie de vomissements et de diarrhée avec état infectieux grave d'allure typhoïde. L'évolution qui dura quinze jours fut marquée par l'apparition successive d'une réaction méningée, d'un double souffle aortique, d'une oblitération artérielle du membre inférieur gauche, et se termine par la mort.

Les auteurs discutent successivement l'hypothèse d'une endocardite maligne primitive à localisation auriculaire, indépendante des lésions valvulaires antérieures ; celle d'une endocardite lente cliniquement latente, terminée brusquement par une phase suraiguë en apparence primitive : celle enfin d'une endocardite maligne secondaire greffée sur des lésions chroniques anciennes, hypothèse la plus vraisemblable.

Ils montrent l'intérêt clinique de ces faits de passage qui établissent l'absence de cloisons étanches entre les différents types classiques d'endocardite infectieuse.

L'épreuve de Meltzer-Lyon chez le sujet normal. — MM. M. CHIRAY et M. MILOCHEVITCH donnent les résultats de leurs observations personnelles sur l'épreuve de Meltzer-Lyon qu'ils considèrent comme une des acquisitions modernes les plus importantes de la séméiologie digestive. Dans cette première note, après avoir rappelé la part qui revient au physiologiste français Doyon dans la genèse de la question, ils étudient la technique de l'épreuve chez le sujet normal, telle qu'elle a été codifiée par Vincent Lyon sur les suggestions de deux physiologistes américains, Meltzer et Auer. Les auteurs envisagent les différentes conditions dans lesquelles se fait, chez le sujet normal, la récolte des échantillons A, B et B, et la signification qu'on est en droit d'attribuer à chacun d'eux. Ils indiquent même les modifications utiles à apporter à la technique employée par Vincent Lyon. Enfin, ils exposent les résultats des dosages des pigments et sels biliaires ainsi que de la cholestérine effectuée comparativement sur les biles A, B et C dans une centaine de cas.

Note sur l'emploi des huiles iodées de faible concentration en radiologie broncho-pulmonaire. — MM. BEZANÇON et AZOULAY montrent qu'il est inutile d'employer du lipiodol pur pour l'exploration radiologique des bronches et du poumon par la méthode de Sicard, Forestier et Leroux.

A la suite de plusieurs expériences, tant sur des tubes de concentration croissante en huile iodée que sur l'homme, ces auteurs démontrent que l'huile iodée à 10 p. 100 préparée extemporanément en mélangeant par simple agitation 1 partie de lipiodol pur avec 3 parties d'huile d'œillette ordinaire est suffisante pour la radiographie, en même temps qu'elle est moins nocive pour l'organisme.

Purpura aigu à staphylocoque. — MM. Mathieu-Pierre WEILL et Robert AZOULAY rapportent une observation de purpura suraigu dont l'origine staphylococcique peut être établie par les hémocultures et la constatation du germe dans les lésions cutanées et les urines ainsi qu'à l'autopsie au niveau d'abcès miliaires du rein et des végétations cardiaques.

La porte d'entrée siégeait au niveau d'un abcès prostatique consécutif à des cathétérismes répétés.

Une hémiplégie secondaire à une endocardite végétante absolument latente donnait par son association au purpura et au coma un syndrome clinique très particulier qui rappelait par certains points une méningococcie.

Sclérose de l'artère pulmonaire. Rôle de la syphilis. — M. F. C. ARRILAGA (de Buenos-Aires), qui a déjà étudié dans plusieurs publications le curieux type clinique des cardiaques noirs et a montré les relations avec la sclérose de l'artère pulmonaire et de ses branches, rapporte sept observations nouvelles, dont six avec autopsie. Le rôle de la syphilis lui paraît démontré dans tous ces cas par les antécédents, les réactions sérologiques, surtout par l'aspect des lésions artérielles, et mieux encore par la présence du tréponème dans deux cas. Les processus broncho-pulmonaires chroniques antérieurs, fréquents mais non constants, ne paraissent jouer qu'un rôle secondaire : ils agissent tout au plus comme point d'appel pour la localisation du tréponème et même, dans certains cas, paraissent eux-mêmes de nature nettement syphilitique (bronchectasies). L'auteur rappelle les traits essentiels du tableau clinique (cyanose avec polyglobulie, hypertrophie ventriculaire droite démontrée par l'orthodiagramme, prépondérance droite de l'électrocardiogramme, phase terminale d'insuffisance du cœur droit) qui lui a permis de faire dans tous les cas le diagnostic pendant la vie. L'évolution est toujours fatale et le traitement spécifique n'a guère d'action sur des lésions déjà profondes et étendues lorsque se manifeste le tableau clinique.

Quelques réflexes respiratoires au cours de la lithiase biliaire. — MM. RAMOND et Gaston PARTURIER ont étudié cliniquement et surtout à l'aide des rayons X les réflexes respiratoires au cours des affections vésiculaires.

Dans un assez grand nombre de cas (plus de 10 p. 100) le diaphragme présente un aspect particulier nivelé, ses deux parties droite et gauche ramenées sur le même plan comme si le dôme hépatique normalement plus élevé s'abaissait par une contracture réflexe locale.

Si pendant l'examen on exerce une pression sur la région vésiculaire, quatre éventualités peuvent se produire :

1° Pas de modification ; l'état primitif.

2° Extension de la contracture aux muscles intercostaux. Il se réalise alors une sorte de tétanisation de la base thoracique droite, les efforts inspiratoires portent surtout sur les deux tiers supérieurs du poumon.

3° Crise de toux pénible que le malade cherche à contenir et ne comportant que de petites excursions diaphragmatiques.

4° Crise de toux moins douloureuse avec de grandes secousses du diaphragme.

Si l'on ausculte la base droite on constate le signe décrit par M. Ramond ; diminution ou abolition du murmure vésiculaire.

Les zones tussigènes supra-glottiques. — MM. AMEUILLE et TARNEAUD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1924)

Des paralysies tardives consécutives aux fractures du coude. — M. MOUCHET, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Grégoire, apporte trois cas semblables à celui de son collègue. Les paralysies plus ou moins tardives du cubital, vingt et même quarante ans à la suite des fractures du condyle externe, ne sont pas aussi rares qu'on l'a cru. Au point de vue pathogénique, M. Mouchet insiste sur le rapport de cause à effet entre la paralysie du cubital et le traumatisme ancien; le nerf se trouve dans une gouttière osseuse qui se resserre de plus en plus; de là l'origine de la paralysie tardive.

Comme traitement, M. Mouchet a obtenu de bons résultats de l'ostéotomie cunéiforme. Il reconnaît toutefois que la transposition du nerf en avant, pratiquée par M. Grégoire, est aussi un bon procédé.

Pancréatite hémorragique. — M. BRIN (d'Angers) communique l'observation d'une femme de soixante et un ans qui fut amenée dans son service présentant tous les symptômes d'une occlusion intestinale. Pouls à 130, température à 37°8. La malade n'a rendu ni gaz, ni matières. Le ventre est ballonné, d'une sensibilité diffuse. Elle présente une petite hernie crurale irréductible. Pensant que ce pouvait être là la cause de l'occlusion, M. Brin commença par opérer cette hernie. Elle n'était constituée que par un lipome préherniaire.

M. Brin fit alors une laparotomie pour chercher ailleurs la cause de l'occlusion. Il ne trouva rien ni du côté de l'appendice, ni du côté de l'épiploon, ni des anses intestinales. Il se porta alors du côté du pancréas. Le pancréas était saillant, rougeâtre. Il y avait aussi de la périhépatite. L'intestin est dilaté. L'épiploon et le mésentère présentent des taches de stéatonécrose. M. Brin épongea soigneusement le péritoine et plaça un drain contre le pancréas. Il pratiqua enfin un anus cæcal immédiat dans lequel il plaça également un drain. Les suites de l'opération furent bonnes. Le drain pancréatique put être enlevé le cinquième jour et le drain cæcal le dixième jour. Le drain pancréatique n'avait rien donné. La malade, contre toute attente, guérit. Elle était dans un état extrêmement grave quand elle fut opérée. Il est difficile d'expliquer comment une opération aussi simple a pu amener la guérison.

Ectromélie. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par MM. J. Vidal et Paschetta (de Nice). Il s'agit d'un cas d'ectromélie bilatérale chez une enfant paraissant atteinte seulement d'un double pied bot. Mais des radiographies successives montrèrent que la jambe était atrophiée en totalité, le tibia est court et grêle à sa partie inférieure. Sur sa partie externe existe un petit os qu'on peut considérer comme un péroné. Au tarse on ne trouve que le scaphoïde et l'astragale. Il n'y a que deux métatarsiens. Il s'agit donc d'une ectromélie bilatérale. Ces faits sont assez rares.

Ostéomyélite de la hanche traitée par la vaccinothérapie. — M. OKINCZYC rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui était atteint d'une arthrite grave de la hanche, avec une température de 38 degrés et un pouls de 120 et 130. Il y avait un œdème considérable et une impossibilité absolue du moindre mouvement. La radiographie montrait une altération du bord supérieur du col fémoral. Il s'agissait donc d'une ostéoarthrite. M. Okinczyc eut recours immédiatement à une série de vaccinations antifuronculeuses. La température tombe à 37 degrés, le pouls à 76, les douleurs disparurent. La guérison s'est maintenue, ainsi que le prouve une radiographie prise seize mois après qui montre également des séquelles d'ostéomyélite.

M. BRÉCHOT craint que la vaccination ne fasse perdre un temps précieux pour l'opération.

M. MOUCHET a eu recours à la vaccinothérapie. Dans cinq cas aigus, il a eu 3 morts. Il a donc eu plus de revers que de succès et il y a renoncé.

M. MATHIEU a cru guérir un malade atteint d'ostéomyélite de la hanche par la vaccinothérapie, mais deux ans après s'est formé un nouvel abcès pour lequel il a fallu intervenir chirurgicalement. D'autre part, M. Mathieu cite plusieurs cas de guérisons de malades qui n'ont été ni vaccinés, ni opérés. Il y a des ostéomyélites aiguës qui guérissent spontanément.

M. GRÉGOIRE rappelle qu'autrefois il fallait opérer dans les cas d'ostéomyélite. Aujourd'hui on présente des cas de guérisons par le vaccin et des cas de guérisons spontanées. Il croit que c'est un tort d'attendre pour opérer.

M. Louis BAZY ne croit pas que les injections de cultures microbiennes agissent comme des vaccins. Elles produisent une sorte d'intolérance qui peut agir en bien ou en mal.

M. OMBRÉDANNE a recours toujours au vaccin qu'il s'agisse d'abstention ou d'intervention selon la gravité des cas. Il ne croit pas que le vaccin ait une aussi grande influence qu'on l'a cru.

Bronchectasie traitée par l'extirpation d'un lobe pulmonaire. — M. GUIBAL (de Béziers) fait une très intéressante communication sur le traitement des dilatations bronchiques chroniques traitées et guéries par l'extraction d'un lobe pulmonaire. C'est, paraît-il, le premier succès obtenu en France.

M. Guibal, pour cette intervention, a eu recours à la rachianesthésie qui lui a donné de très bons résultats.

MM. DUVAL et TUFFIER font ressortir tout l'intérêt de cette communication et félicitent M. Guibal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1924)

Action de l'insuline sur le parasympathique. — Au cours de leurs recherches sur l'insuline, MM. L. GARRELON et D. SANTENOISE ont observé la puissante action de cet agent sur le système parasympathique. L'injection intraveineuse d'insuline est suivie :

a. D'une augmentation énorme du réflexe oculo-cardiaque, souvent telle qu'on observe des arrêts cardiaques de quinze à vingt secondes ;

b. De l'apparition du réflexe oculo-respiratoire ;

c. D'un ralentissement du rythme cardiaque ;

d. D'une diminution du rythme respiratoire ;

e. De l'apparition ou de l'augmentation de l'arythmie cardiaque respiratoire ;

f. De l'augmentation de l'amplitude cardiaque ;

g. D'une chute de pression progressive ;

h. De la sensibilité au choc peptonique.

Ces modifications sont bien dues à l'action de l'insuline sur le système neuro-végétatif et n'est pas liée à la chute de la glycémie, car l'hypertonie du vague apparaît souvent très rapidement et n'est pas modifiée par des injections de glucose.

Cette action dure de trois à quatre heures.

On n'observe nettement cette action de l'insuline qu'avec les échantillons bien désalbuminés, des traces d'albumines produisant un choc qui inverse le tonus et voile pendant une heure et demie à deux heures l'action propre de l'insuline.

L'insuline apparaît donc comme un des excitants physiologiques du système parasympathique.

M. HALLION. Les effets obtenus dépendent-ils de l'insuline ou de protéines associées? On sait, en effet, que personne n'a encore réussi à préparer une insuline pure, débarrassée de toute albumine étrangère.

Sur l'action hémostatique du citrate de soude. — MM. Maurice RENAUD et JUGE confirment par des observations cliniques d'une indiscutable valeur la propriété, signalée par des chirurgiens américains, qu'a le citrate de soude d'arrêter les hémorragies ou d'en atténuer l'importance.

Ils préconisent l'injection intraveineuse de 10 à 25 centimètres cubes d'une solution à 30 p. 100 dont le résultat, dans la grande majorité des cas, a été de faire cesser presque immédiatement des hémorragies abondantes et durables et rebelles à toute autre thérapeutique.

Ils attirent l'attention des physiologistes sur le mécanisme de cette action, faisant remarquer : 1° que le citrate ne semble pas modifier les propriétés du plasma, le temps de saignement et la coagulabilité restant les mêmes après et avant l'injec-

tion; 2° que le rôle du sympathique et des vaso-moteurs n'est sans doute pas négligeable, car l'arrêt de l'hémorragie coïncide avec un syndrome de choc plus ou moins prononcé; 3° que le citrate exerce une action probablement locale sur le tissu qui saigne en favorisant la mise en liberté des substances qui provoquent la formation de la thrombine.

Ils pensent que de telles observations cliniques peuvent aider à l'étude pleine encore d'inconnu des phénomènes qui président à la coagulation dans les tissus normaux et pathologiques.

Pouvoir diurétique expérimental du jus de raisin blanc en injection intraveineuse. — MM. GODLEWSKI et Ch. RICHET fils l'ont étudié et ont vu qu'il était constant même après injection de doses faibles. Ce pouvoir diurétique n'appartient pas au raisin noir. Il disparaît par l'ébullition ou la dialyse. En même temps que cette diurèse on observe des modifications dans la circulation rénale.

Le pouvoir antiscorbutique du lait condensé sucré de préparation ancienne. — MM. LESNÉ et VAGLIANO. Le lait condensé sucré préparé au-dessous de 80 degrés est aussi antiscorbutique pour le cobaye que le lait simplement bouilli; la vitamine C qu'il renferme préserve du scorbut le cobaye soumis au régime scorbutigène. Les cas de scorbut chez les enfants nourris avec ce lait sont aussi bien très exceptionnels. Après quinze mois de préparation, ce lait présente les mêmes propriétés; il les doit à ce qu'il est conservé dans le vide à l'abri de l'oxygène, agent destructeur de la vitamine C et aussi à ce que le sucre, agent réducteur qu'il renferme, préserve la vitamine de la destruction.

L'emploi du lait condensé sucré est donc à recommander pour l'allaitement artificiel.

Sur le mal de mer. — A propos d'un récent travail de M. Laignel-Lavastine, M. Raphaël DUBOIS rappelle la théorie qu'il a donnée du mécanisme du mal de mer et du mal des montagnes et leur traitement par l'oxygène dont l'efficacité a été reconnue par de nombreux essais. Il exprime le regret qu'aucun effort pratique n'ait été fait pour combattre un mal qui porte le plus grand préjudice au commerce et à l'expansion coloniale.

Présence de centres germinatifs dans le thymus. — M. JOLY et Mme DE TANNENBERG.

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1924)

Sur la structure des voiles jeunes des cultures des bacilles tuberculeux. — MM. Fernand BEZANÇON, André PHILIBERT, Paul HAUDUROY rappellent que déjà, en 1914, ils avaient montré que les voiles des cultures de bacilles tuberculeux développés à la surface du bouillon glycériné, inclus dans la paraffine, débités en coupes minces à la manière d'une pièce histologique et colorés par la méthode de Fontès ne sont constitués que pour une faible part de bacilles acidorésistants. La plus grande partie du voile — surtout les parties jeunes — sont presque exclusivement faites de travées anastomosées délimitant des alvéoles de dimensions variables. Ces travées ne sont jamais acidorésistantes, mais se colorent facilement par le bleu. Vaudremer, d'autre part, a montré que dans le filtrat des cultures de bacilles de Koch ensemencés sur pomme de terre, il se développe des filaments d'aspect mycélien non acidorésistants, fait que les auteurs ont pu contrôler.

Les auteurs ont repris l'étude des voiles jeunes par une autre technique en s'adressant au voile mince secondaire qui apparaît à la surface du bouillon glycériné lorsque le voile primitif trop lourd est tombé au fond. Ils ont vu qu'autour des petits fragments de l'ancien voile formés, pour la plus grande part, de bacilles acidorésistants se développent des travées rayonnantes aboutissant à un cercle de fibrilles anastomosées non acidorésistantes colorées par le bleu.

Zona et varicelle. Zona et herpès. — MM. Arnold NETTER et Achille URBAIN. Nos recherches actuelles portent sur 13 cas de zona dont l'un a été examiné à quatre reprises et un autre trois fois. Dans ces 18 examens nous avons constaté sans exception la déviation du complément en nous servant comme antigène aussi bien de vésicules de croûtes de zona que de croûtes de varicelles. L'antigène zona a été prélevé sur deux malades chez l'un desquels l'éruption avait paru dix jours après une névralgie très rebelle accompagnée de paralysie du deltoïde et du bras.

La constance des résultats obtenus prouve que le plus grand nombre, sinon la totalité des zonas dits essentiels, sont causés par le virus dit varicelle ou tout au moins par un virus très voisin de ce dernier.

Nous avons obtenu des résultats constamment négatifs chez les témoins : sujets sains, ou atteints de maladies diverses. Parmi ces derniers nous signalerons l'herpès dont nous avons examiné six cas (cinq herpès labiaux survenus dans des conditions diverses, un zona génital récidivant). En dépit des analogies très grandes entre le zona et l'herpès, analogies qui avaient amené divers auteurs à n'attribuer les différences entre les deux éruptions qu'à une localisation différente de la cause, la pathologie expérimentale avait déjà établi que les vésicules de zona ne renferment point le virus qui prélève dans l'herpès et inocule à la cornée provoque une kératite suivie souvent d'encéphalite. L'épreuve de la déviation du complément fournit un nouvel élément de différenciation.

Traitement de l'infection puerpérale par un filtrat de culture en bouillon de streptocoque. — MM. LÉVY-SOLAL, SIMARD et LELOUP, appelés à traiter au troisième jour un cas d'infection puerpuérale grave à streptocoque hémolytique, sans rétention placentaire, ont obtenu une guérison rapide par application dans la cavité utérine d'un tamponnement serré saturé d'un filtrat de culture de streptocoque en bouillon.

Ce traitement, réalisé pour la première fois dans des conditions où les méthodes classiques (curettage, hystérectomie) donnent habituellement des résultats si décevants, s'est montré remarquablement efficace.

D'autres observations en cours, confirmant et étendant la valeur de la méthode employée localement et en injection intraveineuse dans des cas de péritonite et d'infection généralisée autorisent de nouveaux espoirs pour le traitement des états septicémiques à streptocoques.

Traitement de la rhinite atrophique ozéneuse par l'anatoxine diphtérique. — Sur plus d'une centaine de cas d'ozène, MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et MALHERBE ont trouvé constamment et en grande quantité un bacille diphtérique, signalé autrefois par Belfanti et della Vodova. Ce germe, par ses réactions biochimiques, présente la plus grande analogie avec le bacille de Löffler; il n'en diffère que par sa nontoxicité. Ils lui attribuent, dans la formation des croûtes, un rôle prépondérant confirmé par l'amélioration incontestable obtenue par l'emploi d'un vaccin vivant que les auteurs avaient utilisé précédemment.

L'action plus rapide et plus efficace de l'anatoxine diphtérique de Ramon en injections sous-cutanées démontre, par sa spécificité, l'importance du bacille de Belfanti dans l'ozène et son étroite parenté avec le bacille de Löffler.

Vaccination cutanée, transcutanée et sous-cutanée contre l'infection pyocyanique du cobaye. Résultats comparatifs. — MM. F. ARLOING et A. DUFOURT ont constaté chez le cobaye que la vaccination par voie sous-cutanée contre la maladie pyocyanique expérimentale s'est montrée supérieure comme action préventive aux tentatives de vaccination par voie transcutanée ou cutanée. La vaccination transcutanée (friction sur peau épilée et scarifiée superficiellement) s'est elle-même révélée plus active que la vaccination cutanée simple (friction sur peau épilée non sacrifiée).

Localisations histologiques spéciales du polonium à l'intérieur des organes. — M. LACASSAGNE et Mme J. LATTÈS. Le polonium, injecté à un animal se fixe à l'intérieur de certains organes et spécialement sur certaines cellules. Sa détection, au moyen de la méthode auto-historadiographique permet de mettre facilement en évidence les éléments qui ont retenu le corps radioactif. Ce sont les tubuli contorti et les segments de Schweigger-Seidel dans le rein, le revêtement des villosités placentaires, les espaces porto-biliaires du foie, l'épithélium pulmonaire, la zone réticulée de la surrénale, les cellules lutéiniques des follicules atrésiques de l'ovaire et

surtout les cellules de l'appareil phagocytaire réticulo-endothélial des divers organes hémopoiétiques.

M. Ch. Richet insiste sur l'importance de ces données si pleines d'avenir.

Election. — A la dernière séance, M. Busquet a été nommé membre titulaire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

TROIS LOIS DU 7 FÉVRIER 1924 RELATIVES AUX TÉMOINS DANS LES ACTES DE NAISSANCE ET DE DÉCÈS, AU MARIAGE DES ENFANTS DE PARENTS DISPARUS ET AU DÉLIT D'ABANDON DE FAMILLE.

Le *Journal officiel* du 10 février 1924 a publié trois lois en date du 7 du même mois et relatives : la première à la présence des témoins dans les actes de naissance ou de décès; la seconde au mariage des enfants dont les parents sont disparus; elle contient, en outre, certaines dispositions destinées à simplifier les formalités du mariage. La troisième loi réprime le délit d'abandon de famille.

1. La première loi contient deux parties, l'une pour les actes de naissance, l'autre pour les actes de décès.

Actes de naissance. — La loi nouvelle modifie les articles du Code où la présence de deux témoins était prévue et exigée. Désormais, l'acte de naissance sera dressé sur l'intervention du seul « déclarant ». Les articles 56 et 57 du Code civil qui exigeait la présence et la désignation des deux témoins sont donc modifiés par la loi du 7 février; ceux-ci disparaissent.

En cas de naissance pendant un voyage maritime, il en est dressé acte, dans les trois jours de l'accouchement, sur la déclaration du père, s'il est à bord.

Actes de décès. — De même pour les actes de décès, il n'y a plus besoin de témoins. L'article 78 du Code civil décidait que l'acte de décès devait être dressé par l'officier de l'état civil sur la déclaration de deux témoins; la loi du 7 février a modifié ce texte en décidant que désormais l'acte de décès serait dressé par l'officier de l'état civil de la commune où le décès avait lieu, sur la déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant sur son état civil les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible.

En cas de décès pendant un voyage maritime et dans les circonstances prévues à l'article 59 du Code civil, il en est, dans les vingt-quatre heures, dressé acte par les officiers instrumentaires désignés en cet article et dans les formes qui y sont prescrites.

La loi a, en outre, simplifié la rédaction des actes de naissance et de décès. Ceci concerne surtout les officiers de l'état civil; ce qu'il faut retenir, c'est que pour les actes de naissance et pour les actes de décès, on n'a plus besoin de se faire accompagner par des témoins.

2. La deuxième loi apporte des simplifications dans les formalités du mariage. Elle modifie les articles 71, 149, 150, 155, 158, 160 du Code civil : elle a pour objet principal de faciliter la preuve de la disparition ou du décès des ascendants dont le consentement au mariage est légalement requis.

En cas de disparition de l'ascendant ou si la preuve légale de son décès n'est pas rapportée, *l'affirmation sous serment* de sa disparition ou de son décès, faite suivant les cas par le conjoint du disparu, par ses ascendants ou par l'enfant lui-même qui veut contracter mariage, tiendra désormais lieu de preuve suffisante de la disparition ou du décès.

Il résulte des termes formels employés par le législateur que le serment pourra être substitué à la production de l'acte de décès de l'ascendant à la volonté des intéressés, et même s'il n'est pas pratiquement impossible de se procurer cet acte de décès. Il y a donc là une option laissée au choix des intéressés; mais il faut qu'ils se souviennent que la prestation d'un faux serment est sanctionnée par les peines prévues par l'article 363 du Code pénal.

L'attestation à donner par serment ne porte que sur le seul fait du décès ou de la disparition, sans que les circonstances, le lieu ou la date de ce décès ou de cette disparition doivent être nécessairement rapportés. (*Circulaire du garde des Sceaux* du 13 fév. 1924, *Gaz. du pal.*, 15 fév. 1924.)

La loi a apporté, enfin, une modification à l'article 71 du Code civil; aux termes de l'article 70, l'officier de l'état civil doit se faire remettre l'acte de naissance de chacun des futurs époux. Celui des époux qui serait dans l'impossibilité de se le procurer peut le suppléer, en rapportant un acte de notoriété délivré par le juge de paix du lieu de sa naissance ou par celui de son domicile. L'article 71 exigeait pour l'établissement de cet acte de notoriété la déclaration de sept témoins. Désormais, la déclaration de trois témoins suffira.

3. La troisième loi déclare tenue pour coupable d'abandon de famille, et punie d'un emprisonnement de trois mois à un an ou d'une amende de 100 à 2.000 francs, toute personne qui, ayant été condamnée, soit en vertu de la loi du 13 juillet 1907, soit en vertu d'une ordonnance du président du tribunal ou d'un jugement, à fournir une pension alimentaire à son conjoint, à ses enfants mineurs ou à ses ascendants, sera volontairement demeurée plus de trois mois sans acquitter les termes de ladite pension. S'il y a récidive, la peine de l'emprisonnement est toujours prononcée.

L'article 463 du Code pénal sur les circonstances atténuantes est applicable.

Les pères et mères condamnés pour abandon de famille peuvent être privés de la puissance paternelle et de leurs droits civiques.

Le texte de l'article 1er est très large : il s'applique notamment en cas de divorce. Le législateur a été ému par le fait que la pension alimentaire n'était souvent pas payée par pure mauvaise volonté, le débiteur de la pension laissant ainsi son conjoint, ses enfants, ou bien même ses ascendants, dans le besoin ou la misère. Il a pensé qu'une sanction pénale sévère viendrait à bout de cette mauvaise volonté.

L'article 2 de la loi décide que, lorsqu'une personne débitrice d'aliments, dans les conditions prévues à l'article 1er, au profit des personnes qu'il désigne, est demeurée plus de trois mois sans acquitter les termes de la pension, elle doit être préalablement appelée devant le juge de paix aux fins de constat, et ce au moyen d'une lettre recommandée du greffier avec accusé de réception. Le magistrat recueille les explications des parties et dresse du tout un procès-verbal qu'il transmet au procureur de la République.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

CONSEIL NATIONAL BRITANNIQUE POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES (1)

Congrès impérial d'hygiène sociale (Londres, 12-16 mai 1924).

Au cours de l'été prochain, un grand nombre de fonctionnaires civils et de membres des organisations sociales d'outre-mer viendront visiter l'Angleterre. Aussi, à cette occasion, le Conseil national pour la lutte contre les maladies vénériennes a-t-il décidé d'organiser un Congrès impérial d'hygiène sociale qui se tiendra à l'exposition de l'Empire britannique du 12 au 16 mai.

Le Congrès sera ouvert par le ministre de la Santé; un rapport général sera présenté par le principal fonctionnaire médical du ministère de la Santé et par un membre du Conseil écossais de la Santé.

Les Dominions d'outre-mer et les Colonies de la Couronne ont été invités à envoyer des représentants, et à apporter les résultats des diverses méthodes adoptées pour résoudre le difficile problème de la santé publique. L'*hygiène sociale*, aux points de vue national et international, sera principalement étudiée. Mme Rachael Crowdy, le brillant secrétaire de la section des questions sociales de la Société des nations, ouvrira la discussion sur la situation internationale de l'hygiène sociale, après elle, on entendra Sir Arthur Newsholme, et d'autres congressistes.

Le mardi 13 mai, sera consacré à la question de l'*éducation*

(1) 102 Dean Street, Oxford Street [London] W 1.

et, sous la présidence du vicomte Astor, le professeur J.-P. Thomson et Sir Frederick Mott établiront les raisons biologiques et sociologiques qui militent en faveur du maintien du système monogame de *mariage* et de la stabilité de la famille.

Dans l'après-midi du même jour, le sous-secrétaire de la Santé pour l'Ecosse, Mr James Stewart, depuis longtemps membre du Conseil national, et depuis l'an dernier, un des représentants du Comité écossais dans le Comité exécutif, présidera la conférence que doit faire sur le rôle de l'autorité locale dans la *lutte contre les maladies vénériennes*, Mr W. E. Whyte, secrétaire du Comité écossais.

Le mercredi 14 mai, le docteur Kay Menzies (auquel on doit l'organisation des services de maladies vénériennes, à Londres), présidera une conférence d'un intérêt particulier pour les médecins des cliniques de maladies vénériennes. Cette conférence sera précédée, dans la matinée, par la projection de films de propagande.

Le colonel Harrison, directeur de la clinique de l'hôpital Saint-Thomas, ouvrira la discussion en se plaçant au point de vue du médecin de clinique. Le docteur Butterworth, médecin de Comté pour le Service de santé en Lancashire, parlera du côté administratif de la question; la doctoresse Margaret Rorke pourra faire connaître les résultats de cliniques de femmes, et on espère qu'à ces conférenciers britanniques s'ajouteront des représentants des possessions d'outre-mer.

La projection de divers types de films de propagande, ainsi que l'exposition de matériel, seront particulièrement intéressants. Un rapport sera fait sur leur emploi dans la métropole et aux colonies, et il est à souhaiter que, là où les films de propagande peuvent être utilisés pour ouvrir les yeux aux populations indigènes, les gouvernements coloniaux intéressés feront le nécessaire pour employer ce mode de propagande. Malheureusement, dans un grand nombre de cas, le film n'a pas d'attrait pour l'indigène et ne contribue que fort peu à son éducation.

La situation du médecin non spécialiste vis-à-vis des organisations de lutte contre les maladies vénériennes sera étudiée ensuite. Mr E. B. Turner, président du Comité médical du Conseil national, présidera cette section. On espère avoir une conférence par un praticien non spécialiste du Canada pour connaître le fonctionnement du système de la déclaration conditionnelle au point de vue du médecin non spécialiste. On étudiera également les rapports entre le traitement des maladies vénériennes et les devoirs du praticien spécialiste conformément au système d'assurance.

Mr Amery, ancien secrétaire parlementaire du ministère des Colonies, présidera la section spécialement chargée d'étudier les questions s'appliquant à tout l'Empire britannique. Les noms des orateurs de cette section ne sont pas encore connus, mais les gouvernements et les départements médicaux des Dominions et des Colonies de la Couronne ont tous été invités à désigner des représentants, et on espère que ces parties de l'Empire où se poursuit l'active réalisation du programme voudront faire bénéficier les médecins de la métropole du résultat de leurs expériences.

Dans la matinée, on étudiera *le mouvement d'hygiène sociale d'outre-mer* et dans l'après midi, *les méthodes d'éducation des populations illettrées*.

En raison de l'incertitude de la situation politique, il n'a pas été possible de déterminer si ce prochain Congrès doit être considéré comme faisant partie du programme officiel de travail du Conseil pour l'année courante. Pour que le Congrès puisse avoir lieu, il a donc été nécessaire au Conseil d'entreprendre les préparatifs en qualité d'organisation privée; mais les sujets à étudier sont d'une telle importance que nous ne doutons pas du succès du Congrès. R. L. S.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Le XXXVIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris les 12 mai et jours suivants.

En plus du rapport d'usage qui sera fait par le docteur Camille Fromaget (de Bordeaux) sur les troubles oculaires d'origine dentaire, la Société entendra, cette année, une conférence de M. G.-E. de Schweinitz (de Philadelphie). Le soir, un banquet suivi d'une séance artistique sera présidé par M. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique.

Pour les communications et tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie, docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

VIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE (LYON 1926.)

Le Comité d'organisation des Congrès nationaux de la tuberculose a mis à l'ordre du jour du VIe Congrès national de la tuberculose qui aura lieu à Lyon en 1926, sous la présidence de M. Mouisset, président du Comité du Rhône, les questions suivantes :

I. *Questions biologiques.* — 1° « Base expérimentale des réactions allergiques de l'infection tuberculeuse. » Rapporteur : professeur Paul Courmont (de Lyon). — 2° « Les facteurs de terrain autres que l'allergie de l'infection tuberculeuse. » Rapporteur : professeur E. Sergent (de Paris).

II. *Questions cliniques.* — 1° « La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. » Rapporteurs : professeur Léon Bérard (de Lyon) et M. Dumarest (d'Hauteville). — 2° « Tuberculose fermée et tuberculose ouverte. » Conformément à la décision prise par le Congrès de Strasbourg, cette question fera l'objet d'une nouvelle discussion. Il ne sera pas nommé de rapporteur, mais la section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose nommera une Commission chargée de fixer un plan de discussion.

III. *Questions sociales.* — 1° « Préventorium et placement familial. » Rapporteur : professeur Léon Bernard (de Paris); — 2° « Collaboration du corps médical avec le dispensaire. » Rapporteur : M. J. Parisot (de Nancy).

REVUE DES THÈSES

Déboisement et paludisme. Etude d'hygiène sociale (1), par le docteur Roger WEBER.

Parmi les innombrables méfaits du déboisement, il faut surtout mettre en évidence le paludisme.

Il ne suffit pas de constater que les arbres suppriment les marécages et par suite le paludisme comme dans les Landes et en Sologne, il faut savoir encore par quel mécanisme. Les arbres et, en particulier, les eucalyptus sont les agents les plus actifs d'absorption et d'évaporation de l'eau. Dans les pays chauds, le travail intensif de la terre suffit à faire disparaître le paludisme; la plaine de la Mitidja, en Algérie, la Camargue et les plaines basses du Languedoc en France ont été transformées depuis quatre-vingts ans par la culture et la plantation de la vigne.

La Corse est notre seul département où le paludisme s'aggrave actuellement sous la double influence d'un déboisement intensif et d'une misère croissante.

M. le docteur Roger Weber a fait l'œuvre la plus utile en rappelant ces exemples, dans son intéressante thèse. C'est avec raison qu'il demande à l'Etat et aux Associations privées, comme celle de Bordeaux pour les aménagements de montagne d'activer le reboisement de la France. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 11 mars. — Jury : MM. Chauffard, président; Jeanselme, Teissier et Lejars. — M. BONNEMAISON (Robert). Modifications des éléments cellulaires du sang chez les animaux. — M. TRAILL (Alfred) Le lichen de Wilson des organes génitaux de l'homme. — M. COCHEZ (Paul) Le cœur dans la scarlatine. — M. TANCELIN (Emile). Les écoulements du sang par le mamelon avec et sans modifications anatomopathologiques de la glande.

(1) *Th. de Paris*, 1922.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Grivot, Bourgeois, Lemaitre, Lardennois, Klippel, qui acceptent; Baldenweck, Hautant, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — 1° Prix Gingeot (1.500 fr.). — Sujet : « Les ictères épidémiques. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1925; le prix sera attribué à la fin de décembre 1925.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 fr.). — Sujet : « Le service social à l'hôpital, résumer les œuvres qui le constitueront en 1925 et proposer les améliorations désirables. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1926; le prix sera attribué à la fin de décembre 1926.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Des concours seront ouverts à l'Ecole de médecine :

Le lundi 2 juin 1924, pour un emploi d'aide de physiologie (durée des fonctions, deux ans; traitement annuel, 2.000 fr.);

Le lundi 16 juin 1924, pour une place de chef de clinique de dermatologie (durée des fonctions, deux ans; traitement annuel, 2.400 fr.);

Le lundi 30 juin et le lundi 7 juillet 1924, pour deux places de chefs de clinique médicale (une pour chaque concours; durée des fonctions, deux ans; traitement annuel, 2.400 fr.).

— M. Arnoux, licencié ès sciences, est chargé jusqu'au 31 octobre 1924, des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, en remplacement de M. Jauffret, démissionnaire.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. le docteur G. Baudoin est nommé chef de travaux au laboratoire d'hydrologie médicale de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — L'indemnité attribuée au médecin chef de l'Institution nationale des sourds-muets à Paris est portée de 3.000 francs à 5.000 francs par an.

— Le ministre vient d'adresser aux préfets une circulaire relative à l'organisation de l'inspection médicale dans les établissements d'enseignement. Cette circulaire est contresignée par le ministre de l'Instruction publique. (*J. O.*, 4 mars 1924.)

MINISTÈRE DES COLONIES. — Un décret, en date du 19 février, réglemente par mesure d'hygiène la pêche des huîtres en Nouvelle-Calédonie. (*J. O.*, 4 mars 1924.)

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS vient de tenir, à la Faculté de médecine, sa première assemblée générale annuelle. Plusieurs questions d'ordre journalistique et professionnel ont été discutées.

En outre, a été commencée l'étude des moyens qui permettraient d'obtenir des avantages d'achats en faveur des sociétaires et celle de la création d'une caisse mutuelle.

Cette assemblée générale a renouvelé statuairement une partie de son bureau, qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1924. Président : M. Cruchet; vice-présidents : MM. Darras et Monteux; secrétaire général : M. Albert Garrigues; secrétaire général adjoint : M. Dieupart; trésorier : M. Viel; membres du Conseil d'administration : MM. Bouquet, Camescasse, Granjux, Ozenne, Tussau et Vitoux; membres du Conseil de famille : MM. Colin, Cornet et Laumonier.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Amphithéâtres Trousseau et Bichat et laboratoire Dieulafoy. Professeur : M. A. Gilbert; professeur agrégé : M. Maurice Villaret.) — Cours de revision (Pâques 1924). — *Les notions récentes de clinique pratique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoire courantes.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 7 avril 1924, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, Saint-Girons, Brin et A.-C. Guillaume, anciens chefs de clinique; Maréchal, chef

de clinique; Paul Blum et Tzank, chefs de clinique adjoints; A. Coury, assistant; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont, Deval et Mlle Tissier, chefs et anciens chefs de laboratoire; MM. Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale; Durey et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques; Isch-Wall, interne du service, et Comandon.

Il comprendra trente-cinq leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant pour la plupart terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 3 à 5 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1923-1924 ont lieu, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* l'un sur les maladies du foie et le diabète (grandes vacances : du 30 juin au 12 juillet 1924); *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : du 8 au 20 septembre 1924).

2° Un cours de revision sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

COURS LIBRE DE MALADIES NERVEUSES INFANTILES. — M. Babonneix, médecin des hôpitaux, a commencé, le vendredi 7 mars, une série de leçons sur les maladies nerveuses des enfants, et les continuera les mercredi et vendredi, à 4 heures de l'après-midi. Ce cours, qui aura lieu à la clinique de l'hôpital des Enfans-Malades, comportera des présentations de malades et des projections.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Un *cours complémentaire de dermatologie et de vénéréologie* sera organisé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 22 septembre au 8 novembre 1924 sous la direction de M. le professeur Pautrier avec la collaboration des professeurs Barré, Léon Blum, Duverger, Merklen; de MM. Paul Blum. Boëz, Canuyt, Gunsett, Hugel, Simon et Vaucher, chargés de cours; de MM. André Bœckel. R. Lévy, Rietman, Rœderer et de Mlle Olga Eliascheff.

Les élèves seront exercés individuellement; un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Droit d'inscription : 150 francs. S'inscrire auprès du professeur Pautrier.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3. Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Sencert, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg; Alfred Sokolowski, professeur honoraire à l'Université de Varsovie; Zoeller (de Philippeville) et de M. Jean Ameloot, interne des hôpitaux d'Alger.

CHRONIQUE

LE QUATRIÈME SALON DES MÉDECINS

9-16 MARS 1924 (1)

Dimanche dernier, 9 mars, M. Strauss, ministre de l'hygiène publique, a inauguré au Cercle de la librairie le quatrième salon des médecins.

Reçu par le comité d'honneur du salon qui comprend MM. les professeurs Hayem, Gilbert, Marcel Labbé, Fernand Bezançon, J.-L. Faure, MM. Henneguy, Grimbert, Marchoux, Jean Hallé, Lortat-Jacob et Georges Baillière, le ministre a parcouru l'exposition dont l'organisation fait vraiment le plus grand honneur à M. le docteur Paul Rabier.

Dans une visite forcément un peu rapide, le ministre a admiré les belles médailles dues à M. Hayem, les collections de numismatique du professeur Gilbert, les aquarelles délicates de Marcel Labbé, celles de Fernand Bezançon si lumineuses et vibrantes, les œuvres de Lortat-Jacob, de Jean Hallé, Broutelle, de Hérain, Bodin, Caboche, Caussade, Delmont-Bebet, Janet, Malherbe, Papin, Peraire, H. Rendu, Escat, Philibert, Engel, Bécart.... Nous nous excusons de ne pouvoir citer tous les noms des confrères qui ont envoyé des œuvres souvent remarquables, ils sont trop...

La gravure sur bois est représentée par le grand artiste qu'est le docteur Colin.

La sculpture occupe une place très brillante, malgré l'absence regrettée du professeur Richer; l'exposition de M. Sabouraud est particulièrement remarquable avec les bustes de Darier et de Brocq, et un groupe intitulé « Debout les morts ».

Citons aussi un beau buste dû à notre collègue Grégoire et de belles terres cuites de Villandre.

La participation féminine est importante. Mmes Paul Brouardel, Thoinot, Dettinger, Vitry, Carbonnel, Castex (de Rennes), Marcès ont fait des envois très intéressants. Mlle Alice Baillière expose des céramiques qui dénotent un talent déjà sûr et sont pleines de promesses pour l'avenir.

Cette belle exposition que tous nos confrères voudront visiter est présentée au public par un beau catalogue dont la première page contient un sonnet à Apollon, pièce délicate, sincère et généreuse sous laquelle personne ne s'étonnera de trouver le nom de Jean-Louis Faure.

L. S.

RENSEIGNEMENTS

Mlle **S. RUSSINGER**, prof. dipl., 8, r. Lekain. Paris, se spécialise ds la copie à la mach. des quest. d'int. Prix très avant.

(1) L'exposition a lieu au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain. Elle est ouverte de 9 à 12 h. et de 2 à 5 h.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1923

Par Louis DELHERM et Jean LOUBIER.

I. — PHYSIOBIOLOGIE

L'électromyographie. (A. Zimmern et P. Cottenot. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, janv 1923.) — L'électromyographie enregistre et étudie la force électromotrice engendrée par la contraction des muscles.

Les progrès de l'électromyographie datent de l'emploi du galvanomètre à corde d'Einthoven ; mais on peut également se servir de dispositifs à cadre mobile extrêmement légers et de très faible énergie.

Les résultats actuellement acquis en électromyographie et que les auteurs ont eu l'occasion de vérifier au cours de ces dernières années peuvent être rapportés aux trois modes d'excitation suivants : 1° Excitation isolée d'un nerf; 2° excitation d'un réflexe ; 3° contraction volontaire.

C'est dans l'étude de cette dernière que l'électromyographie a apporté le plus de connaissances nouvelles. Les auteurs sont d'accord avec de nombreux expérimentateurs pour fixer au voisinage de cinquante la fréquence des grandes oscillations. Le chiffre moyen de cinquante pourrait donc être une véritable constante physiologique, c'est la fréquence pour laquelle le muscle semble être « accordé ».

Au point de vue pratique, on peut tirer des expériences de Piper, de Zimmern et Cottenot, etc., cette déduction applicable à l'électrothérapie, à savoir que la fréquence des interruptions, quand on utilise le courant faradique tétanisant rythmé pour la régénération musculaire, doit être voisine de 50.

Les électromyogrammes. Possibilité de leur utilisation en clinique. (Cluzet et Hofman. *Lyon méd.*, 25 mai 1923.) — Les auteurs sont d'avis que la méthode électromyographique doit être utilisée en clinique où elle peut rendre des services. Ils ont pu recueillir l'électromyogramme d'un myopathique, d'un syringomyélique, d'un hémiplégique, d'un parkinsonnien, et ont jugé utile de signaler leurs premiers résultats sans toutefois affirmer que le rythme et l'amplitude des oscillations électriques varient avec l'état des centres nerveux ou celui des voies conductrices.

L'électrocardiographie et ses applications cliniques. (Jacoel. *Journ. de méd. de Paris*, 5 août 1922, 12 fig.) — Après avoir défini l'électrocardiographie, Jacoel donne les schémas d'électrocardiogrammes normaux et pathologiques, décrit le galvanomètre à corde d'Einthoven et arrive aux applications cliniques.

En ce qui concerne les lésions valvulaires congénitales ou acquises, l'électrocardiographie est loin d'avoir la valeur diagnostique de l'examen radioscopique, mais dans les arythmies cette méthode donne des renseignements de première importance.

Altérations des fibres nerveuses myéliniques sous l'action des anesthésiques et des divers poisons nerveux. (L. Lapicque et R. Legendre. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, t. XX, n° 2.) — Il existe un parallélisme complet entre les variations d'excitabilité électrique et les altérations morphologiques des fibres nerveuses myéliniques soumises à des anesthésiques ou à d'autres poisons nerveux.

A une diminution progressive de la chronaxie et à une élévation de la rhéobase qui peut aller jusqu'à l'inexcitabilité complète, correspond un gonflement de la gaine de myéline qui va jusqu'à former des protubérances pouvant occuper tout le cylindraxe.

Sur l'interprétation des électromyogrammes. (Louis Lapicque. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juin 1923, p. 249 avec fig.) — Dans cet intéressant mémoire, l'auteur s'élève contre la conclusion d'Athanasiu qui est la suivante : « L'énergie nerveuse motrice loin d'être continue est, au contraire, de nature vibratoire et présente chez les mammifères de 300 à 550 vibrations par seconde. » Il se rallie, au contraire, à l'opinion des divers auteurs qui se sont occupés d'électromyographie : Piper, Zimmern et Cottenot, etc., et conclut : avec une cadence réelle, pour l'élément neuro-musculaire, d'environ 50 par seconde (ou plutôt atteignant au maximum 50 par seconde) dans les muscles considérés, on peut observer des variations électriques en nombre quelconque supérieur à ce chiffre dans l'électromyogramme. Si l'on veut compter « les petites variations multiples et irrégulières », on trouvera des fréquences aussi grandes que l'on voudra, et plus ces fréquences seront grandes, plus elles seront incompatibles avec le fonctionnement réel.

II — ELECTRODIAGNOSTIC

L'utilisation des circuits à grande self pour réaliser l'excitation électrique par courants constants chez l'homme. (A. Strohl et A. Dognon. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, avril 1923, t. VII, n° 4.) — Après un mot d'introduction, les auteurs étudient les propriétés des circuits doués d'une forte self et leur application à l'excitation électrique. Ils étudient ensuite la technique qu'ils ont employée et qu'ils ont appliquée à la mesure de la caractéristique de l'excitabilité chez l'homme. Cette faculté de pouvoir obtenir de bonnes mesures de chronaxie avec un nombre relativement restreint d'éléments de petite capacité leur semble, disent-ils, bien faite pour aider à la diffusion de la nouvelle méthode d'électrodiagnostic qui jusqu'ici réclamait un matériel générateur de courant encombrant.

La chronaxie chez l'homme. (Georges Bourguignon. Un vol. de 417 p. avec 50 fig. et 192 tabl., Masson et Cie, édit.) — Etude de physiologie générale des systèmes neuro-musculaires et sensitifs ; c'est le premier travail original qui permette d'embrasser, dans son ensemble, cette question.

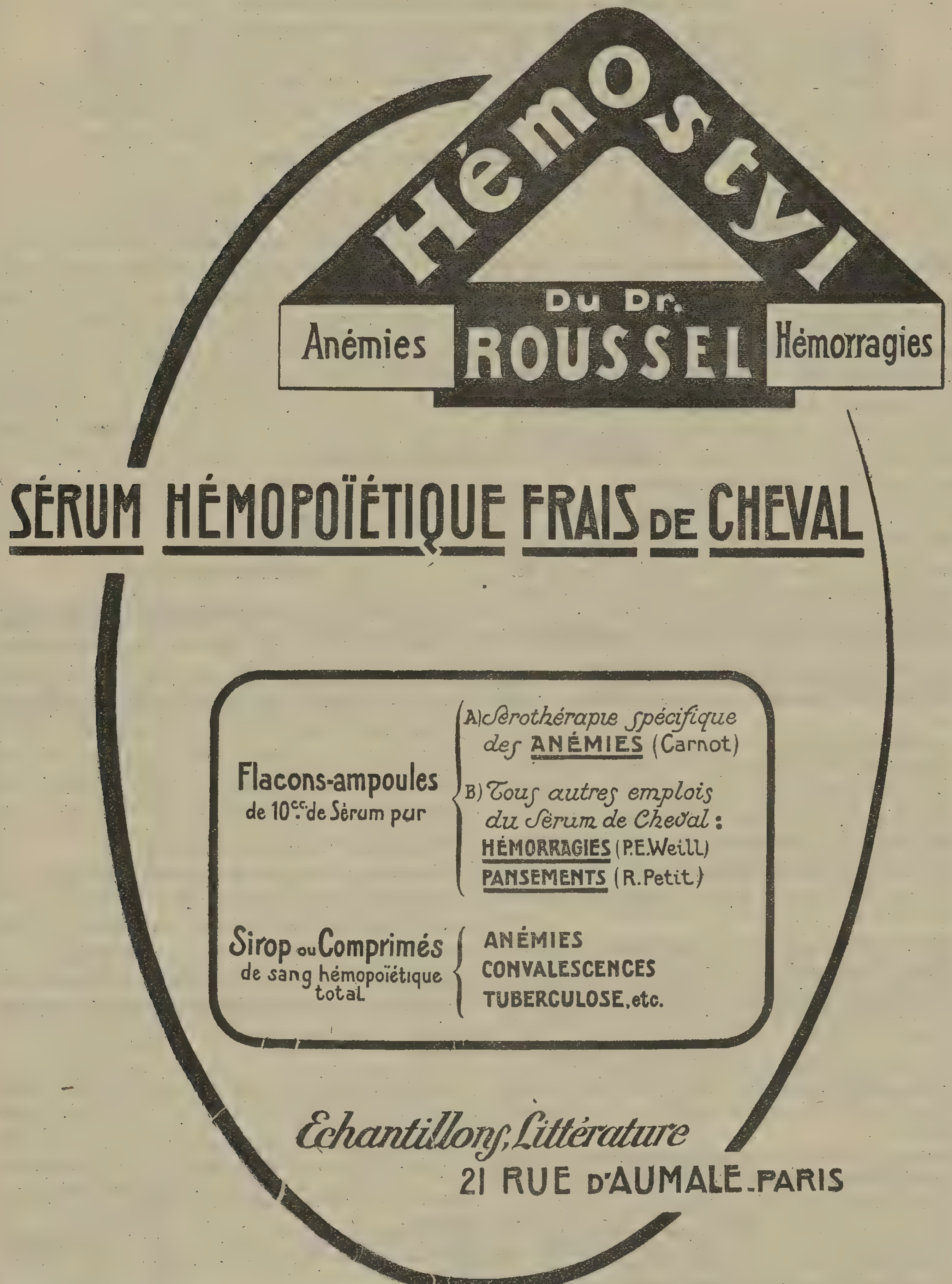
L'auteur rappelle les travaux de Hoorweg, de Weiss et de Lapicque.

La chronaxie est le temps de passage du courant nécessaire pour obtenir le seuil, avec une intensité double de celle qui donne le seuil avec une fermeture prolongée du courant continu.

Bourguignon décrit sa technique de mesure de la chronaxie chez l'homme à travers les téguments, sans dénuder ni les nerfs ni les muscles, à l'aide des décharges de condensateurs. Puis il étudie avec cette technique la physiologie générale des systèmes neuro-musculaires et sensitifs. Enfin, par l'étude des variations pathologiques et expérimentales de la chronaxie, il montre les réactions qui s'exercent de neurone à neurone et étudie ainsi directement les neurones centraux.

Cette méthode apporte des indications d'une précision inconnue jusqu'ici au point de vue diagnostique et thérapeutique.

De la nature du « point moteur ». (Bourguignon. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrol. et de radiol.*, nov. 1923.) — Il y a lieu de faire une distinction entre les nerfs et les muscles. Les nerfs sont excitables sur tout leur trajet et leur


Hémostyl
Du Dr. ROUSSEL
Anémies
Hémorragies
SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL
Flacons-ampoules de 10cc. de Sérum pur
A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval :
HÉMORRAGIES (P.E.Weill)
PANSEMENTS (R.Petit)
Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.
Echantillons, Littérature
21 RUE D'AUMALE . PARIS

zone d'excitation est une ligne et non un point. On ne peut donc parler de points moteurs que pour les muscles.

Après avoir rappelé la contreverse de Duchenne (de Boulogne) qui pensait qu'au point moteur on n'excite que le muscle, et de Remak qui pensait qu'on n'y faisait qu'une excitation nerveuse et avoir montré que la question est restée sans solution jusqu'à ce jour, l'auteur expose ses recherches sur ce sujet.

Par des expériences sur le lapin, il a pu démontrer que les points moteurs de la surface de la peau étaient la projection sur la peau des zones d'épanouissement des nerfs intramusculaires.

A propos de l'électrodiagnostic de la paralysie faciale. (Delherm et Mme Grunspan de Brancas. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrol. et de radiol.*, juin 1923.) — Nouvelles observations de fusions anticipées des secousses faradiques.

Cette fusion s'observe soit sur des paralysies légères dès le début, soit sur des paralysies plus sérieuses, mais en voie de guérison.

Dans les deux observations, rapportées par les auteurs, la fusion anticipée des secousses faradiques a fait son apparition au cours de paralysies faciales datant de cinq à six mois au moment où on ne constatait plus de ralentissement de la secousse galvanique et où il n'existait plus qu'une simple hypoexcitabilité faradique.

Syndrome strié atypique. (Babonneix et Lance. *Revue neurol.*, juillet 1923.) — Observation d'un enfant de sept ans et demi qui a été atteint d'athrepsie lors de sa première année et qui a présenté un retard de développement des fonctions intellectuelles et motrices en même temps que des phénomènes complexes dont les principaux semblent relever d'une *lésion striée*.

Un *examen électrique*, pratiqué par Delherm en novembre 1922, donne les renseignements suivants :

« Le tronc du sciatique à la fesse est inexcitable des deux côtés ; les fessiers sont inexcitables aux deux modes.

Le muscle biceps est en réaction de dégénérescence incomplète à droite; à gauche il y a seulement hypoexcitabilité marquée aux deux modes.

Le groupe demi-membraneux demi-tendineux présente les mêmes réactions que les muscles précédents.

Les muscles du groupe antéro-externe droit et gauche sont en réaction de dégénérescence totale (jambier antérieur, extenseurs commun et propre, péroniers).

Mêmes remarques pour les muscles innervés par le S. P. I. (jumeaux, fléchisseurs, muscles de la plante).

A signaler cependant que l'excitation galvanique du N. S. P. E. paraît faire contracter un peu les extenseurs des orteils à droite et les péroniers à gauche.

En somme, réaction de dégénérescence complète des muscles de la jambe des deux côtés. Hypo marquée des muscles postérieurs de la cuisse droite. Réaction de dégénérescence complète des muscles postérieurs de la cuisse gauche. Intégrité des adducteurs et des quadriceps. »

Un traitement consistant en massages, courant galvanique et mobilisation active a amené une amélioration de la motilité surtout dans le membre inférieur droit et la cuisse gauche.

III. — SYSTÈME NERVEUX

A propos de l'association de la radiothérapie et de l'électrothérapie dans le goitre exophtalmique. (Laquerrière. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1922.) — Observation d'une malade présentant, avec une légère insuffisance ovarienne ancienne, un goitre récent avec syndrome basedowien. Une série de séances de radiothérapie amena une amélioration des symptômes et la diminution du goitre, mais trois mois après une rechute se produisit contre laquelle la radiothérapie se montra impuissante.

On fit alors de la galvanisation ondulée renversée en disposant les électrodes suivant la technique de Ménard (un pôle bifurqué sur le corps thyroïde et l'abdomen, l'autre pôle dans le dos). Vingt-six séances en six mois amenèrent une guérison à peu près complète.

Laquerrière estime que la galvanisation a agi comme régulateur à la fois sur le corps thyroïde et les ovaires.

Sur la maladie de Graves. (Delherm. *Bull. officiel de la Soc. d'électroth.*, fév. 1923.) — L'auteur pense que c'est à tort qu'on néglige l'emploi de l'électrothérapie dans le traitement de la maladie de Graves. Il estime que ce dernier traitement doit conserver sa place à côté de la radiothérapie et que l'association des deux méthodes lui paraît être le meilleur procédé pour donner aux malades les plus grandes chances d'amélioration et de guérison rapides.

Ce qui montre en tout cas la valeur de l'électrothérapie c'est que certains malades réfractaires à la radiothérapie se trouvent bien de la galvanisation ou de la galvano-faradisation.

Diagnostic étiologique de quelques névralgies faciales dites « essentielles » posé après ionisation intensive d'aconitine. (Pierre Behague, Juster et R. Lehmann. *Revue neurol.*, mai 1923.) — Deux observations détaillées dont les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Il semble que, contrairement à l'opinion habituellement répandue, les névralgies faciales paroxystiques, ne laissant entre les accès aucune douleur, ne doivent pas toutes être qualifiées « d'essentielles ». Elles peuvent relever de l'infection d'un sinus dont le nettoyage entraîne la guérison de la névralgie.

2° L'*ionisation intensive d'aconitine* (40 à 60 milliampères pendant trente minutes) dans le domaine du trijumeau, par l'atténuation douce et progressive des douleurs, permet ces constatations, alors que l'alcoolisation, plus brutale, n'avait pas permis de le faire.

L'ionisation intensive d'aconitine dans le traitement de la névralgie faciale. (Juster et Lehmann. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électro. et de radiol.*, avril 1923.) — Dans le service de Pierre Marie, les auteurs ont employé la technique suivante : azotate d'aconitine *cinq* milligrammes pour 250 grammes d'eau distillée. Séance de trente minutes avec l'électrode de Bergonié, intensité amenée lentement jusqu'à 40 ou 60 milliampères et ramenée lentement à 0 à la fin.

Sédation très marquée vers la dixième séance et généralement guérison vers la quinzième; il est utile de continuer plus longtemps pour éviter les rechutes.

Les auteurs ont parfois essayé de supprimer l'aconitine sans prévenir les malades, ceux-ci se sont aperçus immédiatement de la substitution.

Depuis plusieurs mois quinze cas de guérison ont pu être suivis. Dans tous les cas il s'agissait de névralgies faciales typiques dont certains avaient subi des alcoolisations n'ayant amené qu'une sédation passagère.

Traitement médical de la paralysie infantile. (Babonneix. *Le Phare méd.*, juin 1923.) — L'électrothérapie doit figurer en tête des médications physiques; elle donne des succès remarquables si on ne s'écarte pas de certaines règles; il faut :

1° Y recourir à propos;

2° La faire précéder d'un électro-diagnostic minutieux et complet;

3° L'appliquer correctement.

L'auteur donne ensuite sur la conduite du traitement des indications précises. Il passe enfin en revue la diathermie et la radiothérapie préconisées par Bordier.

Association de la diathermie et de la galvanisation dans le traitement des parésies et paralysies. (F. Sabatucci. *Atti dell'Associazione romana tra i cultori della Electrologia e della Radiologia medica*, séance du 9 janv. 1923.) — L'auteur rappelle les travaux de Bordier sur ce sujet. Il a entrepris de traiter les parésies d'origine névritique par la galvanisation, mais après avoir d'abord soumis les régions atteintes à la diathermie.

Il rapporte deux observations de paralysie périphérique du nerf facial qui montrent que les paralysies d'origine névritique traitées par l'association de la diathermie et de la galvanisation guérissent plus rapidement qu'avec la galvanisation seule.

La diathermie combinée à la radiothérapie dans la poliomyélite antérieure. (Bordier. *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Bordeaux 1923.)

Ce que donnent la diathermie et la radiothérapie dans

R. C., 176.249, Seine.

la paralysie infantile. (BORDIER. *Le Monde méd.*, 15 déc. 1923.)

Les résultats thérapeutiques obtenus par la méthode de l'auteur prouvent que la paralysie infantile peut, sinon dans tous les cas être complètement guérie, du moins dans presque tous, transformée de façon à ne pas entraîner d'infirmités.

Bordier apporte trois cas de poliomyélite antérieure aiguë qu'il a pu améliorer d'une façon telle que jamais aucun autre moyen thérapeutique n'avait donné des résultats comparables.

A ses observations personnelles, il ajoute celles de Ghillarducci et de Serena, observations instructives et intéressantes, et cite également un cas de H. Besson et deux de Miramond de Laroquette.

Léon Tixier, dans une revue d'ensemble sur la médecine infantile, dit en parlant de cette technique : « Ces faits que j'ai personnellement observés ont largement bénéficié de cette excellente méthode qui est à vulgariser. »

Sciatique rebelle guérie par des séances prolongées de diathermie. (DELHERM et GRUNSPAN DE BRANCAS. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1923.) — Malade de cinquante ans souffrant depuis quatre mois et ayant subi sans résultat huit séances de diathermie de courte durée et vingt séances de bains de lumière associées à six applications de radiothérapie profonde.

Entre temps il avait subi également deux injections d'alcool et plusieurs injections de lipiodol sans éprouver le moindre soulagement.

On décide alors le sujet à bien vouloir supporter des applications longues de diathermie (quarante à cinquante minutes) qui en quinze séances amenèrent la guérison qui se maintient depuis deux ans.

On peut donc en conclure que, pour être efficaces, les applications de diathermie doivent être longues.

Myotonie atrophique acquise et non familiale (M. FAURE-BEAULIEU et P.-N. DESCHAMPS. *Revue neurol.*, mars 1923.) — Observation d'un homme de quarante-deux ans rentrant dans le cadre des myotonies atrophiques, n'ayant aucun caractère familiale et survenue vraisemblablement à la suite d'une grippe grave ou d'une encéphalite léthargique.

L'*examen électrique* montrait des troubles des réactions dans un grand nombre de muscles des membres supérieurs des deux côtés.

Auto-observation de méralgie paresthésique. (BOUGEOIS, *Concours méd.*, 31 déc. 1922.) — Début en 1913 au cours de l'été probablement à la suite d'une station debout trop prolongée. Après avoir essayé tous les calmants locaux sans résultat, on pratique trois fois par semaine une séance d'étincelles de haute fréquence d'une durée de dix minutes à travers les vêtements. Le traitement a duré quatre mois, mais la guérison a été complète et se maintient huit ans après malgré les fatigues supportées pendant la guerre.

Syndrome pallidal post-encéphalitique. (L. BABONNEIX et PEIGNAUX. *Revue neurol.*, avril 1923.) — Malade de trente-huit ans présentant le syndrome classique pallidal post-encéphalitique avec les particularités suivantes :

1° Présence d'une réaction myotonique nette sur divers muscles et en particulier sur les fléchisseurs et les extenseurs des membres, mise en évidence par un électrodiagnostic pratiqué par Turchini.

2° Existence de troubles trophiques portant sur les phanères;

3° Lenteur des réflexes iriens;

4° Micropnée;

5° Contraction involontaire et paradoxale des antagonistes au moment où l'on imprime aux agonistes un mouvement passif étendu.

Sclérose latérale amyotrophique à forme monoplégique brachiale. (Georges GUILLAIN et ALAJOUANINE. *Revue neurol.*, avril 1923.) — Malade de quarante-sept ans atteint d'une atrophie musculaire avec contractions fibrillaires et exagération des réflexes tendineux, d'évolution lente, localisée au membre supérieur droit. Pas de signe de Babinski ni de troubles de la sensibilité.

Or l'*examen électrique* montre au niveau du bras et de l'avant-bras une hypo-excitabilité faradique et galvanique avec secousses ralenties à l'avant-bras sans inversion polaire. Au niveau des muscles de la main on constate de l'inexcitabilité faradique avec hypo-excitabilité galvanique, réaction longitudinale, secousses très lentes.

Les auteurs pensent que malgré la rareté d'une telle localisation de la sclérose latérale amyotrophique qui donne habituellement des troubles symétriques; c'est le seul diagnostic à porter ici.

IV. — TUBE DIGESTIF

De la thermo-pénétration dans les maladies du tube digestif. (NEMOURS (Auguste). *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1923.) — Ce travail est basé sur environ 70 observations de malades rebelles aux autres thérapeutiques médicales ou chirurgicales.

Dans les *ulcus gastriques et duodénaux* la thermopénétration permet de lutter avec succès contre le spasme et l'inflammation, elle forme un adjuvant précieux aux traitements classiques en permettant aux malades d'élargir plus rapidement un régime sévère.

Le résultat est encore bien meilleur dans les *affections de l'estomac sans épine organique*; on obtient des guérisons dans presque tous les cas de gastrite rebelle, mais il faut traiter la maladie causale sous peine de voir reparaître les troubles à échéance plus ou moins longue.

Dans l'*appendicite chronique* ayant provoqué des crises gastriques, il arrive fréquemment qu'on calme l'estomac alors qu'il persiste de la sensibilité de la fosse iliaque.

Pour la *vésicule biliaire* l'auteur a constaté dans l'ensemble un soulagement manifeste mais non la quasi-unanimité de guérisons signalée par certains.

La thermo-pénétration est la médication de choix des réactions péritonéales déterminant des adhérences. On peut dire qu'elle ne guérit pas tous les « désespérés » du ventre mais qu'elle les soulage souvent; il semble du reste que plus l'affection est récente, plus le malade est jeune et plus rapide est la guérison.

La moyenne des séances pour un traitement est d'une vingtaine; il y a lieu de continuer en cas d'amélioration, d'interrompre dans le cas contraire. Les malades doivent être prévenus de l'aléa et de la longueur du traitement.

La diathermie. Sa valeur dans le traitement des lithiasiques biliaires. (I.-I. ROUZAUD et J. AIMARD. *Presse méd.*, 17 janv. 1923.) — La diathermie en séances quotidiennes de trente minutes de durée et d'une intensité de 1.500 à 2 000 milliampères pendant dix jours, possède une action des plus heureuses sur les réactions douloureuses spasmodiques ou inflammatoires de la vésicule biliaire. Les auteurs l'ont également utilisée chez les lithiasiques biliaires.

L'indication de choix est la cholecystite subaiguë ou chronique avec ou sans lithiase; il en est de même dans les cas où s'ajoutent de la péricholécystite et des adhérences pyloro-duodeno-vesiculaires : les troubles gastriques et la douleur de la région vésiculaire sont alors supprimés ou très atténués par l'application diathermique qui est indolore et inoffensive.

Trois observations de thermo-pénétration pour douleurs abdominales. (LAQUERRIÈRE. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*) — Trois observations qui démontrent :

1° Qu'il est des cas où il est intéressant de ne pas se cantonner dans la thermo-pénétration et qu'il peut y avoir intérêt à employer la galvano faradisation pour améliorer le fonctionnement intestinal;

2° Que la diathermie pratiquée sur l'abdomen peut provoquer chez certains malades un état nauséeux et du malaise général;

3° Qu'il est bien difficile de promettre un résultat dans les douleurs abdominales et que, s'il faut très souvent essayer la thermo-pénétration contre les douleurs abdominales, il faut savoir qu'il y a des cas où elle ne réussit pas.

La haute fréquence dans le traitement des fissures et des hémorroïdes. (Ch. SCHMITT. *Bull. de la Soc. de thérapeut.*, mai 1923.) — L'auteur rappelle la technique des applications de haute fréquence et les résultats que l'on obtient avec cette

thérapeutique : « Les insuccès sont rares si le traitement est suffisant et régulièrement suivi. »

Pour vaincre la contracture du sphincter, il a fait construire une électrode conique en vrille.

Enfin, il cite un cas de prolapsus du rectum qu'il a traité avec succès par les courants de haute fréquence.

V. — APPAREIL CIRCULATOIRE. NUTRITION

Les prétendus perfectionnements à la méthode de Bergonié. (Laquerrière. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, fév. 1923, t. VII, n° 2.) — L'auteur s'élève avec raison contre les perfectionnements que l'on a voulu apporter à la méthode de Bergonié; cette méthode est, en effet, tout à fait satisfaisante dans sa technique et son instrumentation, telle que son créateur l'a préconisée :

« 1° Avec elle sont assurés un relâchement musculaire parfait et une excellente adaptation des électrodes ;

2° Dans les climats froids, il peut être commode, pour maintenir le malade à une bonne température, d'utiliser des lampes ou des radiateurs électriques ; mais chercher à mettre le malade dans une étuve pour exagérer la perte de poids, grâce à la sudation, est en contradiction avec le but cherché : « Augmenter les dépenses de l'organisme » ;

3° L'utilisation d'une pseudo-faradisation fournie par un appareil à tout faire, à la place du courant à ondes aiguës, de la bobine ou de la dynamo-faradique, est tout à fait dangereux *pour la vie du patient*, en raison de la taille des électrodes, en raison aussi de la disposition qui permet à une intensité importante de traverser le cœur. »

La thermopénétration de la région cardiaque dans les troubles circulatoires généraux. (Laquerrière. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 24 fév. 1923.) — L'auteur rappelle les effets thermiques des courants de haute fréquence, vus par d'Arsonval dès ses premières expériences.

Par l'application de la diathermie sur la région cardiaque, technique préconisée en France par Duhem et en Amérique par de très nombreux auteurs, on constate, dans la plupart des cas une amélioration très rapide des divers symptômes présentés par les malades à circulation défectueuse.

Mais, sous peine de nuire à la méthode, il ne faut pas prétendre, comme en Amérique, que l'on guérit 100 p. 100 des cas et que la diathermie fait disparaître la sclérose des artères, assouplit les valvules du cœur, etc.

VI. — DERMATOSES

Traitement des cicatrices vicieuses adhérentes et chéloïdiennes par l'ionisation d'iodure de potassium. (Georges Bourguignon. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphyl.*, 1922, n° 6.) — Bourguignon décrit sa technique : l'électrode négative déborde à peine les limites de la lésion à traiter et est imbibée d'une solution de KI à 1 p. 100. L'électrode positive, grande au contraire, est placée très près de l'autre de façon que les lignes de force traversent le foyer de la lésion. Ne jamais dépasser 15 à 20 milliampères. On fait une première série de quinze séances, les premières quotidiennes, les autres trois fois par semaine; durée de la séance, trente minutes. Repos quinze ou vingt jours, puis recommencer une nouvelle série de quinze séances jusqu'à ce que l'on ait obtenu une amélioration ou la guérison définitive.

Un cas de sclérodermie en plaques traité par l'ionisation de l'iodure de potassium. (Louste, Jean et Thibaut. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, juillet 1923.) — Un traitement thyroïdien n'ayant donné aucun résultat contre une plaque sclérodermique datant de deux ans et demi et atteignant les dimensions d'une paume de main, les auteurs ont recours à l'ionisation.

L'électrode négative imbibée d'une solution de IK au 1/100 est appliquée sur la plaque sclérodermique.

Séance de quinze minutes, trois fois par semaine avec une intensité de 10 à 16 milliampères. Au bout de soixante-neuf séances, la plaque présente une bande périphérique de la largeur d'un doigt, souple et blanche. La partie centrale encore ligneuse se plisse facilement.

Electrolyse du thallium. (Laquerrière. *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Bordeaux, 1923.) — La vogue de la pommade au thallium contre l'hypertrichose a incité l'auteur à essayer l'électrolyse d'acétate de thallium à 2 p. 100 comme agent dépilant.

Pour atteindre le fond du follicule Laquerrière a employé la technique suivante : vaseliner la peau en la massant de façon à rendre l'épiderme aussi résistant que possible ; enlever à la pince les poils de façon à ce que seuls les orifices, ainsi ouverts, servent de passage au courant.

Les expériences de l'auteur sont encore trop récentes pour qu'il puisse en tirer des conclusions définitives.

Traitement de l'hypertrichose par la diathermie (épilation diathermique). (Bordier. *Arch. d'élect. méd. et de physiothér.*, mai 1923 et *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Bordeaux 1923.) — L'auteur conseille de substituer la diathermie à l'électrolyse. Il ne faut laisser passer le courant que quelques dixièmes de seconde ; aussi faut-il se servir d'un interrupteur à pédale ; à part cette question de durée, la technique est sensiblement la même que pour l'électrolyse. L'appareil de diathermie est réglé pour une intensité faible, 30 à 50 milliampères.

La diathermie aurait de nombreux avantages sur l'électrolyse : 1° Une rapidité plus grande ; 2° la repousse des poils n'existe pas, la papille n'échappant jamais à l'action du courant ; 3° il peut même arriver que les poils immédiatement voisins des poils traités tombent aussi ; 4° l'épilation diathermique ne laisse aucune trace sur la peau, l'action du courant ne se produisant qu'en face la pointe ; de plus l'introduction de l'aiguille n'a pas besoin d'être aussi précise qu'avec l'électrolyse : 5° enfin, la sensation est beaucoup moins douloureuse avec la diathermie.

Electro-coagulation et étincelage caustique en dermatologie. (Giraudeau. *Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, nov. 1923.) — L'auteur étudie les indications dermatologiques de ces deux méthodes.

L'électro-coagulation utilise les courants de haute fréquence en application bipolaire ; la coagulation se produit par effet Joule, la principale indication est le traitement des tumeurs cutanées. L'étincelage caustique est une application monopolaire de haute fréquence. On l'emploiera surtout pour détruire les lésions cutanées superficielles et dans le traitement sclérosant du lupus tuberculeux.

VII. — APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Diathermie endo-urétrale et endo-vésicale. (Roucayrol. *Congrès de Bordeaux*, 1923.) — La diathermie est une ressource nouvelle, puissante et inoffensive, dans la lutte contre le gonocoque.

L'auteur a créé de toutes pièces un matériel avec lequel il a pu obtenir, chez l'homme et chez la femme, des guérisons définitives de la gonococcie et de ses complications dans des cas qui avaient résisté aux autres méthodes classiques.

Grâce à cette méthode, l'auteur a eu la satisfaction de voir obtenir par d'autres des résultats aussi bons que ceux qu'il a déjà publiés.

Congestions prostatiques et traitement électrique. (R. de Butler d'Osmond. *L'Actualité médicale picarde*, mars 1923.) — L'auteur rappelle des travaux de Courtade sur ce sujet.

Le traitement électrique active la nutrition déficiente de la glande, la décongestionne et supprime, chez les malades, l'état de sensibilité exagérée.

On emploiera, soit le courant galvano-faradique, soit les courants de haute fréquence rectale avec une électrode condensatrice.

On peut encore faire passer les courants de haute fréquence au moyen d'un gros béniqué placé dans l'urètre.

Traitement de l'urétrite chronique rebelle par l'étincelage. (Louis Phélip. *L'Avenir médical*, avril 1923.) — Au moyen de l'urétroscopie et de l'étincelage de haute fréquence, l'auteur a obtenu la guérison complète dans 81 cas d'urétrite rebelle aux autres thérapeutiques sur 160 cas traités. Il emploie l'appareil de Heitz-Boyer et étincelle avec un courant

tolérable pour le malade jusqu'à ce que la lésion ait atteint une teinte blanchâtre.

Electrothérapie et radiothérapie dans le traitement des fibromes. (MOLARD [de Sedan]. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, nov. 1923.) — Dans quelques cas de fibromes, concurremment à la radiothérapie, l'auteur a employé la galvanisation intra-utérine contre l'inflammation de la muqueuse utérine et le symptôme hémorragie. La galvanisation a agi plus rapidement contre ces derniers symptômes, l'action des rayons X, plus lente, s'exerçant ensuite sur le fibrome.

Au cours de la discussion, Delherm rappelle qu'avant les progrès de la chirurgie et avant la radiothérapie, on obtenait par la méthode d'Apostoli, dans certains cas de fibrome, la disparition des hémorragies.

VIII. — DIVERS

Les acquisitions récentes de l'introduction électrolytique dans le domaine médical. (A. LAQUERRIÈRE et Robert LEHMANN. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, août 1923.) — Dans cet intéressant rapport présenté au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Bordeaux, les auteurs comprennent les acquisitions réalisées depuis 1908, époque à laquelle parut « l'ionothérapie électrique » (Delherm et Laquerrière), résumé de tout ce qui avait été fait jusque-là et en particulier les travaux de Leduc.

Ils passent en revue les actions antiseptique, sclérosante et analgésique d'un ion introduit par électrolyse puis passent à l'étude de l'électrolyse des substances radio-actives.

Aux anciennes indications données par Luzemberger en 1913, il y a lieu d'ajouter les suivantes :

Pour les métrites, les néoplasmes utérins ou autres, le bromure de radium.

Pour les urétrites, en plus de l'ion zinc, le thorium X.

L'ion zinc dans les plaies infectées et les affections dermatologiques.

Le calcium dans les paralysies oculaires.

L'aconitine dans les névralgies.

L'iode contre les cicatrices et les scléroses.

Quelques *réflexions générales* terminent ce rapport, elles constituent une bonne mise au point de la question.

Pour faire une bonne introduction électrolytique, il faut une solution pure de tout ion parasite. Le *bain électrode* est une mauvaise électrode et *doit être proscrit.*

Les auteurs rappellent ensuite les travaux de Schmit, de Bourguignon et Chiray, et de Bourguignon et Conduché. Malgré ces intéressantes études, certains points ont encore besoin d'être précisés comme la quantité de substance introduite, les voies et la profondeur de pénétration, enfin le titre des solutions, les uns employant des solutions peu concentrées, les autres des solutions fortes.

Les rayons X, la haute fréquence et l'électrolyse, associés dans le traitement des séquelles de l'adénite cervicale tuberculeuse. (François LEPENNETIER. *Th. de Paris* 1922 et *Journ. de radiol. et d'électrol.*, sept. 1923.) — L'auteur étudie la symptomatologie et décrit les différentes formes de séquelles de l'adénite cervicale tuberculeuse ouverte, puis il passe au diagnostic et enfin arrive au traitement qu'il a surtout en vue dans ces ouvrages.

Pour la *haute fréquence* c'est surtout à l'effluvation avec le balai hérisson que l'auteur a recours : séances de dix minutes, trois fois par semaine.

Dans le traitement par l'*électrolyse*, l'aiguille est introduite sans courant, électrolyse unipolaire négative en faisant passer 2 milliampères pendant vingt à trente secondes. Lorsqu'on fait plusieurs piqûres dans une même région, on doit maintenir entre elles un écart de 7 à 10 millimètres.

Après avoir dit un mot des contre-indications générales et locales, l'auteur donne les indications de la méthode combinée et conseille de traiter :

1° Par la haute fréquence (effluvation) et les rayons X : les adénites fistulisées mono ou pauciganglionnaires, l'ulcération isolée simple et la gomme fistulisée ;

2° Par l'électrolyse et la radiothérapie : les chéloïdes ;

3° Par les rayons X seuls : la gomme non fistulisée, la tuberculose cutanée à forme lupique ;

4° Par l'électrolyse négative seule : les télangiectasies.

L'ionisation en thérapeutique oculaire. (G. BOURGUIGNON, A. CANTONNET et M. JOLTROIS. *La Presse méd.*, 9 juin 1923.) — La technique consiste à appliquer sur l'œil fermé une plaque électrode imbibée de l'électrolyte (on peut encore employer le tube électrode œillère de Cantonnet) que l'on relie au pôle positif ou négatif suivant le médicament. La plaque indifférente est à la nuque. L'intensité de 1 à 2 milliampères doit être donnée lentement et progressivement. La cocaïnisation préalable de l'œil est à rejeter car elle détruit la sensibilité de la cornée, excellent guide pour les doses trop fortes.

L'*ion iode* donne d'excellents résultats dans les *taies cornéennes*, dans les choroïdites, les atrophies optiques, etc.

L'*ion radical salicyle* est indiqué dans les sclérites et épisclérites.

L'*ion calcium* agira contre les phénomènes paralytiques.

Entorse et faradisation. (LAQUERRIÈRE. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, févr. 1923.) — A la suite d'un retour de manivelle, un blessé n'a pas présenté de fracture, mais une entorse du poignet qui fut traitée dès le lendemain par la faradisation tétanisante et guérie au bout de cinq applications : au bout de six jours le patient pouvait de nouveau conduire sa voiture.

En rapportant cette observation l'auteur pense « qu'il est bon de rappeler de temps en temps aux jeunes les anciennes méthodes qui ont fait leurs preuves et qu'on a tendance à oublier parce qu'on ne publie jamais à leur sujet, de peur de dire des banalités ».

La cellulite, ses caractères et ses causes. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent. Comment la traiter? (L. ALQUIER. *Le Monde méd.*, 13 avril 1923.) — La cellulite doit être considérée soit comme un engorgement lymphatique accumulé derrière un barrage, soit comme une lymphangite chronique; elle donne lieu à de nombreux troubles fonctionnels.

Parmi les agents physiques employés pour traiter la cellulite, le meilleur semble être la haute fréquence en applications locales avec l'électrode à vide de Mac-Intyre ou avec l'électrode condensatrice de Oudin.

En pratiquant des frictions de haute fréquence sur les nodosités et les indurations cellulitiques on les désagrège mieux que par le massage manuel ou vibratoire et on peut résoudre ainsi des infiltrats qui semblaient incurables.

A propos du traitement de l'entorse par la faradisation. (LAQUERRIÈRE et COLSON. *Bull. officiel de la Soc. franc. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1923.) — Deux malades présentent à peu près les mêmes localisations douloureuses pour une entorse de la cheville. L'un porteur d'une entorse grave empêchant complètement la marche fut traité dès le lendemain de l'accident et, complètement guéri, reprit son travail le cinquième jour.

Par contre, l'autre, beaucoup moins atteint, mais traité seulement le cinquième jour après l'accident, subit cinq applications qui l'améliorèrent d'une façon notable mais ne firent pas disparaître complètement la douleur.

Il est donc indispensable de commencer le traitement auss tôt que possible.

Le traitement des boutons d'Orient par la diathermie. (Houloussi BEHDJET. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juin 1923.) — Quatre observations de boutons d'Orient traités par la diathermie. L'auteur préfère ce moyen thérapeutique à la radiothérapie, à l'arsenobenzol, au tartre stibié et à l'acide carbonique neigeux généralement en usage.

On fait deux applications à cinq ou dix jours d'intervalle. En vingt jours, il n'y a plus qu'une cicatrice rose à peine visible à 1 mètre de distance. C'est en somme un résultat suffisamment esthétique en un temps très court.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINE PORTE

DÉFINITION. — C'est la veine qui ramène au foie tout le sang des organes digestifs abdominaux ; c'est le système porte intermédiaire entre les capillaires des organes digestifs et le réseau capillaire du foie. C'est une veine fonctionnelle *qui n'a pas d'homologue artériel* : l'artère hépatique, vaisseau nourricier du foie et la veine porte, vaisseau fonctionnel, ont tous deux les mêmes efférents qui ressortent du foie en un autre endroit : veine sus-hépatique.

Il faut signaler dès maintenant l'importance physiologique de ce vaisseau, *sa blessure ou sa ligature étant mortelles* au même titre que la blessure ou la ligature de l'artère hépatique.

EMBRYOLOGIE. — La veine porte se forme par le remaniement des anastomoses annulaires péri-duodénales que les veines vitellines ou omphalo-mésentériques ont échangé entre elles avant de se capillariser dans l'ébauche hépatique et de déboucher de là dans le sinus veineux.

Puis le tronc porte, ainsi formé, s'anastomose avec la veine ombilicale gauche, la seule qui persiste en même temps qu'apparaît una anastomose entre cette veine ombilicale et la veine cave inférieure formant le canal d'Aranzius.

A. **Réseau capillaire d'origine.** — 1° **Au niveau du tube digestif abdominal.** — Il existe des réseaux veineux sous-épithélial, sous-muqueux et sous-péritonéal ; de cette dernière nappe partent les réseaux collecteurs.

2° **Au niveau de la rate.** — Les origines se font au niveau des mailles contenant la substance splénique rouge, sans que l'on sache s'il y a contiguïté ou continuité entre le système artériel et le système veineux.

3° **Au niveau du pancréas.** — Les réseaux d'origine sont disposés dans les espaces intra-périlobulaires (comme dans toutes les gandes en grappe).

B. **Grosse branche veineuse d'origine.** — I. ***Veine mésentérique supérieure.*** — Elle draîne le grêle et la moitié droite du côlon.

Origine. — Au niveau de l'angle iléo-cœcal pour les classiques, en réalité de 60 à 90 centimètres au delà, là où se trouve, quand il existe, le diverticule de Meckel.

Trajet. — Monte verticalement dans la base du mésentère.

Terminaison. — Derrière le corps du pancréas, au niveau du flanc droit de la deuxième portion du duodénum où elle se réunit au tronc de la splénique et mésentérique inférieure.

Rapports. — Dans ce trajet, la veine croise très obliquement la face antérieure de la veine cave inférieure, puis la face antérieure de la troisième portion du duodénum et du petit pancréas ; elle a donc, comme l'artère mésentérique supérieure, un court segment mobile et un segment fixe.

Avec elle, sont : 1. *Artère mésentérique supérieure* située sur son flanc gauche, puis en arrière.

2. *Lymphatiques* avec leurs relais.

3. *Réseau nerveux,* serré; périartériel.

Collatérales. — *1.* SUR SON BORD GAUCHE. — Quinze à vingt *veines intestinales* du grêle qui se sont constituées en arcades satellites des arcades artérielles.

Signaler les relais ganglionnaires du mésentère.

2. SUR SON BORD DROIT. — 1. *Veine iléo-cæco-colique* (iléale, cæcale antérieure et postérieure, appendiculaire, colique inférieure).

Signaler le très important GROUPE GANGLIONNAIRE DE L'ANGLE ILÉO-CÆCAL.

2. *Veine colique droite moyenne*, quand elle existe, en rapport comme l'artère homonyme, avec l'uretère, mais séparée de lui par le FASCIA DE TOLDT.

3. *Veine du coude droit* qui, satellite de l'artère homonyme, est avec elle sur la partie inférieure du duodéno-pancréas où elle reçoit la *veine gastro-épiploïque droite* et la *veine pancréatico-duodénale droite.* Le tronc commun qui en résulte et qui se jette au bord droit de la veine mésentérique supérieure au moment où elle va disparaître sous le corps du pancréas, est accompagnée d'un *relai ganglionnaire important*, placé aussi devant la tête du pancréas qui reçoit des territoires correspondants à ces veines (en particulier côlon transverse).

II. ***Veine mésentérique inférieure.*** — Elle draine la moitié gauche du gros intestin.

Origine. — A la face postérieure du rectum par réunion des *deux veines hémorroïdales supérieures* à 15 centimètres de l'anus.

Trajet. — Elle est d'abord pelvienne au-devant de la concavité sacrée, puis lombaire sur le flanc gauche de la colonne vertébrale à la partie supérieure de la région lombaire, elle devient un arc à concavité inférieure et droite, s'engage sous le corps du pancréas et va rejoindre la veine splénique.

Terminaison. — A la face postérieure de l'isthme pancréatique par réunion de la veine splénique.

Rapports. — *1.* PORTION ILIAQUE. — Chemine dans la racine primitive du méso-sigmoïde, elle croise obliquement les vaisseaux iliaques primitifs (par intermédiaire du FASCIA DE TOLDT).

2. PORTION LOMBAIRE. — Repose en arrière sur le psoas et sur l'aponévrose séparée d'eux par le FASCIA DE TOLDT qui l'isole également de l'*uretère et des vaisseaux spermatiques.* Dans tout ce trajet, elle est accompagnée par l'artère homonyme.

3. PORTION INTERDUODÉNO-RÉNALE. — Elle abandonne son artère, puis elle est croisée en avant par l'*artère colique gauche supérieure*, formant avec elle l'*arc vasculaire de Treitz*, la veine forme son coude au niveau du rein, elle passe dans la fossette duodénale supérieure et dans le toit de la fossette duodéno-jéjunale, avant de disparaître sous le corps du pancréas.

Collatérales. — LES TROIS COLIQUES GAUCHES :

1. *Inférieure* : Les sigmoïdes drainant le côlon sigmoïde.

2. *Moyenne* : Drainant le côlon descendant.

3. *Supérieure* : Drainant le coude gauche et la moitié gauche du côlon transverse où elle s'anastomose avec la veine mésentérique supérieure (ARC DE RIOLAN).

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — *Tome XVI* (2e édit.) : **Infections à germe inconnu.** — Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Importance des résultats obtenus par l'héliothérapie à l'altitude dans le traitement de la tuberculose et spécialement de la tuberculose dite chirurgicale, par le docteur Germain MATHIEU; préface de ARMAND-DELILLE. Un vol. de 325 pages. — Prix : 16 fr. — Paris A. Maloine et fils.

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par F. LEGUEU. *Tome IV*, fasc. I. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Prophylaxie et traitement de l'artério-sclérose, par le docteur SCHEFFLER (de Saint-Etienne). Encyclopédie illustrée des actualités scientifiques (directeur : Prof. A. SARTORY). Un vol. in-18 de bibliothèque (12 × 19), relié plein simili cuir souple, coins arrondis. — Prix : 9 fr. 50 franco. — Paris, Aristide Quillet, 278, boulev. Saint-Germain.

L'Année thérapeutique (4e année, 1923), par L. CHEINISSE. Un vol. de 224 pages. — Prix : 8 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Stérile, roman par Paul BRU, avec lettre-préface de A. BRIEUX, de l'Académie française. Un beau vol. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, France-Edition, 19, rue Gazan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 22. — SAMEDI 15 MARS 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 15 MARS 1924. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Baumgartner, Walther, Mouchet, Auvray, Riche, Sebileau et Abrami.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury est définitivement composé de MM. Grivot, Bourgeois, Lemaitre, Lardennois, Klippel, Baldenweck, Hautant.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — L'assemblée générale annuelle de l'A. E. a eu lieu le samedi 8 mars à 21 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Le docteur Belot, président d'honneur de l'Association, a ouvert la séance par une allocution, au cours de laquelle il a fait garder une minute de silence en souvenir des membres de l'Association morts dans l'année : Lionel Girard, Mlle Maas, Villetard de Prunières. Après le rapport financier du trésorier, le président a constaté dans le rapport moral la parfaite marche de l'Association au cours de l'année. Puis l'Assemblée a renouvelé son bureau pour 1924. Ont été élus :

Anciens externes : Secrétaire : Docteur F. Lepennetier.

Externes en exercice : Président : P. Sossa ; vice-président : Bocquentin; secrétaire général adjoint : Mlle Brosse; secrétaire : Leproust ; trésorier : G. Bazouge.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — Après concours, le prix municipal de l'internat a été décerné à M. Grimes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Lande, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à partir du 1er avril 1924, professeur de médecine légale et déontologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Verger, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 12 mars 1924.)

— Nancy. — Le titre de professeur est conféré à M. Robert, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy. (*J. O.*, 12 mars 1924.)

— Strasbourg. — M. Schaeffer, docteur en médecine, chargé du cours de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé, à partir du 1er avril 1924, professeur de physiologie à ladite Faculté (chaire vacante). (*J. O.*, 12 mars 1924.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des colonies. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Fontoynont (de Tananarive); Montel, médecin principal de l'Assistance médicale en Indo-Chine.

Au grade de chevalier.— M. le docteurLangeron (de Paris).

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Célestin Soret (du Havre).

Ministère des régions libérées. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Gillot (d'Hirson).

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Alexandre Desgrez a été élu par 49 voix sur 70 votants, membre de l'Académie des sciences dans la section des académiciens libres en remplacement de M. de Grammont. décédé.

M. Paul Séjourné a obtenu 29 voix, M. le professeur Achard 1 voix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Leçons de chimie appliquée a la médecine. — M. le professenr Desgrez commencera le 15 mars, à 17 heures, une série de leçons avec exercices pratiques (amphithéâtre Vulpian).

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Cours de vacances (Pâques 1924) sous la direction du professeur Nobécourt, avec le concours de MM. Lereboullet, Babonneix et Tixier, de MM. les professeurs Martinez Vargas et Casasayas (de Barcelone) et Enrique Suñer (de Madrid).

Le cours commencera le 14 avril et sera terminé le 26 avril. S'inscrire à la Faculté. Droit : 150 francs.

CLINIQUE UROLOGIQUE DE L'HOPITAL NECKER. (M. le prof F. LEGUEU.) — Un cours de perfectionnement portant sur la pathologie et la thérapeutique urinaires sera fait sous la direction du professeur Legueu, par les chefs de clinique et de laboratoire, les *mardis et vendredis*, à 16 heures, du 28 mars au 20 juin 1921.

HOPITAL LAENNEC. — Programme des leçons de M. le professeur agrégé André Jousset, sur la tuberculose :

GÉNÉRALITÉS. — Le bacille de Koch. Ses poisons. — Histogénèse générale de la tuberculose. — Classification simplifiée des diverses formes de la tuberculose pulmonaire. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Valeur respective des signes cliniques, de la bacilloscopie, des réactions biologiques, de la radiologie.

TRAITEMENT. — Prophylactique : Portes d'entrée du bacille; curatif : l'hygiène des tuberculeux. — Médications symptomatiques. Pneumothorax artificiel. Sérothérapie. Toxinothérapie.

Les leçons auront lieu le mardi, à 11 heures, à l'amphithéâtre.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — COURS DE PAQUES. — *Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, par M. le docteur E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, du lundi 14 avril au samedi 19 avril 1924.

Les cours auront lieu le matin à 9 heures à l'hôpital maritime. Chaque cours sera suivi des opérations, ponctions, confection d'appareils plâtrés, etc. correspondantes.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Parin, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

CALENDRIER DES PROCHAINS CONGRÈS. — ***1924.*** — Congrès international d'urologie, Rome, 23-26 avril 1924. — Président : Professeur Alessandri ; secrétaire général : M. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris; secrétaire du Congrès : M. Bonamone, 124, via dei Gracchi, Rome.

— IIe Congrès international de pathologie comparée, Rome, 27 avril, 4 mai 1924; président : Professeur Perroncito; secrétaire général : M. Grollet, 55, avenue Kléber, Paris.

— VIIe Centenaire de la fondation de l'Université de Naples, 9 mai 1924.

— Congrès français d'ophtalmologie, Paris, 12 mai 1924 ; secrétaire général : M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris.

— Congrès impérial d'hygiène sociale, Londres, 12-16 mai 1924.

— Congrès de médecine légale de langue française, Paris, 26-28 mai 1924; secrétaire général : Professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

— Association des médecins experts de France, Paris, 28 mai 1924.

— Réunion plénière de la Société de biologie de Paris et de ses filiales, Paris 5 juin 1924.

— Congrès d'hygiène publique, Bordeaux, 9 juin 1924.

— Journées médicales de Bruxelles, 29 juin 1924 ; secrétaire général : Docteur Beckers, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

— Journées médicales de Toulouse, 10 juillet 1924; secrétaire général : Professeur Bardier, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse.

— Congrès international d'hygiène du travail, Genève, 18-20 juillet 1924; secrétaire général : Institut d'hygiène. Université de Genève.

— Jubilé scientifique de M. le professeur Forgue, Montpellier, juillet 1924.

— Congrès français de chirurgie, Paris, 6 octobre 1924; président : M. Tuffier; secrétariat général : 12, rue de Seine, Paris.

— Congrès français d'orthopédie, Paris, 11 octobre 1924.

— Congrès français d'urologie, Paris, octobre 1924.

1925. — Congrès français de médecine, Nancy.

— Congrès international d'hydrologie, Bruxelles, 12-15 avril 1925.

1926. — VIe Congrès national de la tuberculose, Lyon, 1926.

— Congrès latin de médecine, Paris, 1926.

— L'Association de la presse médicale française organisera à la même époque un Congrès des associations de la presse médicale latine.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

TARIF. CONCIERGE. APPRÉCIATION DU TRIBUNAL

Celui qui appelle un médecin pour des soins à donner à un de ses subordonnés, domestique ou autre, est responsable vis-à-vis de l'homme de l'art des honoraires dus. Nous avons plusieurs fois indiqué la théorie admise par la jurisprudence en ce cas.

La 7e Chambre du Tribunal civil de la Seine, dans son jugement du 5 décembre 1923, en a fait une nouvelle application à une espèce où la personne soignée était un concierge. Le médecin avait été appelé par le propriétaire; dès lors celui-ci devait payer ses honoraires.

Le docteur G... avait fait assigner E... en paiement d'honoraires pour soins donnés du 29 février au 4 mai 1920 à un sieur S..., concierge d'un immeuble appartenant au défendeur (c'est-à-dire à E...);

« Attendu, dit le Tribunal, que contrairement aux conclusions signifiées à sa requête, E... a fait déclarer à l'audience que c'était sur son invitation et pour son compte que le demandeur avait été choisi comme médecin traitant, que les parties sont d'accord sur le nombre des visites pour lesquelles elles discutent seulement le tarif qui doit être appliqué;

Attendu qu'il résulte d'une note communiquée par le défendeur, laquelle sera enregistrée en même temps que le présent jugement, que le docteur G... avait réclamé, avant l'introduction de l'instance, une somme de 470 francs obtenue en doublant l'ancien tarif applicable aux accidents du travail; que cette somme est sensiblement égale à celle que donnerait, soit l'application du nouveau tarif des accidents adopté en 1920, soit une réduction de 50 p. 100 prévue pour la clientèle de classe moyenne sur le tarif d'honoraires du Syndicat général des oculistes français; que, pour ces deux raisons, elle doit être adoptée comme étant la mesure la plus exacte ou tout au moins la moins arbitraire des droits du demandeur à raison des circonstances de la cause et de la situation sociale du patient;

Attendu qu'aucune offre n'a été faite par le défendeur qui a même contesté la recevabilité et le bien-fondé de la demande qu'il doit, en conséquence, supporter la totalité des dépens. »

Le Tribunal a, en conséquence, condamné E... à payer au docteur G... la somme de 470 francs avec les intérêts de droit et les dépens de l'instance.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

DIPLÉGIE FACIALE [1]

Par MM. GUIEU et PONS,
Internes des hôpitaux de Marseille.

Symptomatologie. — On peut choisir comme type clinique les diplégies faciales périphériques; par exemple la diplégie faciale syphilitique.

Dans cette description il faut laisser de côté tous les signes communs avec la paralysie faciale unilatérale pour n'insister que sur les particularités de la diplégie. D'une façon générale le début se fait en deux temps : un côté est paralysé, puis l'autre est frappé. Cet intervalle varie avec la nature de la lésion : chez le syphilitique il oscille entre douze et quarante-huit heures, alors que d'autres fois (lésion du rocher) il atteint un mois ou même une année. Ce début peut s'accompagner encore de douleur, de fluxion de la région faciale, d'éruption zostériforme.

A la période d'état, les deux côtés ne sont presque jamais symétriquement pris, plus fréquemment les troubles moteurs sont plus accusés d'un côté, d'où déviation de la bouche du côté opposé. Cette prédominance peut être assez marquée pour laisser croire à une paralysie unilatérale. Ce qui frappe surtout, c'est le masque sans expression du malade. Aucune émotion n'altère ses traits figés, il s'agit d'une véritable paralysie de la mimique et seuls les changements de coloration du visage traduisent son état d'esprit.

Les rides ont disparu, le malade semble rajeuni : « la paralysie faciale est, rappelle Sainton, le meilleur des cosmétiques ». Dans cette physionomie de statue les yeux ont une fixité étrange, donnant au facies un air de gravité, fixité due à ce que les paupières ne clignent plus. Cependant, font contraste avec cet air hébété, les réponses précises et intelligentes du malade. Un examen plus détaillé montre les sourcils tombants, les paupières entr'ouvertes, un larmoiement fréquent. Lorsque le malade regarde en haut, au maximum, le globe oculaire du côté le plus atteint se révulse davantage que l'autre : signe de Negro. Le réflexe, sus-orbitaire disparaît dans les diplégies faciales totales (Signe de Mac Carthy). Les sillons naso-labiaux ont disparu, les lèvres sont écartées, l'inférieure à demi retournée, et laissent écouler la salive. Le malade veut-il rire, son facies devient pleurard et il ne rit que d'un côté, à cause de la prédominance unilatérale.

La parole est gênée, pour les labiales en particulier qui sont difficiles à articuler ou mieux, mal articulées. Cependant au bout d'un certain temps le malade s'éduque et arrive à corriger son défaut de prononciation.

Pendant la mastication les aliments s'accumulent par suite de la paralysie des joues. Pendant l'expiration les ailes du nez restent immobiles, les joues sont soulevées passivement. Lorsque les rameaux linguaux sont atteints, la langue ne peut être sortie très en avant ni être recourbée en haut une fois hors de la bouche. Les troubles du goût sont localisés aux deux tiers antérieurs de la langue. Quant au voile du palais, on admet actuellement qu'il n'est pas intéressé. Du côté de l'ouïe on note de l'hyperacousie.

On a signalé des troubles trophiques comme l'œdème des joues.

Il existe aussi des troubles sympathiques : la réaction sudorale de Strauss à la pilocarpine montre un retard de la sécrétion plus net du côté plus atteint; le réflexe naso-cardiaque de Weil et Philippe peut être diminué ou disparu.

Enfin les réactions électriques donnent des résultats identiques à ceux de la paralysie unilatérale, et comme les signes cliniques sont plus accentués d'un côté.

L'évolution habituelle se fait vers la régression qui débute par le côté le moins atteint. Retrouvent d'abord leur motilité : l'orbiculaire des lèvres, puis le frontal. Quand la paralysie commence à décliner la lagophtalmie apparaît. On a insisté pour les diplégies faciales totales, sur l'importance du signe de Mac Carthy, ce réflexe disparaissant alors que la paralysie se montre, réapparaissant avec l'amélioration et la suivant dans un parallélisme parfait. La guérison peut demander quelques jours ou quelques mois : elle est basée sur les réactions électriques, sur l'absence de réaction de dégénérescence.

La terminaison par contracture est plutôt rare.

A côté de ce tableau clinique il existe d'autres variétés de diplégie faciale suivant l'intensité et surtout suivant le siège et la nature de la lésion. On les retrouvera à propos du diagnostic étiologique.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic de la diplégie faciale est à faire avec toutes les affections que caractérise l'immobilité du visage.

La *sclérodermie*, du moins à son début, n'est pas toujours étendue à toute la face et évolue en trois stades successifs d'œdème, d'induration, puis de rétraction avec atrophie, celle-ci pouvant s'étendre aux muscles et même au squelette. Des tractus de sclérose peuvent parfois comprimer assez le facial pour entraîner sa paralysie.

Dans la *myopathie facio-scapulo-humérale de Landouzy-Déjerine* les muscles du visage sont intéressés des deux côtés et l'aspect est celui de la diplégie faciale. On la reconnaîtra pourtant assez aisément à son caractère familial et héréditaire, à son début simultané par les deux côtés du visage et pendant la seconde enfance, à sa tendance extensive vers les muscles de l'épaule et du bras et même parfois vers ceux du bassin et du siège.

La *myasthénie d'Erb* est facile à éliminer avec sa fatigabilité musculaire, sa réaction myasthénique (Jolly) et l'atteinte simultanée et souvent prédominante des muscles des yeux, du voile, des masticateurs, des muscles du cou.

La rigidité faciale, le facies figé qui font partie du tableau clinique de la plupart des syndromes du corps strié sont aisés à reconnaître : le tremblement, la rigidité, la dysarthrie, les troubles intellectuels et l'absence de paralysie vraie caractérisent la *maladie de Wilson*, la *pseudo-sclérose de Westphall-Strümpell*, *les syndromes pseudo-bulbaires d'origine striée*, *les syndromes de Vogt* (*rigidité de type Little*), *les syndromes parkinsoniens*.

Diagnostic étiologique. — *A.* Le diagnostic est évident. — Il s'agit d'un traumatisme ou d'un accident obstétrical. La symptomatologie n'offre rien de particulier et les amnamestiques font le diagnostic.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 20, p. 337.

B. Le diagnostic est discutable. — Trois cas sont à envisager :

1° La paralysie est incomplète, c'est-à-dire prédomine plus ou moins sur le facial inférieur;

2° La paralysie est totale.

3° Diplégies exceptionnelles.

1° **Diplégies de type incomplet.** — La paralysie est incomplète. Les réactions électriques ne sont pas modifiées, du moins qualitativement, tout au plus constate-t-on une diminution de l'excitabilité électrique du nerf et des muscles paralysés. La paralysie est rarement isolée et fait le plus souvent partie d'un ensemble symptomatique. C'est ainsi que la paralysie pseudo-bulbaire ou la quadriplégie s'accompagnent d'une diplégie dont le diagnostic est facile. Il s'agit d'un malade atteint d'artérite ou de sclérose, le plus souvent un syphilitique. En somme, l'histoire de ces diplégies n'est qu'un chapitre de l'étude des paralysies pseudo-bulbaires.

On peut aussi penser à l'atteinte des noyaux bulbaires à la suite d'un processus aigu ou chronique.

a. Processus a marche aiguë. — Dans la maladie de Heine-Médin on peut rencontrer une diplégie faciale, mais les symptômes généraux et les signes de paralysie sur les membres, la réaction de dégénérescence parfois observée, permettent le diagnostic.

De même les signes concomitants (algies à type radiculaire, léthargie, myoclonie, paralysies oculaires) feront diagnostiquer une diplégie faciale au cours d'une encéphalite épidémique.

b. Processus a marche lente. — Dans la paralysie labio-glosso-laryngée, le facial supérieur n'est pas intéressé, la marche est progressive : les lèvres d'abord, puis la langue, le voile, enfin le larynx. Il n'y a jamais paralysie du rire, ni de l'occlusion des paupières, et il faut noter la précocité de l'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence et contractions fibrillaires.

2° **Diplégies du type total.** — Atteignant le facial supérieur et le facial inférieur, ces diplégies, totales, ont été prises comme type de description. L'absence du signe de Mac-Carthy peut servir à les distinguer des diplégies faciales d'origine cérébrale.

La diplégie faciale périphérique et la paralysie faciale unilatérale reconnaissent les mêmes origines :

Syphilis, polynévrites (et paralysies a frigore), otites.

a. Syphilis. — Elle est, et de beaucoup, la cause la plus importante des diplégies du type périphérique.

Presque toujours il s'agit d'une méningite syphilitique ou d'une méningo-radiculite; plus rarement la lésion est une périostite du rocher ou une gomme. La diplégie apparait assez rapidement après l'accident initial (trois mois d'après Krumbhaar) à la fin de la période primaire ou au début de la période secondaire.

Elle s'annonce par de la céphalée, des picotements, de l'engourdissement des lèvres, le malade éprouve de la gène de la mastication, puis, brusquement, au réveil, apparait une paralysie unilatérale. L'autre côté ne tarde pas à se prendre. Fréquemment se note une paralysie concomitante de l'acoustique.

b. Polynévrites. — La diplégie peut se faire en deux temps avec intervalle variable ou s'établir d'emblée. Il est rare qu'elle apparaisse la première sans aucun phénomène précurseur, et les relations qui peuvent exister, au point de vue de la succession des phénomènes, entre le début de la diplégie et celui des autres manifestations de la polynévrite, sont également très variables. Cependant la diplégie précède rarement ces autres manifestations.

En faveur de ce diagnostic, on note :

Un début fébrile assez constant, et la notion, le plus souvent retrouvée mais non toujours, d'une infection ou d'une intoxication ;

Des troubles moteurs apparus progressivement et se propageant d'une façon symétrique;

Des douleurs spontanées et des fourmillements douloureux fréquents, sans que l'on trouve d'une façon générale des troubles objectifs bien caractérisés de la sensibilité.

La régression des symptômes se fait dans l'ordre inverse de leur apparition.

Il n'existe pas une relation constante entre le degré des modifications électriques et celui de la paralysie. La gravité est plus ou moins grande, la durée variable, le pronostic bénin. La guérison est en général rapide.

c. Otites (*polypes des conduits auditifs*, *carie du rocher*). — La diplégie est une paralysie totale ordinaire. On note la prédominance des signes sur le facial supérieur.

3° **Diplégies exceptionnelles.** — Ces causes étant éliminées, on pourra penser surtout s'il s'agit d'un enfant à deux variétés peu fréquentes de diplégies :

La diplégie congénitale et la diplégie familiale.

a. **Diplégies congénitales.** — Elles apparaissent aussitôt après la naissance ou surviennent dans l'enfance. Elles se caractérisent avant tout par une diplégie associée à une ophtalmoplégie externe double. Les troubles moteurs sont peu intenses, il y a plutôt parésie simple que paralysie véritable. Dans le cas de Mœbius les yeux étaient largement ouverts, les paupières supérieures tombantes et les conjonctives gonflées. A l'examen électrique, seuls les muscles attirant les lèvres en bas et en dehors et les masticateurs réagissaient. Le type Mœbius s'accompagne d'autres vices de conformation : anomalie du crâne, bifidité de la luette, soudure des doigts. Il persiste durant toute la vie sans modification.

b. **Diplégies familiales.** — Elles débutent, soit par le facial supérieur, soit par le facial inférieur. A la période d'état, elles ne sont pas exactement symétriques et s'accompagnent de ptosis, de paralysie des abducteurs du larynx. On note des contractures fibrillaires sur les muscles atteints, la sensibilité est intacte. Londe a signalé des troubles trophiques (dents, arthropathie temporo-maxillaire). Faisant contraste avec le type Mœbius qui persiste toute la vie sans amélioration ni aggravation, le type Marie-Brissaud évolue au contraire très rapidement.

c. Enfin, tous ces diagnostics ayant été envisagés, on peut penser à la possibilité d'une *diplégie hystérique*. Cette dernière donne de la parésie plutôt que de la paralysie totale. Parfois on constate de l'hémispasme des zygomatiques et de la langue. Plus rarement contracture de tous les muscles innervés par la VIIe paire. On ne trouve pas le signe de Ch. Bell et la réaction de dégénérescence manque

constamment. L'évolution est capricieuse : fortement influencée par la suggestion et par la persuasion (Babinski).

Évolution. Pronostic. — Le pronostic vital et le pronostic fonctionnel dépendent de l'affection causale. Le pronostic de la diplégie est relativement bénin dans la polynévrite et la syphilis; naturellement mauvais dans les cas où il y a destruction totale par traumatisme ; réservé dans les autres cas. Chez l'enfant le type Mœbius est stationnaire et constitue une infirmité plutôt qu'une maladie tandis que le type Marie-Brissaud est grave.

Il ne faudra pas négliger l'intensité et la gravité des signes associés. La précocité, le choix judicieux du traitement, la réaction de dégénérescence peuvent modifier beaucoup l'évolution du syndrome.

Traitement. — Avant tout faire le traitement de la cause (syphilis, infection, intoxication) en se souvenant, à propos du rôle si important de la syphilis, des discussions engagées sur l'emploi de l'arsenic et du mercure. Le traitement mixte paraît être le plus sûr et jusqu'ici a donné les meilleurs résultats.

Lorsque la paralysie est constituée on peut essayer (si elle est due à une lésion du neurone périphérique) le traitement électrique.

1° Dans les formes légères utiliser surtout la contraction musculaire électriquement provoquée. On aura recours à la faradisation, soit à chocs espacés, soit tétanisante et coupée au métronome. Quand il n'y a pas réaction de dégénérescence on peut dès le début employer les courants faradiques induits sur bobine à gros fil afin d'impressionner le moins possible les nerfs de la sensibilité.

2° Formes moyennes. — Au début faire du courant continu, à dose maxima de 10 à 20 milliampères, avec le masque de Bergonié, le malade étant dans la position horizontale. Les séances auront une durée progressive de quinze à trente minutes et auront lieu tous les deux jours.

La galvanisation portera successivement au niveau des points où le facial et ses branches sont accessibles, c'est-à-dire au niveau du trou stylo-mastoïdien; au-devant de l'oreille, au niveau de la tempe, au point sous-orbitaire, sur la joue, au niveau du trou mentonnier.

3° Formes graves. — Le courant continu à l'état constant doit être appliqué durant plusieurs semaines.

Lorsque, dans les formes moyennes ou graves, l'amélioration survient on peut produire en fin de séance des contractions musculaires au métronome; mais s'il se produit une ébauche de contracture on fera simplement du courant continu ou même on cessera le traitement.

C'est surtout dans ces formes graves qu'il faut redouter les contractures, d'où l'importance de les dépister précocement. L'apparition de mouvements associés (relèvement des lèvres, de l'aile du nez), l'apparition de mouvements spasmodiques dans un muscle paralysé sous l'influence d'un excitant artificiel, le retour trop précoce de l'excitation faradique (Duchenne) feront craindre cette complication.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1908, voir :
LAURANS. Diplégie faciale au cours des polynévrites, *Th. de Paris*, 1908.
ACHARD. *L'Encéphalite léthargique*, Paris 1921.
DE AZUA. *Riv. clin. de Madride*, 1912.
ALBO. Diplégie faciale grippale, *Revue neurol.*, 1922.
BONNET. Paralysie faciale double syphilitique, *Lyon méd.*, 1912.
BAUDOUIN et CHABROL. Diplégie faciale polynévritique, *Soc. de neurol.*, 1910.
BAUMEL et LARDENNOIS. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1917.
CROUZON et CHATELAIN. Quadriplégie et diplégie faciale polynévritique, *Revue de neurol.*, 1914.
CHATELAIN et PATRIKIOS. Diplégie faciale traumatique, *Soc. de neurol.*, 1917.
A. DE CASTRO. *Revue neurol.*, 1919.
DESCOMP et QUERCY. *Revue neurol.*, 1919.
KRUMBHAAR. *Philadelphia Neurol. Soc.*, 1912.
LAROCHE et CHATELAIN. Diplégie faciale et leucémie lymphoïde, *Revue neurol.*, 1911.
LANNOIX et DUJOL. Paralysie faciale double syphilitique, *Lyon méd.*, 1912.
A. LÉRY et MOLIN DE TEYSSIEU. Diplégie faciale périphérique, *Centre de neurol. de la IIe armée*, 1918.
MARCHAND. Diplégie faciale totale traumatique, *Progrès méd.*, 1918, n° 14.
MARINESCO. Diplégie faciale et infections antirabiques, *Soc. roumaine de neurol. et de psych.*, 1907.
MORAES. *Medicina Contemporanea*, 1912.
NIKITINE. *Revue russe de neurol. et de psych.*, 1908.
NEGRO. *Revue neurol.*, 1913.
OPPENHEIM. Diplégie faciale traumatique, *Paris méd*,. 1917.
POPOFF. *Moniteur russe de neurol.*, 1908.
PAULIAN. Diplégie faciale postexanthématique, *Revue neurol.*, 1922.
A. ROSSI. Diplégie faciale totale périphérique, *Il Policlinico*, mars 1918.
RICCA. *Riforma med.*, 1908.
ROOSENDA. *Rivista neurol. patologica*, 1908.
SAINTON. Diplégie faciale et encéphalite, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1918.
SEPILLI. *Riv. ital. di neurop. et electrotherap.*, 1908.
SAGRINI. *Riv. ital. di neurop. et electrotherap.*, 1912.
SERAMIROFF. *Moniteur russe de neurol.*, 1914.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 MARS 1924)

Action de l'insuline sur l'hyperglycémie caféinique. — MM. Henri LABBÉ et B. THÉODORESCO.

Influence des rayons X sur la catalase du foie. — MM. A. MAUBERT, L. JALOUSTRE, P. LEMAY et C. GUILBERT montrent que les rayons X exercent une action paralysante progressive sur la catalase du foie, paralysie qui s'accroît avec le temps et l'intensité de l'irradiation.

Action des divers constituants du bacille de Koch sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin et du cobaye. — MM. A. BOQUET et L. NÈGRE. Il résulte des expériences des auteurs que les matières grasses et les lipoïdes du bacille de Koch ont des effets opposés sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. Alors que les graisses accélèrent l'extension et la généralisation des lésions, les lipoïdes insolubles dans l'acétone et solubles dans l'alcool méthylique ralentissent la marche de l'infection, retardent l'envahissement des poumons et, dans certains cas, favorisent l'apparition d'un processus cicatriciel de sclérose.

Les fonctions des capillaires sanguins. — M. A.-C. GUILLAUME. Grâce à la *capillaroscopie* ou *microangioscopie*, l'auteur a pu faire des constatations qui appellent plusieurs conclusions : on considère actuellement la capacité du système circulatoire comme s'accroissant du cœur aux capillaires pour décroître ensuite, la capacité maxima étant atteinte dans

le système capillaire; or, il s'agit là d'estimations anatomiques, c'est-à-dire d'estimations cadavériques; les constatations montrent au contraire que la *capacité réelle*, la capacité physiologique (*in vivo*) des capillaires est autre, ayant évidemment un maximum représenté idéalement par la *capacité anatomique* et un minimum qui correspond au maximum physiologique de restriction circulatoire. Entre ces deux extrêmes et suivant les conditions physiologiques ou pathologiques, la capacité capillaire variera.

Sensibilisation anaphylactique par voie oculaire. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 MARS 1924)

Les greffes osseuses. — M. Léon IMBERT (de Marseille) communique une note sur les greffes osseuses.

L'entérorraphie appliquée à la cure des fistules stercorales. — M. POTHERAT. L'afflux intestinal ne peut cesser que par entéro-anastomose iléo-sigmoïdienne, une exclusion intestinale ou bilatérale, la résection enfin de l'anse exclue. La gravité de l'infirmité justifie ces interventions pour amener la guérison.

Celle-ci pourtant peut être obtenue par la libération de l'anse lésée, la suture muquo-muqueuse, puis séro-séreuse dans l'abdomen suivant une technique exposée dans ses détails.

Cette guérison par entérorraphie latérale conseillée par Trélat a été employée par l'auteur dans six cas et a donné six succès complets; elle doit donc être conseillée avant toute autre méthode plus complexe.

Encéphalite épidémique. — MM. A. MARIE et POINCLOUX communiquent à l'Académie les résultats de la vaccinothérapie intrarachidienne des séquelles de l'encéphalite épidémique à l'aide du virus fixe encéphalitique.

Appliqué dans une dizaine de cas d'encéphalite plus ou moins ancienne, le virus atténué par passage sur le lapin (souche Carnot-Levaditi) depuis trois ans a permis d'obtenir des améliorations remarquables dans des cas soumis au traitement durant un temps suffisant.

En cas d'épidémie sévère, il y aurait peut-être là un moyen de cure prophylactique.

Améliorations hygiéniques à introduire dans la pratique de la circoncision chez les Musulmans de Tunisie. — M. DINGUIZLI, après avoir donné un aperçu historique de la circoncision, pénètre dans le vif du sujet et expose la technique opératoire de la circoncision telle qu'elle est pratiquée chez ses coreligionnaires musulmans de la Régence.

Les Tahars, « les circonciseurs », constituent une véritable corporation ayant à leur tête leur chef : l'aminé des Taharas.

M. Dinguizli propose, en attendant qu'un décret beylical règlemente la pratique de la circoncision dans la Régence, que l'exécution de cette pratique soit confiée aux auxiliaires médicaux si utiles.

Sur l'arrêt des paroxysmes de tachycardie essentielle par le réflexe oculo-cardiaque. — MM. A. CLERC, P.-Noël DESCHAMPS et J. SURMONT ont eu recours à la compression du paquet vago-carotidien au niveau du cou (manœuvre de Czermak). Depuis que la recherche du réflexe de Daguini-Ashner est entrée dans la pratique, il est devenu indiqué d'utiliser ce dernier.

Les auteurs présentent un cas de ce genre concernant une femme de cinquante-sept ans chez laquelle la compression des globes oculaires amène chaque fois le retour rapide des battements au taux normal.

Cette manœuvre n'est pas toujours couronnée de succès (sur trois cas personnels elle a échoué une fois); parfois la compression carotidienne est plus efficace; mais, en raison de sa simplicité, elle doit être essayée la première en date, permettant de juguler l'action dès son apparition et prévenir d'emblée ses conséquences fâcheuses. Il ne s'agit évidemment que d'un traitement symptomatique dont la mise en œuvre empêche rarement les crises de se reproduire dans la suite. Aussi, dans l'intervalle, devra-t-on essayer les diverses médications préventives, au premier rang desquelles se place l'administration de la quinidine.

D'une étude de **328 cas de fièvre typhoïde** observés en quatre ans et demi, MM. COURTOIS-SUFFIT, Francis BOURGEOIS et Raymond GARCIN dégagent les faits suivants. Malgré la campagne entreprise dans le but de faire profiter toute la population civile de la vaccination antityphoïdique, les femmes ne sont vaccinées qu'exceptionnellement et paient, de ce fait, le plus lourd tribut à la maladie : sur 328 cas, 104 hommes et 224 femmes.

A l'heure actuelle, les auteurs estiment que la contagion de la fièvre typhoïde se fait assez rarement par l'eau, mais beaucoup plus souvent par les porteurs de germes, par les aliments : lait souillé, légumes, gâteaux à la crème et surtout par les huîtres. Malgré les mesures envisagées et prises en partie, les cas de fièvre typhoïde d'origine ostréaire sont toujours aussi nombreux et aussi graves pendant les mois « en R ».

Cliniquement, il semble que la symptomatologie de la maladie s'est quelque peu modifiée depuis quelques années. C'est ainsi que, dans la plupart des cas, la constipation remplace la classique diarrhée : 274 formes avec constipation contre 54 avec diarrhée; que les formes adynamiques avec prostration sont exceptionnelles. Le pouls n'est pas toujours aussi lent qu'on l'a décrit dans les traités classiques, et, dans la plupart des cas, dès le début de la période d'état, on note une tachycardie qui peut atteindre 120-130 sans être, pour cela, d'un mauvais pronostic. Elle marque le début de la myocardite typhique qui peut s'en tenir du reste à cette simple accélération du pouls.

Dans presque toutes les formes observées, le bacille d'Eberth a été à peu près seul en cause : 297 fois contre 31 fois les para A ou B.

Les auteurs estiment qu'on peut, à l'heure actuelle, isoler une forme clinique « ostréaire » de la fièvre typhoïde qui se caractérise par son début brusque, par des frissons et des vomissements, son évolution plus sérieuse, la fréquence des complications : 71 p. 100 dans ces formes contre 9,8 p. 100 dans les formes ordinaires ; le pourcentage considérable des décès, 17 p. 100 dans les formes ostéraires contre 3,6 p. 100 dans les autres.

Les auteurs poursuivent actuellement des recherches bactériologiques et thérapeutiques sur les moyens de combattre le bacille d'Eberth dans l'huître elle-même, et ils insistent sur la nécessité, pour les amateurs d'huîtres, de se faire vacciner s'ils veulent continuer à user de cet aliment sans danger pour leur santé et même pour leur vie. Des cas typiques de contamination familiale ont, en effet, montré que les sujets non vaccinés faisaient toujours des formes très graves tandis que ceux qui avaient été vaccinés restaient indemnes ou ne faisaient qu'une infection atténuée.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde, facilité par les recherches de laboratoire, est le plus souvent facile, au moins à la période d'état. Cependant, dans quelques cas, cette infection a pu être confondue avec la pyélonéphrite à colibacilles. Il est donc nécessaire de répéter à plusieurs reprises le séro-diagnostic surtout lorsque, comme dans deux cas observés par nous, l'agglutination a été faible et de rechercher le colibacille dans les urines.

Le traitement, en dehors de cette vaccination préventive, doit être des plus simples et on doit se garder de toute thérapeutique agressive. Les auteurs, après une expérience de plus de vingt ans portant sur 1.649 cas de fièvre typhoïde, estiment que les résultats les meilleurs sont obtenus avec la balnéation, les boissons abondantes, les soins de propreté et, exceptionnellement, en cas de complications cardiaques ou d'hémorragies, les injections d'huile camphrée à hautes doses (10 centimètres cubes toutes les trois heures) ou de morphine-ergotine.

Au point de vue prophylactique, il serait de toute nécessité, ainsi que l'ont demandé déjà les professeurs Widal, Lemierre et Abrami, que l'on constitue un dossier très précis pour les individus vaccinés avec indications des dates, des doses et du vaccin employé. Nous pensions trouver ces indications sur

les livrets militaires de nos malades vaccinés pendant la guerre. Il n'en a rien été dans la plupart des cas, et cette indication a été absente ou incomplète. Il semble également qu'un trop grand nombre d'individus a réussi, sans raisons médicales valables, à échapper à la vaccination. Il serait donc de toute nécessité que, dans l'avenir, ces indications soient mieux établies si l'on veut se rendre un compte exact de la valeur et de la durée de la vaccination. Il serait également désirable de voir se répandre dans le grand public la notion que la vaccination antityphoïdique, du moment qu'elle est pratiquée après examen médical permettant d'éliminer les sujets chez lesquels elle est contre-indiquée, ne présente aucune gravité et qu'elle donne des réactions infiniment moins pénibles que la vaccination contre la variole qui est cependant acceptée par tous.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 MARS 1924)

Dilatation anévrismatique de l'artère pulmonaire. — A l'occasion de la communication de M. Arrillaga, MM. LECONTE et E. BORDET rapportent un cas de dilatation anévrismatique de l'artère pulmonaire observée chez un homme de cinquante-quatre ans, garçon boulanger, emphysémateux de longue date, ancien paludéen et ancien syphilitique ; il existait une cyanose disproportionnée avec la dyspnée du malade, et un certain degré de polyglobulie ; l'auscultation du cœur montrait un souffle systolique intense au foyer pulmonaire, sans aucun frémissement. L'examen orthodiagraphique permit de constater, en position frontale, une énorme saillie de l'arc moyen (flèche de cet arc 8cm5 au lieu de 2,5 à 3 normalement) et, dans les positions obliques, une vaste dilatation ampullaire répondant au tronc de l'artère pulmonaire. Cette observation montre, une fois de plus, l'intérêt primordial de la radioscopie pour le diagnostic des lésions de ce vaisseau et vient à l'appui des conclusions de M. Arrillaga sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de celles-ci.

Traitement de l'incontinence essentielle d'urine. — M. COMBY rappelle les différents traitements préconisés pour l'incontinence essentielle d'urine et qui donnent les uns et les autres certains résultats heureux : extrait de belladone, strychnine, camphre, acide phosphorique, médication thyroïdienne. Il a lui-même obtenu de bons résultats par une hygiène et un régime alimentaire convenables associés à l'hydrothérapie et à l'atropine (xv à xx gouttes d'une solution d'atropine au millième).

Méningite à pneumobacilles de Friedländer. — M. LION rapporte un cas à rapprocher de celui de M. Ménétrier.

Sur l'existence de lésions sanguines au cours des hémorragies cérébro-méningées. — MM. P. EMILE-WEIL, ISCH-WALL et POLLET rapportent cinq cas d'hémorragies cérébro-méningées et un cas d'hémorragie rachidienne, où existaient en même temps des lésions du sang : à savoir, prolongation du temps de saignement, qui est le double ou le triple de la normale avec arythmie, prolongation légère de la durée de la coagulation, un caillot peu ou pas rétractile et se redissolvant rapidement.

Dans tous ces cas, le liquide de ponction ramenait, non un liquide xanthochromique, mais du sang pur ou un liquide rouge.

Ces lésions du sang expliquent, non la production de l'hémorragie, mais son importance ; en effet, l'hémorragie cérébrale banale ne s'accompagne généralement pas de lésions sanguines, ce qui est naturel, puisqu'elle résulte de lésions artérielles (athérome, artérite syphilitique, hypertension). Grâce à la difficulté de la coagulation, l'hémorragie continue longtemps et peut fuser dans les ventricules cérébraux et les méninges.

Cette notion a une importance thérapeutique, car elle fait conclure à l'utilité d'associer à la ponction lombaire décompressive les médications coagulantes : sérothérapie, hématothérapie, qui se montrèrent utiles dans deux cas.

Gangrène pulmonaire; sérothérapie antigangréneuse; guérison; adénopathie sérique généralisée. — MM. LECONTE et YACOEL rapportent une observation de gangrène pulmonaire qui, traitée précocement par la sérothérapie antigangréneuse, a rapidement guéri. Par contre, tandis que se manifestait l'amélioration générale et locale, se produisit une véritable « explosion ganglionnaire » : ganglions inguinaux, axillaires, sus-claviculaires et sous-maxillaires se tuméfièrent et l'adénopathie inguinale prit même une allure inflammatoire assez aiguë pour faire craindre un adénophlegmon. La régression de cette poussée ganglionnaire fut cependant presque aussi rapide que l'avait été son éclosion, et la brusque apparition, quelques jours après celle-ci, des accidents sériques ordinaires (urticaire, asthralgies) vint confirmer l'origine sérothérapique de cet incident, exceptionnel à ce degré.

M. NETTER a constaté, dans tous les cas de sérothérapie, une réaction ganglionnaire.

M. DUFOUR a observé le même fait; mais à propos d'un cas signale que la sérothérapie antigangréneuse n'est pas toujours suivie de succès.

M. CAUSSADE pense qu'on ne doit pas encore parler de guérison, car on observe souvent des rechutes plus de trois mois après une guérison apparente.

M. MARTIN voit dans l'observation de M. Leconte, un fait rare. Dans les cas d'énormes réactions ganglionnaires, il s'agit de sujets infectés.

Un cas d'anévrismes multiples. — MM. DARGEIN et OUDARD.

Coma diabétique chez un hépatique. — M. Marcel LABBÉ rapporte l'histoire clinique d'un malade atteint de cirrhose hépatique avec gros foie, diabète, sans mélanodermie qui a présenté un coma sans acidose. L'insuline est restée sans action et l'auteur a pu vérifier que le foie présentait des lésions dégénératives très marquées.

Colique vésiculaire à forme lombaire. — MM. MOZER (de Berck) et G. PARTURIER (de Vichy) rapportent l'observation d'une malade de vingt-quatre ans qui fut prise brusquement de douleur franchement lombaire. Les crises devinrent subintrantes s'accompagnant de raideur avec contracture de la colonne vertébrale. On crut à un mal de Pott et on tenta d'appliquer un corset plâtré. La contraction de la région sous-hépatique exaspère la douleur. On dut se contenter du lit plâtré : La malade vivait ainsi depuis deux ans, lorsque apparut une tuméfaction du flanc droit qui fut considérée comme un abcès par congestion. Elle disparut au moment d'intervenir par ponction.

C'est seulement deux ans après que l'examen permit de constater : 1° Dans le flanc droit, un cholécyste à méso flottant sous un lobule de Riedel ; 2° le point phrénique de Chauffard ; 3° du subictère avec hypercholestérinémie. Le traitement classique de la colique vésiculaire entraîne la suppression des douleurs lombaires et la disparition de la tumeur qui ne réapparaît qu'après certains écarts de régime.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1924)

Cure d'épispadias chez la femme. — M. MARION, chez une jeune fille de dix-sept ans atteinte d'une incontinence absolue, pratiqua l'opération suivante : taille d'un lambeau vaginal quadrilatère fixe au pourtour des orifices uréthral et génital. Transformation de ce lambeau en une sorte de canal qu'à l'aide d'une pince il refoula dans le vagin où il fut fixé, l'autre extrémité du lambeau restant fixée au pourtour de l'urèthre. Après cette opération, la malade put retenir ses urines pendant deux heures.

Dans un récent travail, M. Potel a fait allusion à une autre malade de M. Marion opérée d'épispadias par un autre procédé et qui a conservé une petite fistule, ce qu'il a pu éviter chez cette seconde malade qui reste continente depuis l'opération que vient de décrire M. Marion.

Oblitération de l'artère mésentérique supérieure. — M. Descomps analyse une observation de M. Desplas. Il s'agit d'un cas d'oblitération de l'artère mésentérique supérieure ayant entraîné un sphacèle total de l'intestin grêle. Le diagnostic porté avait été entérite hémorragique. Laparotomie exploratrice, fermeture sans aucune intervention. Mort. L'étendue du sphacèle rendait, dans ce cas, toute résection inutile. La malade succomba. A l'autopsie on trouva la cause des accidents dans une oblitération de la mésentérique supérieure.

Dans les cas de gangrène partielle, on peut tenter la résection de la partie de l'intestin gangrénée, opération grave puisqu'elle donne encore de 75 à 90 p. 100 de mortalité.

M. Lardennois fait observer que le diagnostic n'est pas facile. Un signe important est l'intensité des douleurs qu'éprouvent ces malades. Il n'y a pas toujours d'évacuation sanglante. Il faut toujours faire une laparotomie exploratrice et tenter la résection si la gangrène intestinale est limitée.

M. Chiffoliau a observé quatre ou cinq cas de ce genre. On fait d'abord généralement le diagnostic d'occlusion. Le toucher rectal, d'une part, pouvant amener un peu de sang et, d'autre part, le lavage de l'estomac en ramenant du liquide sanguinolent, peuvent mettre sur la voie du diagnostic de thrombose mésentérique. L'intervention a bien peu de chances d'amener un résultat. On devrait, dans ces cas, se contenter de pratiquer une extériorisation.

Infection puerpérale postabortum. — M. Proust communique l'observation d'une malade présentant, après une fausse-couche, des troubles graves d'infection puerpérale, avec de violents frissons et un phlegmon du ligament large gauche.

M. Maurer fit à cette malade la ligature de l'iliaque primitive gauche et ponctionna la fosse iliaque du même côté. Les frissons cessèrent, la température baissa et la malade guérit.

Le même procédé fut employé chez une autre malade, atteinte d'infection puerpérale, mais sans phlegmon du ligament large. On a eu recours, de même, à la ligature de la jugulaire dans le but d'enrayer des infections mastoïdiennes.

M. Lecène met fort en doute que la ligature d'une seule veine iliaque primitive puisse arrêter une infection puerpérale. Il faudrait, au moins, lier les deux veines iliaques primitives, les veines tubo-ovariennes ou même la veine cave. Alors même qu'on procéderait à toutes ces ligatures, M. Lecène douterait encore qu'elles puissent exercer une action favorable sur l'évolution d'une infection puerpérale. Dans ces sortes d'infections, on peut tout voir, même des guérisons spontanées, sans aucun traitement.

M. Sébileau partage l'avis de M. Lecène. Dans sa communication, M. Proust a parlé de la ligature de la jugulaire interne dans le traitement de la mastoïdite. Après bien des tentatives, M. Sébileau est obligé de conclure qu'il n'y a pas grand fonds à faire sur l'efficacité de ces ligatures veineuses dans les infections et moins peut-être encore dans l'infection puerpérale.

M. J.-L. Faure fait observer que s'il s'agit d'une thrombophlébite la ligature de la veine iliaque primitive pourrait avoir une action favorable.

M. Proust reconnaît le bien-fondé de certaines des objections qu'on lui a faites.

— La discussion se poursuivra dans les séances ultérieures.

Contusion de l'artère axillaire, artérite oblitérante. — M. Auvray communique l'observation d'une femme alcoolique qui est amenée dans son service pour une fracture grave de l'extrémité supérieure de l'humérus, fracture à grand déplacement, avec une vaste contusion et une large ecchymose. Immobilisation momentanée dans une écharpe. Quelques jours après, apparaissent des troubles circulatoires, des taches brunâtres sur les mains; la température monte à 38 degrés, bientôt apparaissent des signes nets d'artérite oblitérante. Pas d'oscillations au Pachon, tension très basse. Le pouls radial ne se sent plus, la main se refroidit. M. Auvray se décide à intervenir. Il libère l'axillaire, pince les vaisseaux en amont et en aval, trouve un renflement au niveau des circonflexes. Il ouvre l'artère, en extrait un caillot de 3 centimètres de longueur et referme l'artère par une suture latérale.

La douleur a persisté pendant vingt-quatre heures, puis a disparu. La tension artérielle s'est relevée. Toutefois, il a fallu sacrifier plusieurs doigts plus particulièrement atteints de gangrène.

M. Auvray insiste sur l'importance des signes fournis par l'examen de la tension artérielle dans ces cas.

Lésion rare d'ulcère peptique s'étant propagé au diverticule de Meckel. — M. Guibal (de Béziers) communique l'observation d'un garçon de quatorze ans qui, depuis deux mois, était atteint d'hémorragies intestinales graves. Les examens clinique et radiographique ne révélait rien de particulier. L'examen du sang révèle une grande anémie. Après une transfusion, M. Guibal fait une laparotomie exploratrice. Il trouve sur le grêle, à une certaine distance du cæcum, une induration avec ganglions mésentériques, résèque et trouve un diverticule de Meckel présentant, dans sa portion dilatée, une muqueuse à type gastrique qui porte un ulcère peptique dont le fond contient de gros vaisseaux, source probable des hémorragies.

Un examen histologique pratiqué par M. Lecène confirme l'analogie entre les ulcères gastriques et cette lésion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 1er mars 1924)

Immunisation spontanée contre la diphtérie en milieu hospitalier. Importance du temps de séjour. — MM. Lereboullet et Joannon qui, à l'occasion d'une petite épidémie de diphtérie survenue dans une salle, ont observé à l'hôpital des Enfants-Malades une centaine d'enfants de deux à quinze ans atteints de tuberculose ostéo-articulaire et immobilisés au lit pendant de longs mois, ont constaté que la proportion des Schick positifs était parmi eux normalement basse et que l'influence de l'âge sur la répartition de l'immunité était restreinte. L'importance du temps de séjour pour l'acquisition de l'état réfractaire leur est apparue primordiale. Ils ont noté que la proportion des Schick positifs était dans les différents groupes inversement proportionnelle à la moyenne des temps de séjour, et, que les enfants les plus anciens étaient réfractaires à la diphtérie quel que fût leur âge.

Les cas de diphtérie (six en sept ans) ne se sont produits que chez des sujets hospitalisés depuis peu de temps.

La répétition du Schick a montré qu'au bout d'un an tous les sujets primitivement réceptifs (enfants présentant un Schick positif ou atteints de diphtérie) encore présents dans les salles avaient acquis l'état réfractaire.

Le dosage de l'urobiline urinaire. — MM. P. Descomps, Goiffon et Brousse (de Châtel-Guyon). Il n'existait pas jusqu'à présent de dosage de l'urobiline. Les auteurs en ont établi une méthode dont les points essentiels sont les suivants : 1° un *appareil* permet de mesurer, par dilution, l'intensité relative des fluorescences de deux solutions d'urobiline zincique, dont l'une sert d'étalon (solution titrée d'urobiline *pure*); 2° la *réaction de milieu* assurant le maximum de fluorescence (PH 7,2) est obtenue par dilution avec une solution tampon d'acétate de soude; 3° L'*oxydation* de l'urobilinogène est complète, sans destruction, par action de l'iode en présence d'empois d'amidon pendant un temps déterminé; 4° la mesure de fluorescence se fait sans extraction préalable sur l'urine elle-même convenablement *déféquée*.

Les résultats cliniques se sont montrés intéressants. De 0g040 par vingt-quatre heures, taux normal, l'urobilinurie peut passer à 2g50 dans des cas pathologiques; ce sont les ictères par rétention, les résorptions sanguines par hématomes qui ont donné les chiffres les plus élevés.

Sur l'inscription graphique de la réponse des adducteurs au réflexe médio-pubien. — MM. Georges Guillain, A. Strohl et Th. Alajouanine étudient les caractères graphiques du myogramme des adducteurs au cours du réflexe médio-pubien. Le gonflement musculaire a été enregistré par transmission à air. Le tracé obtenu offre de grandes ressemblances avec ceux des autres réflexes, excités par percussion d'une surface osseuse. La secousse mécanique est supprimée

ou très réduite. La contraction du muscle survient après un temps perdu de 40 millièmes de seconde, assez variable suivant les sujets, les écarts observés devant être mis sur le compte des conditions anatomiques dans lesquelles se produisent la percussion et la propagation de l'onde mécanique.

Cette secousse est unique, les ondulations peu accusées du tracé ne permettant pas de différencier plusieurs phases dans la réponse du muscle. Au point de vue graphique, cette réponse rentre bien dans la catégorie des réflexes périostés.

Présentation d'appareils pour hémoculture et transfusion sanguine. — Le professeur ROGER présente un appareillage simple, imaginé par MM. R. Leclerc et R Benda, pour pratiquer avec une asepsie absolue un prélèvement de sang en vue d'une hémoculture. Il s'agit d'un ballon de verre ordinaire contenant le bouillon dans lequel le sang s'écoule directement en vase clos, à l'abri des microbes de l'air par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc.

Le même appareillage à peine modifié, c'est-à-dire le ballon précédent muni d'une embouchure inférieure et contenant au lieu de bouillon un peu de sérum citraté et quelques perles de verre, permet de prélever le sang avec la même asepsie et de faire une transfusion sanguine avec la même facilité.

— Société de biologie de Marseille (séance du 26 février 1924 :

Parallèle de l'infection éberthienne expérimentale chez le cobaye sensibilisé par l'ingestion de bile, et le cobaye ayant jeûné plusieurs jours. — MM Jean SEDAN et René HERRMANN. Une infection générale éberthienne a été régulièrement obtenue par injections intramusculaires de doses croissantes d'émulsions d'Eberth, très virulents, provenant directement du sang de typhique, chez des cobayes ayant jeûné deux à trois jours.

Les symptômes de cette infection sont identiques à ceux obtenus par Besredka, en 1919, après sensibilisation de l'intestin par ingestion de bile (2 fois 10 centimètres cubes).

L'autopsie d'un animal témoin donne l'explication du succès, en révélant après soixante-dix heures de jeûne, une muqueuse intestinale sans mucus, desquamée, présentant des suffusions sanguines, et une forte quantité de bile adhérant à la paroi.

Ceci constitue une porte d'entrée suffisante pour l'infection (vérification des mêmes faits dans les coupes histologiques).

Parmi les phénomènes notés : hyperthermie dépassant 40 degrés pendant douze à quinze jours, à maximum matinal constant; présence d Eberth dans le foie, la rate et l'intestin, et agglutination régulièrement positive du sérum sanguin.

Sur les dimensions des noyaux des cataractes in vitro et in vivo. — M. AUBARET a photographié les noyaux de 108 cataractes récemment extraites.

Classées par ordre de teintes variant de la topaze claire à la topaze brûlée, la photographie semble saisir, de façon plus nette, la teinte exacte du noyau.

Les diamètres varient entre 4 millimètres et 9 millimètres au maximum.

Les diamètres les plus fréquents sont entre 6 millimètres et 8 millimètres. La plus forte moyenne est de 7 millimètres.

Il a essayé de mesurer le noyau in vivo à l'aide du microscope cornéen et contrôle, après l'extraction, l'évaluation faite.

Cette mensuration ne peut être faite chez tous les sujets, mais dans 75 p. 100 des cas, on peut, in vivo, indiquer une mensuration exacte.

Sarco-leucémie à marche rapide, de formule composite surtout hémocytoblastique avec hémohistioblastes. — MM. J. SABRAZES (de Bordeaux) et ROUSLACROIX. Leucémie avec tumeur de la face interne de la joue droite ayant entraîné la mort après un mois environ d'évolution. L'examen du sang donne 96.000 leucocytes avec extrême raréfaction des polynucléaires (1 p. 100) coexistence de cellules mères du tissu myéloïde (hémocytoblastes) de myéloblastes, d'hématies nucléées et d'éléments jeunes de la lignée lymphoïde (lymphoblastes, lymphocytes à noyau nu). Le fait s'explique par la présenee de ces cellules originelles à potentialité multiple décrites par Ferrata et ses élèves sous le nom d'hémohistioblastes. La tumeur est un myélome à cellules originelles associées à des myéloblastes. Dans la rate, atrophie des corpuscules de Malpighi, transformation myéloïde et érythroblastique de la pulpe.

LA QUATRIÈME RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

La quatrième réunion biologique neuro-psychiatrique a eu lieu à l'asile Sainte-Anne, le jeudi 31 janvier 1924.

M. Ed. TOULOUSE et Mlle WEIMBERG donnent la première démonstration d'un nouveau *test de mémoire* établi par eux. L'emploi de tous les tests de cet ordre se heurte à une difficulté : les résultats sont fonction non seulement de la capacité mnésique du sujet, mais aussi de son degré d'attention et de son habileté à grouper et à systématiser le matériel de façon à le retenir plus facilement. Pour rendre le résultat indépendant du degré d'effort du sujet, les auteurs emploient la technique suivante. Ils lui présentent un tableau sur lequel sont collées quinze images reproduisant des objets familiers, et lui demandent de nommer ces images aussi rapidement qu'il lui est possible. La nécessité d'évoquer très vite le nom de l'image empêche toute mémorisation volontaire et élimine l'influence du facteur attention. Pour évaluer le nombre d'images que le sujet a ainsi retenu après une seule présentation. M. Toulouse et Mlle Weinberg ne se contentent pas de les lui faire réciter une seule fois; ils demandent une série de trois reproductions successives, séparées par un intervalle de une minute et font faire une deuxième épreuve de trois raproductions, dix minutes après la fin de la première. Les images évoquées dans ces différentes reproductions ne sont pas les mêmes ; les sujets se montrent plus ou moins irréguliers dans leurs évocations. Les auteurs pensent que ces variations sont dues aux différences du pouvoir d'évocation et que ce test permet de dissocier la mémoire de fixation (nombre d'images reproduites au total dans les différentes évocations) et la mémoire d'évocation (irrégularité dans les différentes évocations). A ce test les auteurs ajoutent une épreuve de reconnaissance.

Ce test est appliqué actuellement de façon systématique aux différentes catégories de malades traités dans le service de prophylaxie mentale. Les résultats, dès à présent, paraissent significatifs. Ils seront communiqués ultérieurement.

MM. Henry CARDOT et Henri LAUGIER présentent des tracés démontrant la diffusion et la généralisation de l'excitation dans les centres au cours de l'effort prolongé. Ils ont observé au cours de l'effort prolongé jusqu'à la limite des forces, une diffusion et une généralisation de l'excitation dans les centres supérieurs. Initialement, localisée aux centres qui commandent les muscles directement efficaces dans l'effort produit, l'excitation atteint peu à peu les centres voisins, et de proche en proche met en action tous les centres moteurs. De sorte que, à la fin de l'effort, le sujet est contracté de la tête aux pieds. Il y a là des phénomènes tout à fait semblables à ceux qui se développent dans les centres réflexes, lors de leur mise en jeu par les voies sensitives. Ces faits comportent des conséquences diverses au point de vue physiologique (mécanismes et lois de la diffusion; théorie physiologique de l'effort), pathologique (modification de la diffusion au cours des affections neuro-psychiatriques); au point de vue également des différences entre les individus par rapport à leur fatigabilité.

MM. TINEL et SANTENOISE font une présentation de graphiques qui montrent comment l'*étude biologique de l'équilibre vago-sympathique* peut, dans certains cas embarrassants, éclairer parfois le *diagnostic clinique*.

Ils en citent comme exemple deux cas d'épilepsie larvée méconnue, où le diagnostic, orienté par l'analyse du réflexe oculo-cardiaque a pu, dans la suite être pleinement confirmé par une observation minutieuse des malades.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme présentant, depuis deux ans, plusieurs accès par jour de *sommeil* incoercible. Le réflexe oculo-cardiaque décèle une vagotonie formidable (17-6 au quart de minute); « un véritable réflexe d'épileptique », disent les auteurs, car une telle vago-

tonie ne se rencontre que dans des cas très particuliers comme dans certains cas d'épilepsie, à certaines phases de la psychose périodique, chez certains anxieux, ou dans les stades prémonitoires de la migraine. En effet, une observation attentive du malade montre au début de quelques-unes des crises de sommeil, l'existence de petits mouvements convulsifs rythmiqnes qui avaient passé inaperçus. Un traitement par le gardénal supprime complètement, en effet, les crises de sommeil.

Dans l'autre cas, il s'agit de crises délirantes nocturnes où l'étude des réflexes sympathiques montre, dans la période prémonitoire de l'accès, l'existence également d'une vagotonie excessive. Ici encore le diagnostic d'épilepsie, soupçonné en raison de cette vagotonie anormale, est confirmé par l'observation, car on peut déceler, quelques jours après, au début d'une crise délirante, une petite crise comitiale nocturne. Il s'agit donc de délire onirique post-épileptique et dans ce cas encore le traitement par le gardénal supprime toutes les manifestations délirantes.

On voit ainsi que, dans certains cas de diagnostic difficile, l'étude biologique des réflexes sympathiques peut apporter au diagnostic une contribution importante.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1924)

Le diéthyldipropénylbarbiturate de diéthylamine dans l'insomnie des aliénés. — MM. A. MARIE et V. KOHEN viennent déclarer que le diéthyldipropénylbarbiturate de diéthylamine ou somnifène offre sur le dial, le luminal et le véronal, appartenant à la même série, l'avantage d'être plus soluble dans l'eau, de posséder un pouvoir hypnotique supérieur tout en étant moins toxique. Étant utilisable aussi bien par la voie buccale que par les voies rectale, sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, il peut être employé facilement dans l'insomnie des aliénés; cette application vient d'en être faite par les auteurs avec des résultats fort satisfaisants. Ils ont présenté toute une série de courbes d'insomnie se rapportant à de nombreux malades, les doses du produit variant entre XXX et LXXX gouttes per os.

Dans certains cas où le somnifène n'avait pas pu faire fléchir la courbe d'insomnie à lui seul, les auteurs réussirent dans des temps variables à lutter contre l'insomnie en ajoutant un quart de milligramme de scopolamine avant la prise de LXXX gouttes dudit produit.

Nouvelle préparation iodée en injections modificatrices dans les abcès froids. — M. Jean MICHAUX présente une méthode de traitement des abcès froids expérimentée depuis plus de trois ans dans son service. La nouveauté de la méthode réside dans l'application d'un produit iodé nouveau qui se trouve être une suspension d'iode dans une solution gommeuse contenant 0,0016 d'iode par centimètre cube.

La technique consiste en une ponction de l'abcès froid avec un trocart aussi petit que possible et dans la vidange aussi complète que possible dudit abcès et par une injection consécutive avec le même trocart de la solution proposée (la quantité est évidemment variable avec la capacité de la poche à soigner, mais on ne devra jamais injecter la solution sous tension).

L'auteur a employé cette méthode dans les abcès froids cervicaux, ganglionnaires, dans les abcès compliqués de tumeurs blanches (coude, genou, cou-de-pied); enfin, il cite trois cas d'abcès froid thoracique dont trois étaient en rapport avec de l'ostéite costale.

Transfusion sanguine extemporanée. — M. Georges ROSENTHAL donne les trois axiomes suivants :

a. Le sang qui peut supporter tous les sérums est du groupe IV;

b. Tout sérum qui peut supporter tous les sangs est du groupe I;

c. Le groupe II est beaucoup plus nombreux que le groupe III.

Avec ces trois axiomes on peut sélectionner dans un hôpital ou dans une maison de santé les sujets des groupes I, II, III, IV et surtout ceux du groupe IV, donneur universel.

La canule longue de trachéofistulisation. — M. G. ROSENTHAL présente une canule longue de trachéofistulisation dont l'orifice inférieur arrive au niveau de la bifurcation trachéale. Il peut ainsi diminuer la réaction trachéale et injecter à volonté l'un ou l'autre poumon.

Un cas d'épithélioma testiculaire généralisé à l'abdomen. Guérison par la radiothérapie. — MM. P. Emile WEILL, DARBOIS et POLLET rapportent l'observation d'un homme de vingt et un ans atteint d'une tumeur maligne du testicule généralisée à la cavité abdominale qui avait déterminé un profond état cachectique. La rate énorme et de grosses tumeurs ganglionnaires comprimaient la veine cave inférieure (œdème des jambes et du dos, circulation collatérale ventrale et dorsale).

La radiothérapie, poursuivie à doses répétées et faibles, comme s'il s'agissait d'une leucémie, amena une guérison complète en l'espace de quatre mois; disparition de la tumeur testiculaire, des métastases abdominales, de la cachexie, reprise du poids. Ces faits viennent s'ajouter à ceux de Béclère, de Proust et d'autres auteurs et montrent l'extrême radiosensibilité des tumeurs malignes du testicule.

Intoxication aiguë volontaire par ingestion de 24 grammes de véronal. Diplopie. Guérison. — MM. André TARDIEU et Simon CAMPS.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1924)

La cure du cancer rectal. — M. V. PAUCHET présente un film représentant l'amputation abdomino-périnéale du rectum.

Le pronostic immédiat et éloigné du cancer rectal repose sur un diagnostic précoce et une bonne technique.

Le diagnostic précoce nécessite le toucher rectal et la rectoscopie systématiques chez tout malade qui a présenté des troubles rectaux même légers.

Le cancer rectal est un bon cancer; c'est la faute du premier médecin consulté s'il est grave.

Tout cancer opérable doit être enlevé.

L'opération est, en principe, le traitement de choix; et comme opération l'amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque continent.

L'amputation périnéo-sacrée convient aux cancers ano-rectaux et aux cancers ampullaires, moins résistants. Elle donne 7 à 8 p. 100 de mortalité.

Suture de la veine-cave inférieure. — M. PEUGNIEZ ayant, au cours d'une opération, ouvert dans la profondeur du ventre la veine-cave inférieure, put enserrer le vaisseau entre deux pinces au-dessus et au-dessous de la déchirure et en faire la suture en un plan avec une fine aiguille de Reverdin.

Cancer du sein et adénites inflammatoires — M. Raymond BONNEAU rappelle que, fréquemment dans le cancer du sein non ulcéré, on rencontre des ganglions purement inflammatoires. Fait déconcertant, ces ganglions non cancéreux sont parfois dans un tissu périganglionnaire infiltré de cancer. Pratiquement ces constatations histologiques doivent nous inciter aux larges exérèses et dissections axillaires.

Cerclage transcervico-trochantérien des fractures du col du fémur. — M. DUPUY DE FRENELLE expose que la meilleure façon d'obtenir un résultat anatomique et fonctionnel parfait pour une fracture du col du fémur, c'est d'opérer à ciel ouvert, de réduire sous le contrôle direct de la vue et de fixer les fragments en place. Cette technique est la plus sûre chez les sujets résistants.

Pour fixer ces fragments, M. Dupuy se sert d'un volumineux fil de cuivre souple qui traverse le fragment cervical d'avant en arrière, puis le fragment trochantérien d'arrière en avant.

M. Dupuy rapporte un cas de fracture du col fémoral en trois fragments avec ascension du corps, vicieusement consolidée qui, traitée par ce procédé, a donné un résultat anatomique et fonctionnel excellent.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic et traitement des sciatiques (1)
par Henri ROGER et G. AYMÈS.

La névralgie du nerf sciatique apparaît d'une telle fréquence qu'il importe à tout médecin de la dépister rapidement. Mais, d'autre part, cette affection est une de celles qui, le plus aisément se prête à la simulation : ici encore, il convient de reconnaître, sans perdre de temps, les symptômes objectifs de la sciatalgie.

L'ouvrage de MM. H. Roger et Aymès contient sous une forme agréable, concise et claire l'ensemble des données étiologiques, cliniques et thérapeutiques sur la « sciatique ».

Après avoir rappelé les symptômes de la vraie névralgie sciatique, les auteurs abordent le problème infiniment plus délicat de la localisation de la lésion. Adoptant le point de vue de M. Sicard, Roger et Aymès divisent les sciatiques en deux grands groupes : les formes hautes et les formes basses. Celles-ci constituent la névralgie sciatique banale et se montre caractérisée par les points de Valleix, les signes de Bonnet, de Lasègue, la diffusion de l'amyotrophie, l'abolition du réflexe achilléen alors que le péronéofémoral postérieur est conservé, la faible intensité de la scoliose, l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Quant aux formes hautes, que Dejerine et ses élèves Lortat-Jacob et Sabareanu en particulier, attribuaient à une lésion des racines postérieures, à une radiculite très souvent syphilitique, les auteurs se rattachant à la conception de Sicard considèrent que, dans ces faits, l'altération siège en réalité moins sur les racines spinales que sur les troncs du plexus lombo-sacré. Dans ces conditions, il convient de remplacer le mot de radiculite par le terme de *funiculite*. Les arguments qui militent en faveur de cette théorie sont d'ordre anatomique, clinique, humoral et thérapeutique. Ce qu'il faut retenir au point de vue pratique c'est que les formes hautes de la sciatique ont pour caractéristiques : les points apophysaires, sacro-iliaque, fessier, les contractures vertébrales avec scoliose alterne le plus souvent, le peu d'intensité du signe de Lasègue tandis que le phénomène de Bonnet (douleur exagérée par l'adduction avec rotation en dedans de la cuisse malade) se montre très accusé, l'exagération de la douleur par l'éternuement et l'effort. Contrairement aux radiculites, les funiculites-sciatiques ne s'accompagnent pas de modification du liquide céphalo-rachidien.

Dans un chapitre particulièrement approfondi, les auteurs exposent les ressources thérapeutiques, et l'on sait si elles sont nombreuses et variées, dont nous pouvons faire usage pour lutter contre cette affection douloureuse au premier chef.

On le voit, l'ouvrage de H. Roger et Aymès s'adresse non seulement aux spécialistes mais à tous les médecins et constitue une excellente mise au point de la question toujours à l'étude de la « sciatique ». J. LHERMITTE.

L'inconscient (2), par le docteur A. HESNARD.

Si, depuis fort longtemps, l'on discute en psychologie le problème de la réalité de l'inconscient, ceux qui plus particulièrement s'intéressent à la psychologie pathologique ne sauraient en nier l'existence ni en diminuer le rôle considérable. Ce rôle, les recherches de Freud et de son école l'ont encore amplifié puisque, par son refoulement, ils ont essayé d'établir l'origine du nombre de perturbations morbides et par son analyse appelée quelque peu prétentieusement la « psychanalyse », tenté de supprimer le désordre fonctionnel, cause première des psychonévroses. M. Hesnard à qui nous devons avec le regretté professeur Régis l'ouvrage où se trouvent exposés très clairement et avec un sens critique avisé les principaux éléments de la doctrine freudienne, a voulu préciser à la fois ce qu'il fallait comprendre sous le terme d'inconscient et aussi quel facteur cet inconscient pouvait être en psychologie normale et pathologique. Un ouvrage comme celui de M. Hesnard ne se résume pas en quelques lignes car il touche à trop de problèmes compliqués. Seule, la ligne générale peut à peine être esquissée. Très justement, M. Hesnard précise qu'il faut entendre par inconscient tout ce qui, dans la vie psychique, est ignoré du sujet pensant. Aussi les faits inconscients que nous révèle l'enquête objective apparaissent-ils infiniment plus nombreux que ceux qui résultent de l'expérience intime, de l'introspection.

Après avoir donné le tableau détaillé de l'inconscient en psychologie générale, l'auteur décrit ses divers aspects en pathologie et c'est peut-être là le côté le plus suggestif de l'ouvrage.

Mais comment sonder les profondeurs de cet abîme que n'éclaire point le faisceau lumineux de la conscience? Par une série de techniques que M. Hesnard expose très clairement : la psysiognomie ou étude des tendances actuelles du sujet dissimulées ou confuses pour la plupart, les réactions émotionnelles, les actes individuels ou sociaux, le tour des associations d'idées dans la rêverie, les réflexions spontanées, la conversation, enfin l'analyse des rêves, l'onicocritie.

On le voit, l'inconscient ne saurait être tenu pour une entité abstraite puisqu'il est la qualité d'une foule de faits psychiques mis en évidence par les méthodes objectives et expérimentales. Ne la rencontre-t-on pas, au reste, ainsi que l'exprime M. Hesnard, à chaque moment de l'évolution ancestrale ou individuelle, et cet envers du conscient n'est-il pas l'aspect objectif d'une activité psychique, laquelle se révèle sous des formes plus nouvelles et plus variées que l'activité consciente.

Etudier les manifestations innombrables de l'inconscient, telle est donc la tâche qui s'impose de plus en plus impérieusement à tous ceux que préoccupent les problèmes de psychologie normale et pathologique. J. LHERMITTE.

(1) Un vol., 164 pages. — Paris, Maloine.
(2) Un vol. — Paris, G. Doin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 17 MARS AU 22 MARS 1924)

THÈSES

Lundi 17 mars. — Jury : MM. Ménétrier, président; Letulle, Gosset et Couvelaire. — M. FARGUES (Georges). La forme lymphangitique de la calcinose secondaire aiguë du poumon — M. GIBERT (G.). De la protection légale de la maternité. — M. HUAS (M.). L'urétérostomie iliaque. — M. CHEVALLIER (Jean). Sur un cas de distomatose humaine. — M. MARGUET (André). Cellule cancéreuse.

Jury : MM. Richet (Ch.), président; Broca (Auguste), Labbé (M.) et Sergent. — M. DURVILLE (André). L'action de la pensée sur les phénomènes de nutrition cellulaire. — M. GÉRARD (Marie). La synostose congénitale radio-cubitale supérieure. — M. DANGLEMONT (Th.). Fracture cubitale chez l'enfant. — M. DECOLLAND (Charles). Limites de la valeur de l'auscultation pulmonaire. — M. BONAN (Hector). Disparition de la matité hépatique dans le pneumothorax droit.

Jeudi 20 mars. — Jury : MM. Lejars, président; Duval, Nobécourt et Lereboullet. — M. MAILLARD (Jean). Contribution à l'étude de la chirurgie du nerf radial. — M. LOIRET (Pierre). Contribution à l'étude de l'ostéomyélite d'emblée des os longs. — M. MARCHAND (Joseph). Radiographie. — Mlle LAVEDAN (Marie). Les hypotrophies dans l'enfance. — M. QUILLET (Pierre). Etude des endocardites mitrales et aortiques.

Jury : MM. Chauffard, président; Marfan, Bezançon et Claude. — M. BELLARD (Léon). Etude de la vomique hépatique curative. — M. BLANCKAERT (P.). Etude de l'érythème vaccinoforme syphiloïde des nourrissons. — Mme RAMEAUX (Blanche). Etude des formes anormales de l'hémoglobinurie paroxystique. — M. ARTEAUX (Jean). L'astasie chez le vieillard.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **7** fr.	6 mois : **13** fr.	1 an : **25** fr.
UNION POSTALE	3 mois : **10** fr.	6 mois : **18** fr.	1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve d'admissibilité* :

MM. Cathala, 74 points; Haguenau et Carrié, 70; Léchelle et Hutinel, 69; Mouzon, 67; Jacquelin, 66; Feuillié, 65; Mouquin et Alajouanine, 64.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mouchet, Auvray, Riche, Sebileau, qui acceptent; Baumgartner, Walther, Abrami, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 16 septembre 1924, devant la Faculté de Bordeaux pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Merlat, directeur du Service de santé de la 20e région, est nommé chef du Service de santé du 20e Corps d'armée.

M. le médecin inspecteur Lanne, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du Comité consultatif de santé en remplacement de M. le médecin inspecteur Ecot, placé dans la section de réserve.

M. le médecin inspecteur Bonneau, des troupes coloniales, est nommé membre du Comité consultatif de santé en remplacement de M. le médecin inspecteur Hazard.

— M. le médecin inspecteur Ch. Dopter, membre de l'Académie de médecine, directeur du Service de santé du 18e Corps, à Bordeaux, est nommé directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire du Val-de-Grâce.

M. le médecin inspecteur Jacob, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé, est nommé chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin.

M. le médecin principal de première classe Saltet, médecin chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, est nommé directeur du Service de santé du 18e Corps, à Bordeaux.

M. le médecin inspecteur général Lasnet, des troupes coloniales, chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin, est nommé président du Conseil supérieur de santé des colonies, à Paris.

— Sont nommés, dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale, les médecins dont les noms suivent, rayés des contrôles de l'armée active :

(Réserve.) *Dans le grade de médecin-major de 2e classe.* — MM. Mayer, Franck de Préaumont, Bourquard, Cantuern, Doliveux.

Dans le grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. Genest, Caloni, Rateau, Le Paumier, Brochet, Camus.

(Armée territoriale.) *Dans le grade de médecin principal de 1re classe.* — MM. Lejeune, Augias.

Dans le grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Pons, Mignon, Legrand, Dettling, Cordillot, Lafeuille, Besse, Randon.

Dans le grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Bonnette, Azaïs, Demilly, Grysez, Hochwelker, Béranger, Bourgeois.

Dans le grade de médecin-major de 2e classe. — M. Lancelot, Audet, Duru, Audroing-Houssais.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Raoul Strauss, préfet en disponibilité, directeur du cabinet du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, est nommé directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise) en remplacement de M. Ténot, décédé.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours élémentaire de neurologie.* — M. Ch. Foix, agrégé, avec la collaboration de MM. Léchelle et Ala-

jouanine, chefs de clinique, commencera le mardi 25 mars 1924, à 5 heures, à l'amphithéâtre Charcot, un cours élémentaire de neurologie qui sera complet en deux séries de leçons. La première série, de dix leçons (du 25 mars au 10 avril), comportera l'étude des maladies de la moelle épinière et du système nerveux périphérique. La seconde série, de vingt leçons (du 3 mai au 17 juin) comportera l'étude des maladies du cerveau, du cervelet, de la protubérance et du bulbe, et l'étude des maladies familiales du système nerveux.

Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures.

RÉGLEMENTATION DE LA VENTE DES HUITRES. — Le *Journal officiel* du 13 mars publie une circulaire du ministre de l'Hygiène relative à l'application du décret du 31 juillet 1923, portant réglementation sur la salubrité des huîtres et autres coquillages. Dans cette circulaire le ministre rappelle notamment aux préfets que les bordereaux indiquant la provenance des coquillages doivent être exigés par les agents chargés de la surveillance des marchés. Devront être saisis et détruits les colis d'huîtres laissés en souffrance ou ayant subi des manipulations.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le médecin-major Pierre Arrighi, des troupes coloniales; les docteurs Gauthier de Luna, père de notre confrère le docteur Ch. de Luna, médecin des hôpitaux de Marseille, auquel nous adressons nos bien vives condoléances; Emile Laget, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Marseille, médecin consultant des hôpitaux; Lengrand, à Vertain, et Gustave Lauth (de Paris).

PRATIQUE MÉDICALE

LA PROPHYLAXIE DU PALUDISME PAR LA QUINISATION PRÉVENTIVE

Les sujets résidant ou traversant des régions impaludées ont le plus grand intérêt à suivre un traitement quinique à titre préventif. Ainsi ils éviteront le plus souvent de contracter le paludisme et, même en cas de contamination, les accidents seront chez eux beaucoup plus bénins, les hématozoaires trouvant d'emblée dans le sang de ces sujets un milieu qui leur est défavorable et s'oppose à leur pullulation. Si aux premières manifestations paludiques un traitement plus intensif est immédiatement institué, l'imprégnation de l'organisme ne se produira pas, le sujet sera promptement déparasité et mis ainsi à l'abri des suites éloignées et des séquelles de l'infection malarique. Ce traitement préventif est donc extrêmement important et devrait toujours être institué chez tous ceux qui sont appelés à séjourner, ne fût-ce que pendant le temps d'une escale, dans les régions où sévit le paludisme. Ce traitement préventif consistera à prendre chaque jour 20 ou 25 centigrammes de quinine, mais une condition essentielle de son efficacité est, comme l'a bien montré le professeur Le Dantec au dernier Congrès de médecine de Bordeaux, que l'on ait recours à un sel de quinine facilement soluble. La forme médicamenteuse la plus commode pour ce traitement ambulatoire est le comprimé de quinine, mais il existe malheureusement dans le commerce beaucoup de ces comprimés, constitués avec un sel peu soluble, trop compacts aussi, qui traversent le tube digestif sans être dissous, si bien qu'on les retrouve intacts dans les selles : rien d'étonnant alors à l'échec du traitement préventif comme cela s'est produit à bord de plusieurs navires munis de comprimés de quinine de mauvaise fabrication. Il faut, d'autre part, que le sel de quinine ainsi administré soit inoffensif pour la muqueuse gastrique, ce qui n'est pas toujours le cas avec les sels neutres (bisulfate, bichlorhydrate, plus solubles que les basiques, mais dont la solution est très acide au tournesol) qui provoquent très souvent une intolérance rapide. On aura donc recours de préférence aux comprimés de sels basiques, mais il faudra toujours s'assurer de leur solubilité rapide dans l'eau chaude. On sera certain d'administrer un sel très facilement soluble et toujours bien toléré en utilisant le *phytinate de quinine*. Ce sel, présenté en comprimés argentés de 10 centigrammes, est très vite solubilisé dans l'eau chaude, comme il est facile de s'en rendre compte par un essai préalable (1); il est, de plus, parfaitement toléré par l'estomac, en raison de sa réaction neutre, et, enfin, le phosphore organique qui entre pour une part non négligeable dans sa composition (quinine, 57,65 p. 100; phosphore, 11 p. 100) n'est pas sans exercer une influence des plus heureuses, grâce à son action tonique, reconstituante et dynamogénique, sur des sujets placés presque toujours à ce moment-là dans une ambiance climatique déprimante et débilitante. Deux ou trois comprimés de phytinate de quinine par jour assureront donc dans les meilleures conditions possibles la prévention du paludisme. A. J.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECIN ASSERMENTÉ ET SECRET PROFESSIONNEL

M. Grinda, député, a demandé à M. le ministre de l'Hygiène, si le médecin assermenté n'est pas lié vis-à-vis de l'administration, par l'obligation du secret professionnel, dans le cas où il est ou a été, le médecin traitant de l'employé qui s'adresse à lui pour obtenir un certificat destiné à l'administration dont il dépend. (*Question du 30 janvier 1924.*)

Le ministre a fait la réponse suivante : Le médecin de l'administration a prêté serment lorsqu'il a été nommé à la fonction qu'il a sollicitée : il s'est ainsi engagé vis-à-vis de cette administration, à lui dire « toute la vérité et rien que la vérité », lorsqu'une expertise lui est confiée par elle. Il ne peut, dès lors, se trouver délié de son serment du fait qu'il est, ou a été, le médecin traitant de l'employé en cause, lequel a cru utile de s'adresser à lui pour obtenir un certificat destiné à l'administration dont il dépend. Il est, en effet, loisible à un employé d'une administration publique de s'adresser, soit pour les soins, soit pour obtenir un certificat médical, à tout autre médecin que celui de l'administration même dont tous deux peuvent faire partie à des titres différents. La présente réponse n'est, d'ailleurs, donnée, qu'à titre officieux, et sous réserve de l'interprétation des tribunaux, auxquels il appartiendrait de statuer, s'ils étaient saisis d'un cas d'espèce. (*J. O.*, 7 mars 1924.)

RENSEIGNEMENTS

Mlle **S. RUSSINGER**, prof. dipl., 8, r. Lekain, Paris, se spécialise ds la copie à la mach. des quest. d'int. Prix très avant.

(1) Quelques essais de solubilisation de divers comprimés du commerce, 0g20 dans 20 centimètres cubes d'eau à 80 degrés, nous ont donné les temps suivants : chlorhydrate basique, 25 minutes; chlorhydrate neutre, 75 secondes; sulfate basique, 34 minutes; sulfate neutre, 4 minutes; phytinate, 55 secondes.

TRÈS FORTE EXOPHTALMIE

PAR HÉMATOME SPONTANÉ DE L'ORBITE

SUIVIE DE GUÉRISON TOTALE

PAR

Docteur JEAN SÉDAN et CHARLES ZUCCARELLI

Chef de clin. ophtalmologique à l'Ecole de médecine de Marseille. Interne des hôpitaux

[*Travail de la Clinique ophtalmologique de l'Université d'Aix-Marseille* (Professeur AUBARET.)]

Nous venons d'observer à la Clinique ophtalmologique de l'Ecole de médecine, un cas d'exophtalmie très marquée et très brusque qui a abouti à une guérison absolue. Il nous a semblé intéressant de le communiquer le croyant utile à connaître à cause de sa simplicité clinique extrême et des conclusions thérapeutiques que l'on peut en retirer.

Enfin, les cas connus d'épanchements sanguins spontanés dans l'orbite et même d'exophtalmies spontanées sont très peu fréquents et de Wecker avait coutume de regarder l'orbite comme un des endroits les moins exposés à des « hématomes spontanés » (1889).

OBSERVATION. — *8 au 12 septembre 1923.* — Mme Madeleine G..., modiste, âgé de quarante ans, se présente le 8 septembre 1923 à la consultation de l'Hôtel-Dieu, avec une très volumineuse exophtalmie de l'œil gauche, dont elle s'est aperçue le matin même.

Elle s'est couchée la veille, sans que rien fît prévoir l'accident, et à son réveil, le matin, son mari a été frappé par la saillie de l'œil gauche, entre les paupières.

Tout s'est donc passé sans bruit et sans aucun phénomène douloureux.

Il est impossible de savoir à quel moment exact s'est produit le phénomène, qui n'a pas troublé le sommeil de la malade.

L'exophtalmie est considérable, la cornée entièrement découverte, une large bande sclérale blanche, apparaît entre les paupières distendues et rejetées en arrière, presque au niveau de l'équateur de l'œil.

L'occlusion palpébrale est impossible et les mouvements de clignement sont à peine ébauchés.

La coloration conjonctivale est normale, aucune suffusion sanguine, pas de chémosis.

Nous n'avons pas fait de statométrie précise, mais la saillie de l'œil gauche semblait dépasser de 1 centimètre et demi le plan tangent au sommet de la cornée de l'œil droit.

L'examen est facile, l'organe ne présentant aucune douleur spontanée ou provoquée.

L'exophtalmie est oblique, d'arrière en avant, et de haut en bas. Elle est rigoureusement fixe, l'œil propulsé étant irréductible par la pression digitale dans l'axe de l'orbite et même dans l'axe de l'exophtalmie.

Aucune variaton n'est observée au repos et dans les mouvements du globe, ni dans les changements de position du sujet (debout, couché) ni dans les mouvements respiratoires.

Elle n'est pas influencée par les systoles et diastoles cardiaques (exophtalmie non pulsatile).

Le sujet baissant la tête ou faisant un effort prolongé d'inspiration, la saillie reste stationnaire; de même, si l'on comprime les vaisseaux du cou.

La palpation et l'auscultation par l'intermédiaire d'un stéthoscope placé sur l'œil, ne révèlent aucun souffle systolique.

La palpation des parties accessibles de l'orbite, permet une pénétration facile à 1 centimètre et demi environ. Elle ne révèle aucune saillie ou masse indurée : tout est parfaitement dépressible sans crépitation neigeuse ou sanguine.

Le globe est fixé et sa mobilité des plus réduites, quelques vagues mouvements en dehors et en haut seulement.

Les paupières sont légèrement tuméfiées et présentent des siggilations sanguines.

Le larmoiement est très marqué, dû à l'éversion des points lacrymaux.

Les réflexes lumineux sont intégralement conservés et la pupille réagit rapidement à l'atropine qui est immédiatement instillée.

Nous notons, auparavant, l'intégrité du réflexe à l'accommodation.

Alors que la vision dé l'œil droit est normale, celle de l'œil gauche est très réduite (les doigts à 0^m30).

Cependant, sa réfraction est normale (pas d'hypermétropie).

Le fond d'œil ne révèle aucune lésion ophtalmoscopique.

La tension oculaire, notée successivement aux tonomètres de Schiötze et de Baillart, révèle une hypotension extrême (5 millimètres de mercure).

Champ visuel normal.

La sensibilité de la cornée et de la conjonctive est normale. Les cavités voisines de l'orbite (sinus) ne présentent à la transillumination rien d'anormal.

L'état général de la malade paraît bon.

Température = 37,7 (rectale).

La tension artérielle est faible : Mx = 11 ; Mn = 7.

Pas de souffle aortique.

Signalons une respiration soufflante sous-claviculaire droite.

Le reste de l'examen ne révèle rien d'anormal (réflexes tendineux et musculaires, etc.) Ni sucre, ni albumine dans les urines.



FIG. 1.

Cette femme et son mari nient toute syphilis et ne portent du reste, ni l'un ni l'autre, de traces apparentes de cette maladie (roséole, gomme, etc.). Les règles sont régulières et d'abondance normale.

Pas d'enfant, un avortement il y a cinq ans.

Notons que la malade était en période de règles depuis trois jours.

Mme G... est immédiatement hospitalisée.

Il est fait un Bordet-Wassermann-sang et un Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien qui sont tous deux franchement positifs.

La constante d'Ambard est normale et l'on note 12^g30 d'urée et 8 grammes de chlorure par litre d'urine.

Devant la brusquerie extrême de cette exophtalmie, et l'absence totale de phénomènes inflammatoires, nous songeons à un hématome spontané de l'orbite, plutôt qu'à une gomme intra-orbitaire, les autres hypothèses d'exophtalmie brusque sont écartées.

La malade est mise au repos, au régime lacto-végétarien, soumise à des purgations légères et à des ventouses scarifiées temporales.

Le globe est protégé par du tulle gras Lumière, de l'atropine, et des pommades à l'Aristol.

Un traitement mercuriel et ioduré intense est entrepris (biodure de mercure et iodure de K. par la bouche, cyanure de mercure intraveineux).

13 septembre. — L'exophtalmie ne s'est pas modifiée. La malade compte les doigts à 20 centimètres.

L'examen du fond d'œil révèle une névrite optique très nette : papille floue et vaisseaux volumineux.

Il est impossible de noter les réflexes, la pupille étant maintenue sous l'action de l'atropine.

La paupière supérieure tend au ptosis. On note la disparition totale de tous les mouvements du globe, sauf d'imperceptibles mouvements dans la contraction du droit externe. La tension se maintient à 5 millimètres.

17 septembre. — Etat stationnaire. La névrite optique s'accentue, l'acuité baisse à = Vision des doigts à 10 centimètres.

Un dosage d'urée dans le sang donne 0g40 par litre.

Un nouveau Bordet-Wassermann-sang est positif.

Le traitement mercuriel est intensifié (0g02 de cyanure intraveineux et 4 grammes d'iodure de potassium en potion par jour).

Il n'a été fait à aucun moment d'arsénobenzol, la malade ayant présenté à la première tentative une réaction immédiate intense.

21 septembre. — La névrite et l'exophtalmie sont stationnaires. La tension oculaire s'est cependant relevée à 10 millimètres, mais une kératite centrale très inquiétante apparaît, qui progresse très rapidement et fait envisager le lendemain la nécessité d'une tarsoraphie ou même d'une orbitotomie évacuatrice.

Les pansements quotidiens sont multipliés avec succès et la lésion régresse dans les jours suivants.

28 septembre. — L'exophtalmie commence à régresser, alors que la névrite optique semble augmenter encore.

L'acuité se relève cependant à 0,1.

4 octobre. — La névrite est stationnaire, l'acuité se relève à 0,2.

La tension oculaire est de 20 millimètres ; quelques mouvements du globe réapparaissent.

7 octobre. — La névrite optique semble faire place à un début d'atrophie. La papille se décolore, les vaisseaux deviennent plus petits. Cependant, l'acuité se relève à 0,3. La malade commence à se plaindre de diplopie.

La tension oculaire est normale.

Il ne reste de la kératite passagère qu'un léger point opaque paracentral, qui ne semble pas devoir gêner sensiblement la vision.

L'exophtalmie a considérablement diminué et la paupière supérieure dont le ptosis s'accuse recouvre largement la moitié supérieure de la cornée.

12 octobre. — L'acuité est de 0,6. Il ne reste presque rien de la névrite optique : la papille est seulement décolorée.

14 octobre. — Une nouvelle ponction lombaire ramène un liquide eau de roche, de tension normale (manomètre de Claude) dans lequel le Bordet-Wassermann est positif.

Lymphocytes : 2,5 par champ.

Albumine : 0g30.

20 octobre. — L'acuité est de 10/10. La tension oculaire normale. Il n'y a plus d'exophtalmie, les mouvements oculaires sont normaux sauf une légère paresse du droit supérieur.

Il persiste du ptosis et une très légère diplopie qui peut être surmontée par un prisme faible (cette diplopie a totalement disparu dix jours après).

Le champ visuel est normal et l'atropine ayant été supprimée, les réflexes pupillaires réapparaissent dans toute leur intégrité.

La papille est légèrement décolorée.

A aucun moment la malade n'a présenté de température.

24 octobre. — La malade sort de l'hôpital, sept semaines après environ après le début de l'affection, intégralement guérie, ayant reçu quarante-quatre injections intraveineuses de cyanure de mercure (78 centigrammes) et ayant absorbé 170 grammes d'iodure de potassium.

Il nous semble que l'on peut admettre qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une manifestation syphilitique.

L'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une hémorragie liée à une atteinte des tuniques d'un des vaisseaux de l'orbite.

Il est possible, cependant, qu'une gomme intraorbitaire ait pu intéresser pendant son évolution, un vaisseau par voisinage et nous savons la prédilection anatomo-pathologique classique des lésions syphilitiques autour des vaisseaux.



Fig. 2.

Nous avons réuni une volumineuse bibliographie sur la question, de laquelle nous avons retenu, entre tous les articles de Morax : « Séméiologie des hémorragies orbitaires à propos d'une hémorragie orbitaire spontanée » (*Ann. d'oculist.*, 1901, p. 274); de Paul Petit (de Rouen) : « Un hématome spontané récidivant de l'orbite » (*Bull. de la Soc. franç. d'ophtalmol.*, 1920, p. 129) et celui de Charles Brunetière : « Hématome spontané de l'orbite chez la femme » (*Ann. d'oculist.*, 1906, p. 458).

La brusquerie et la spontanéité du début de l'exophtalmie observées dans notre cas plaident en faveur de l'hémorragie ainsi que l'irréductibilité du globe dans l'orbite liée à un épanchement liquide incompressible.

Les mêmes phénomènes ont été notés dans les observations auxquelles nous faisons allusion avant les travaux précités (de 1901, 1903 et 1906), il y a lieu de noter les cas de Brash et de Levinsohn (1898) : « Hémorragies orbitaires récidivantes suivies de guérison survenant pendant des accès de migraine. »

Valude, en 1897, décrivit l'observation d'une femme hémophile de trente-quatre ans qui fit une violente exophtalmie unilatérale liée à une hémorrogie rétro-orbitaire confirmée par la ponction et terminée par une guérison totale.

Citons aussi les cas de Berlin (malade asthmatique, atteinte d'hémorragie orbitaire spontanée à la suite d'une crise de toux), de Jeafferson et Spicer Holmès (chez les enfants atteints de coqueluche), de

Gunn (chez un hypertendu) et de Friedenwald et Crawford.

Panas nota à deux reprises dans les *Annales d'oculistique* (en 1908) et dans son *Traité des maladies des yeux*, l'exophtalmie remplaçant l'épistaxis chez un jeune sujet prédisposé à cette affection et dont la terminaison fut une cécité complète et définitive.

Il attire, au Congrès de chirurgie de 1888, l'attention des médecins sur cette affection exceptionnelle.

Dans son *Traité d'ophtalmologie*, de Wecker signala aussi un cas fatal accompagné de douleurs violentes, de vomissements et de perte immédiate de la vue.

En 1876, Zenender obtient une guérison totale chez un hémophile d'un an.

Warthon-Jones fut un des seuls à publier (1863) l'autopsie d'une jeune fille brightique et hémophile ayant eu un hématome de l'orbite ainsi, du reste, que des hémorragies diverses (méninges, plèvre, rein, péricarde, etc.).

L'observation de de Graefe, en 1864, est trop discutée pour que nous insistions sur elle.

Par contre, le premier en date de tous les cas connus, celui de Fisner, en 1846, observé à Prague, est extrêmement net : « Exophtalmie unilatérale chez une femme, jusque-là bien portante, apparue en quelques minutes, après une suppression brusque des règles.

L'œil dut être énucléé à cause des douleurs et le diagnostic fut ainsi pleinement confirmé.

Rokitansky en put faire l'examen anatomique détaillé.

Depuis 1906, peu d'observations nettement typiques ont été publiées.

Citons cependant, celle de Cantonnet et de Saint-Martin en 1917 (*Arch. d'ophtalmol.*) : « Exophtalmie brusque par gomme de l'orbite ayant bien guérie par le traitement mercuriel. »

Nous n'avons cité ici que les principales des observations d'hématome spontané, celles ou le diagnostic semble le plus vraisemblable, en éliminant les hémorragies orbitaires au cours de la typhoïde (Carron du Villard et Finlay) et des grandes infections qui peuvent prêter à hésitations : de même tous les exophtalmos pulsatils, spontanés, dont notre ami, P. Merigot de Treigny publia un beau cas à la Société d'ophtalmologie de Paris, le 18 juin 1921.

Il est juste de rappeler que dans la discussion qui suivit l'exposé de Paul Petit, à la Société française, en 1903, Galezowski rappela que souvent des hématomes apparaissent d'une manière spontanée, étant en réalité traumatiques (chute de bicyclette).

L'étiologie de ces hématomes spontanés est évidemment très diverse. Nous avons vu invoquer tour à tour, les traumatismes ignorés, l'hémophilie, l'hypertension du brightique, celle de la femme après le sevrage (Brunetière), celle consécutive à la suppression des règles (Fischer), etc.

Il semble que la syphilis joue un rôle capital dans la majeure partie des exophtalmies spontanées. Nous rappellerons le beau travail de Carlos Charlin, paru en 1919, sur la syphilis orbito-cranienne où est étudiée longuement l'exophtalmie par gomme et l'hémorragie spontanée (artérite).

En résumé, nous admettrons, avec Morax, que la brusquerie de l'exophtalmie, la spontanéité de son début, l'irréductibilité du globe dans l'orbite, l'absence de fièvre et de tout phénomène inflammatoire, sont les signes presque pathognomoniques de l'hématome spontané de l'orbite que Brunetière proposait, en 1906, d'appeler : « Orbitocèle spontanée. »

En ce qui concerne le traitement, il faut évidemment s'employer à le faire, étiologique.

A ce sujet, le traitement spécifique, qui a donné un si beau résultat dans notre cas et dans celui de Cantonnet et Saint-Martin, sera employé dans la plus large mesure, même si les réactions humorales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ne l'indiquent pas aussi absolument que dans les cas précités.

Nous avons dit que nous avions envisagé à deux reprises la tarsoraphie et l'orbitotomie pour lutter contre la kératite et l'infection du globe manaçantes. Ce ne sont là que pis aller.

Panas, en 1888, mettait déjà en garde contre les risques de l'intervention orbitaire : danger de nouvelle hémorragie et risque d'infection du foyer hématique. Nous sommes en plein accord avec Brunetière pour réserver l'intervention aux cas excessivement douloureux, à ceux tenaces et surtout à ceux où le nerf optique comprimé présente des signes de névrite aiguë prélude d'une atrophie définitive.

En ce cas, la ponction capillaire est à essayer d'abord, encore qu'elle soit souvent inefficace du fait des caillots emplissant la cavité orbitaire.

Il faut, alors, avoir recours à l'orbitotomie large et externe (temporale).

Il est juste de mentionner que dans les deux cas, de Brunetière où ces interventions furent pratiquées à deux et même trois reprises, le résultat fut complètement nul et dans les deux cas, la perte de la vision totale et définitive. Il fut même nécessaise une fois de pratiquer l'énucléation.

En résumé, les hématomes spontanés de l'orbite sont des accidents très graves, compromettant très souvent, de façon définitive, la fonction visuelle de l'œil intéressé et les succès thérapeutiques observés sont surtout fréquents lorsque agit la médication étiologique spécifique comme nous avons eu la bonne fortune de l'observer dans le cas publié aujourd'hui.

QUELQUES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Brasch et Levinshon. *Berl. klin. Woch.*, 26 déc. 1898, p. 1146.

Brunetière (Ch.). Hématome spontané de l'orbite chez la femme, *Congrès de la Soc. franç. d'ophtalm.*, 10 mai 1906, vol. XXIII, p. 561-576, et *Ann. d'oculistique*, 1906, p. 458-466.

Berlin. *De Graefe's-Saemische*, vol. XI, p. 558.

Cantonnet de Saint-Martin. *Arch. d'ophtal.*, 1917, p. 692.

Carlos Charlin (de Santiago, du Chili). Syphilis orbito-cranienne, *Ann. d'oculistique*, avril 1919, p. 185-216.

De Graefe. *Arch. f. ophtalm.*, 1854.

De Wecker. *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, p. 749.

Fischer. *Lehre d. Gesam. entz.*, Prague 1846, p. 359.

Friedenwald et Crawford. *Arch. f. ophtalm.*, vol. XXIII, n° 2.

Gunn. *Soc. ophtalm. du Royaume-Uni*, 7 mai 1896.

Jeafferson. *Lancet*, 1889, p. 110.

Morax. Séméiologie des hémorragies orbitaires à propos des hémorragies orbitaires spontanées, *Ann. d'oculistique*, avril 1901, p. 274-279.

Panas. *Arch. d'ophtalm.*, 1888, t. VIII, p. 153 ; — *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 391.

Petit (Paul). *Soc. franç. d'ophtalm.*, mai 1903, vol. XX, p. 129-137.

Rollet. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. VIII, p. 450.

SÉDAN (Jean). Le syndrome exophtalmie, *La Pratique méd. franç.*, nov. 1922, p. 1117.
SPICER (Holmes). *Trans. of the Soc.*, U. K., 1892, t. XXII, p. 33.
VALUDE. *Ann. d'oculistique*, janv. 1897, p. 190.
WARTON (Jones). *Brit. med. Journ.*, 1863.
ZEHENDER. *Hand. d. Aug.*, 1876, t. II.

ACTUALITÉS

L'OSTÉOCHONDROMATOSE ARTICULAIRE

(SYN. : *Chondromatose, chondrome de la synoviale*).

De la masse longtemps confuse des faits groupés sous le nom de « corps étrangers articulaires », se dégagent peu à peu un certain nombre d'entités cliniques bien définies. Il y a peu de temps nous avons ici même (*Gaz. des hôpit.*, 21-23 août 1923, n° 67, p. 1072) étudié l'une d'elles : l'ostéochondrite disséquante du genou Nous allons aujourd'hui exposer un nouveau type : l'ostéochondromatose articulaire. Nous nous servirons pour cet exposé de la série des travaux de Melvin S. Henderson (de la clinique Mayo-Rochester, Minnesota) et de l'excellente thèse récente du docteur Louis Vaton. Voici comment Cruveilhier définit l'affection : « C'est la production de *corps étrangers organiques*, intra-articulaires, *nombreux*, se développant *dans une articulation relativement saine*, et déterminant par leur présence, des accidents divers. »

Les travaux modernes n'ont ajouté à cette définition que deux caractères : la possibilité de se développer aussi dans les bourses séreuses à proximité des articulations, et d'évoluer comme une tumeur ordinairement bénigne mais susceptible de récidive.

L'historique nous retiendra peu. Sachons seulement que la présence de ces corps étrangers multiples avait depuis longtemps attiré l'attention des auteurs : Morgagni signale qu'il en a extrait 25 d'une articulation, Boyer 5 d'une épaule, Bonnet 20, Malgaigne en trouve 60 dans un coude, Robert 18, Virchow un grand nombre, etc. Mais ces observations n'ont qu'un intérêt historique, il s'agit de découvertes d'autopsie.

C'est depuis qu'on a pu opérer ces malades, et surtout depuis la radiographie que l'affection a pu être étudiée et nettement différenciée.

Le premier caractère de l'affection est d'être rare.

Henderson en réunit dans la littérature moderne 25 cas dont 3 lui appartenant.

Depuis lors (1918), il en a observé 12 cas, ce qui fait 15 cas observés, à la clinique Mayo en une dizaine d'années. Aux cas cités par Henderson, nous pouvons ajouter les observations des docteurs Henri Lerat (de Nantes), Jeanne (de Rouen), Rouvillois (armée) rapportées dans la thèse de Vaton et 3 observations citées par M. Robineau, en 1919, à la Société de chirurgie, ce qui fait 6 observations françaises en dix ans environ.

Les notions étiologiques se réduisent à peu de chose.

On ne relève dans les observations ni antécédents héréditaires, ni personnels (infections, syphilis, tuberculose). Le seul antécédent à retenir est la présence indiscutable d'histoire de traumatismes importants subis par les malades dans les années ayant précédé le début de l'affection. Henderson trouve cette notion dans la moitié des observations.

De là, à faire du traumatisme la cause directe de l'affection, il n'y avait qu'un pas.

Il a été franchi par certains auteurs.

L'absence de tout traumatisme dans beaucoup d'observations suffit à ruiner la théorie traumatique de l'affection.

Les hommes semblent bien plus souvent atteints que les femmes : Sur 18 opérés, Henderson relève 15 hommes; sur les 6 observations françaises, on ne trouve qu'une seule femme (cas de Jeanne). Donc sur ces 24 cas, 4 femmes seulement (1/6).

Si l'affection a été relevée jusqu'à un âge avancé (soixante-six ans), elle se produit surtout dans la période d'activité de la vie, chez les adultes jeunes (vingt à quarante ans) et les observations signalent assez souvent « sujet musclé, développement athlétique, etc.).

Les articulations de beaucoup le plus souvent frappés sont le coude et le genou, en nombre sensiblement égal. Bien plus rarement, on signale l'affection au cou-de-pied (Langemack, Kienbock), à l'épaule (Henderson, Hageman), au poignet (Bibergeil, Riedel), à la hanche (Eden, Broell), à l'articulation temporo-maxillaire, aux articulations des phalanges, enfin dans les bourses synoviales et gaines tendineuses.

Dans un cas de Henderson, les deux genoux et les bourses séreuses étaient atteints.

Sur ses 18 observations, Henderson note : 9 fois le genou (dont une double), 6 coudes, 1 épaule, 3 bourses séreuses, une gaine tendineuse. Les 6 observations françaises sont toutes les 6 des coudes.

Au total, 24 cas : 9 genoux, 12 coudes, et 5 localisations diverses isolées ou associees.

Le coude et le genou sont donc de beaucoup les plus frappés. L. Vaton se demande si cela tient à ce que ces deux articulations sont celles de l'économie qui travaillent le plus. C'est possible, rien ne le prouve.

Lorsqu'on ouvre une articulation atteinte d'ostéochondromatose, il s'en échappe « par poignées » des corps étrangers articulaires de toutes formes et de toutes dimensions, « les uns rugueux et ressemblant à des mûres, les autres lisses; les uns petits comme des grains d'orge, et d'autres aussi gros que des noisettes » (Vaton). Au nombre de 5 ou 6 quelquefois, le plus souvent de plusieurs dizaines, on en a compté jusqu'à 350, 1.000, 1.200 (Robineau).

L'articulation est souvent bourrée, injectée dans tous ses coins et recoins de ces arthrophytes, et parfois les bourses séreuses adjacentes en sont remplies également (Henderson).

La synoviale présente un aspect caractéristique : « Elle est lâche, plissée, excavée de poches, et légèrement congestionnée. »

La paroi est couverte de saillies fibreuses, multiples, certaines cartilagineuses à leur sommet, sont pédiculées et pendent dans la cavité.

Les extrémités osseuses sont, en général, intactes, il y a parfois seulement une légère hypertrophie des os, quelques ostéophytes, au niveau du point de réflexion de la synoviale sur l'os.

L'examen microscopique de la synoviale fait voir les trois stades par lesquels passe la lésion :

Premier stade. — Formation de villosités vasculaires hypertrophiques, formées de tissu conjonctif contenant de nombreux capillaires, sans trace d'os ou de cartilage.

Deuxième stade. — Transformation des villosités en corps étrangers pédiculés. Le corps étranger se montre formé d'une coque de tissu fibreux, au-dessous de laquelle on trouve une zone fibro-cartilagineuse avec des éperons irréguliers d'os. Le centre est occupé par de la graisse.

Le pédicule est fibreux, avasculaire; à l'intérieur du corps étranger, les vaisseaux sont thrombosés.

Troisième stade. — Corps étrangers libres. Ils présentent la même structure que précédemment, mais si le tissu cartilagineux paraît bien vivant, nourri, les tissus osseux et graisseux sont lacunaires, nécrosés. Henderson conclut de ces examens que si le cartilage semble continuer à vivre dans le corps libre avasculaire, le tissu osseux exige pour conserver sa vitalité un apport sanguin (application aux greffons).

Comme nous l'avons vu pour l'ostéochondrite disséquante (loc. cit., p. 1079), il est aujourd'hui prouvé (Freiberg, Meyerding, Kappis) que l'opinion de Virchow à savoir la possibilité pour les corps étrangers libres de pouvoir continuer à grossir après la rupture de leur pédicule est justifiée. Cette prolifération portera donc uniquement sur le tissu cartilagineux seul capable de se nourrir par les matériaux qui lui fournit la synovie.

Quelle est la nature de l'affection?

On semble maintenant à peu près d'accord pour en faire une tumeur bénigne, un ostéochondrome de la synoviale.

La formation de cartilage et d'os par la synoviale ne doit pas surprendre si on se rappelle que les ébauches des membres sont formées de tissu mésodermique qui fournit par la suite, à la fois, l'os, le cartilage et la synoviale. La cavité de la synoviale est formée par la dégénérescence mucoïde et la résorption d'une partie de ce tissu.

La preuve qu'il s'agit bien de tumeurs bénignes, c'est que si l'extirpation des parties de la synoviale malade n'est pas complète, on peut observer une récidive (obs. VI de Vaton). De plus, Henderson a rapporté un cas de transformation maligne; chez un de ses malades, on trouvait de nombreux corps étrangers dans le genou et une exostose du condyle interne qu'on extirpa. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un ostéochondrome. La tumeur osseuse récidiva rapidement. On trouva alors un sarcome à cellules mixtes, qui exigea l'amputation. Deux mois après, il y avait des métastases dans les poumons. Enfin, comme le fait remarquer Vaton, la présence de la lésion à plusieurs endroits de l'organisme (articulations ou bourses séreuses) à la fois (obs. III et VII de Henderson, obs. de Lotsch) est en faveur de l'origine néoplasique.

Le traumatisme jouerait donc un rôle accessoire, bien que non négligeable, de localisation pour les traumatismes anciens, d'activation ou de révélation de la lésion pour les traumas récents.

La symptomatologie a été fort bien exposée par Vaton.

Exceptionnellement, le début est brusque : douleur vive survenant par crises, pouvant laisser après elle un gonflement, voire un épanchement séreux articulaire.

D'ordinaire le début est lent, insidieux : l'articulation grossit, les mouvements sont gênés, ce qui se voit rapidement surtout au genou (Henderson). Parfois, on observe des phénomènes de bloquage articulaire : le mouvement commencé s'arrête, avec une douleur vive, et on est obligé de faire « marche arrière » pour pouvoir l'exécuter ensuite en entier.

Ces symptômes évoluent par « bonds successifs ; il y a souvent des périodes de rémission, avant l'établissement complet de la période d'état » (Vaton).

A ce moment, la symptomatologie est caractéristique. La gène articulaire est continue avec des bloquages brusques s'accompagnant de douleurs violentes, syncopales.

Les mouvements sont limités ou ils provoquent des craquements articulaires.

Le malade perçoit les corps étrangers; les culs-de-sac synoviaux injectés donnent la sensation de sacs de billes.



FIG. 1. — *Genou de profil.* — Observation de M. HENDERSON.



FIG. 2. — *Coude de profil.* — Observation de M. Henri LERAT.

L'aspect radiographique est caractéristique (voir fig. 1 et 2).

Comme complications, on peut observer des com-

pressions vasculaires et nerveuses (le cubital dans les observations de Jeanne et de Lerat, etc.).

Au début, au genou, et surtout s'il y a eu un traumatisme antérieur, on aura à éliminer le diagnostic de lésions des cartilages semi-lunaires, d'ostéochondrite disséquante. Plus tard, à la période d'état, on écartera facilement la présence d'une arthrite par l'absence de fièvre, d'atrophie musculaire, d'adénopathies, de lésions osseuses à l'examen radiographique. Il sera parfois plus difficile de distinguer un ostéome, au coude, surtout s'il y a eu une fracture auparavant ou un violent trauma du coude, comme dans les cas de Lerat et de Jeanne. La synovite à grains riziformes donne une sensation différente : les grains sont plus petits, moins durs, et le bruit de chaînon caractéristique diffère des craquements de l'ostéochondromatose ; l'aspect radiographique est différent.

Le lipome arborescent du genou donne aussi une sensation très différente.

Somme toute, à la période d'état, le diagnostic de l'affection est facile, mais le tout est de penser à sa possibilité.

Le pronostic est habituellement bénin. Le seul point noir est la possibilité de dégénérescence maligne comme dans le cas unique d'Henderson.

Le traitement est exclusivement chirurgical et conservateur. Il ne faut plus, comme l'ont fait Lexer, Kobylinski, croyant avoir affaire à une tumeur maligne, réséquer largement le genou (Lexer enleva 11 centimètres de fémur et 5 centimètres de tibia et inséra, dans le vide laissé, une greffe de cubitus pris sur un cadavre). L'intervention doit se borner à une arthrotomie, mais celle-ci doit être aussi large que possible pour permettre l'exploration complète de l'articulation et l'exérèse de toutes les parties de la synoviale suspectes ; afin d'éviter la récidive. Il faudra donc employer les techniques récentes qui permettent cette exploration complète : voie transrotulienne pour le genou, transolécranienne pour le coude, transtrochantérienne pour la hanche, transcalcanéenne pour le cou-de-pied, méthodes qui ont encore l'avantage de permettre une reconstitution aussi intégrale que possible de l'articulation. M. LANCE.

RÉFÉRENCES

M. S. HENDERSON. *Amer. Journ. of orthop. Surg.*, 1916, vol. XIV, p. 265-280; *Amer. Journ. of orthop. Surg.*, 1917, vol. XV, p. 351-356; *The Railway Surg. Journ.*, 1918, vol. XXV, p. 49-53; *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1918, t. LXXI, p. 117-180.

M. S. HENDERSON et HUGH T. JONES. *The Journ. of bone and jouit Surg.*, juillet 1923, vol. V, n° 3, p. 400-424.

R. ROBINEAU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 18 mars 1919, t. XLV, n° 10, p. 491-492.

Louis VATON. *Th. de Paris*, 1923, Arnette, édit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 MARS 1924)

Immunisation spontanée contre la diphtérie. Influence des contaminations discrètes. — MM. LEREBOULLET et JOANNON ont montré, dans une précédente communication, que dans le milieu hospitalier où ils avaient observé, l'acquisition de l'immunité antidiphtérique dépendait avant tout de la durée du séjour, l'âge ne jouant qu'un rôle de second plan. Ils ont cherché si d'autres facteurs intervenaient et comment se réalisait cette immunisation. La précarité de l'état général n'a pas paru faire obstacle à l'immunisation. La proportion des réceptifs a été trouvée plus forte dans les lits proches des angles.

La fréquence des porteurs s'est montrée variable. La virulence microbienne, faible pour une souche, n'a pas été recherchée pour les bacilles de tous les malades et porteurs.

Les auteurs insistent surtout sur le fait que des angines bénignes, en apparence banales, se sont succédé depuis des années dans ce milieu hospitalier. Plusieurs indices permettent de regarder certaines d'entre elles comme des épisodes d'immunisation.

Selon eux trois facteurs pourraient intervenir dans la genèse de cette immunisation naturelle : souche microbienne de virulence atténuée, contages peu abondants, longs intervalles entre les contages. Ces deux dernières conditions paraissent favorisées par la faible part que l'immobilisation des petits malades laisse au contage direct.

Diabète expérimental et glycémie. — MM. BIERRY, F. RATHERY, GOURNAY et KOURILSKY, expérimentant sur le chien, ont étudié les modifications de la glycémie sucre libre et sucre protéidique, soit après des dépancréatectomies partielles successives, soit après la dépancréatectomie suivie d'une greffe (avant et après l'ablation de cette greffe). Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1° La dépancréatectomie partielle même en ne laissant qu'une quantité relativement faible de la glande (le sixième) n'amène pas de variation dans la teneur du sang en sucre libre et en sucre protéidique.

2° Chez le chien dépancréatectomisé mais muni d'une greffe, on peut constater déjà des variations du sucre libre et du sucre protéidique alors qu'il n'existe pas de glycosurie.

3° Après dépancréatectomie totale, le sucre protéidique, comme le sucre libre, est considérablement augmenté.

Le degré de ces variations est du reste très individuel.

Note sur la tension veineuse périphérique au cours des cirrhoses veineuses. — MM. Maurice VILLARET, Fr. SAINT-GIRONS et M. MOURITCH ont déterminé la tension veineuse chez dix-neuf malades de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° La pression veineuse est constamment abaissée dans les cirrhoses veineuses, avec ou sans ascite, non seulement par rapport à la pression veineuse normale, mais encore par rapport à la tension artérielle maxima constatée.

2° Après la paracentèse et dans les premières heures qui la suivent, la pression veineuse baisse encore, tandis que s'élève la tension artérielle maxima. Puis les pressions, artérielle et veineuse, reviennent à leur niveau antérieur. La pression veineuse du membre inférieur baisse considérablement, car l'ascite ne gêne plus la circulation cave inférieure.

3° Dans les ascites non cirrhotiques, la pression veineuse est en général normale ou exagérée ; il y a là jusqu'à un certain point un moyen accessoire de différencier l'une de l'autre ces deux catégories d'ascites, exception faite des cas où un facteur cardiaque vient tout modifier.

Divisions transversales et longitudinales de Spirochæta Vincenti, variété bronchialis. — M. G. DELAMARE montre que la division transversale de S. Vincenti est parfois précédée, comme celle de S. Marchouxi, par des phénomènes de plicature en V et de nattage (aspect en tresse). Il a pu suivre les diverses phases de la division longitudinale : apparition d'espaces clairs, elliptiques, fourches, figures en V. Si les fourches de division longitudinale se distinguent facilement des fourches résultant de la rencontre fortuite ou sexuelle (?) et, sous une incidence oblique, de deux spirochètes, l'un grand et gros, l'autre court et grêle, les V terminaux, examinés isolément, sont difficiles sinon impossibles à distinguer des V précédant la division transversale. On peut comprendre par là comment la division longitudinale a pu passer inaperçue ou même être révoquée en doute. L'existence de ce processus, en dehors de son intérêt de fait, est digne de remarque en ce qu'elle est à même de fournir une explication simple de la genèse des formes longues et grêles.

Note sur la tenue vocale et la loi de Stokes. — M. Henri-Jean Frossard. J'ai appelé tenue vocale la tenue en secondes d'un son émis par la bouche.

Cette tenue est normalement de trente à trente-cinq secondes chez l'homme sain. Dans tous les cas où elle est inférieure d'une façon permanente à quinze secondes, il y a insuffisance respiratoire nette.

J'ai dit aussi que cette tenue vocale variait avec chaque individu et à chaque modification de santé.

Mais je voudrais insister sur une constatation qui me semble avoir une portée plus générale.

Si on cherche chez une personne à tenue vocale inférieure à la normale d'une façon permanente quel est l'état des organes péripulmonaires, on trouve presque toujours une inflammation des séreuses souvent très marquée avant que le sujet songe à se plaindre et à consulter son médecin.

Toute atteinte des organes qui retentit sur les séreuses d'enveloppe réagit sur les muscles sous-jacents, conformément à la loi de Stokes et empêche leur contraction, c'est-à-dire la sortie de l'air du soufflet que constitue le poumon.

Inversement, on est fondé à dire que si on constate une tenue vocale trop faible d'une façon qui ne fait pas sa preuve, on doit penser à une périviscérite qu'il faut dépister.

La tenue vocale ainsi envisagée est un signe avant-coureur très simple qui permet une classification rapide et sans frais puisqu'il suffit d'une montre à secondes et de faire produire un son grave et piano sur É, A, U pour savoir si on a affaire à un malade en puissance ou à un être en bonne santé. Son importance est évidente dans les écoles où chaque instituteur peut faire cette expérience et indiquer au médecin scolaire les enfants à tenue vocale diminuée, ce qui simplifiera singulièrement sa tâche.

Dans un groupe scolaire parisien, l'expérience faite a donné 62 p. 100 de tenues vocales insuffisantes formés d'adénoïdiens, de constipés, de tousseurs, etc.

Poids des enfants nés de mère tuberculeuse. — M. Henri Vignes présente des documents statistiques montrant que, si parmi les enfants nés de mères tuberculeuses il y en a quelques-uns qui ont un poids nettement supérieur à la moyenne et d'autres qui ont un poids voisin de la moyenne, un très grand nombre ont un poids très inférieur. Ces données sont plus frappantes encore chez les enfants nés de tuberculeuses pluripares.

— Le 5 juin 1924, à 10 heures du matin, au siège social, la Société de biologie et ses filiales tiendront une réunion plénière. Thème : « Métabolisme basal. » Rapport des professeurs Zunz et Terroine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1924)

A propos des fistules anales. — M. Peraire pense que, en dehors de la tuberculose et de la syphilis, le colibacille est une cause fréquente des fistules. Toute phlébite hémorrhoïdaire en contient. De plus, les fistules sont aussi fréquentes chez la femme que chez l'homme.

M. Mouchet insiste également sur l'origine colibacillaire de ces fistules.

A propos des piscines. — La Société de médecine de Paris, émue des faits nouveaux de spirochétose ictéro-hémorragique contractée dans une piscine parisienne venant après des faits de conjonctivite, émet le vœu que les piscines de la Ville de Paris soient mieux surveillées, que leur eau soit changée plus souvent, et surtout que les baigneurs ne puissent pénétrer dans l'eau qu'après un savonnage soigneux et de tout le corps à l'eau tiède.

Fibrome avec dégénérescence sarcomateuse. — M. Dartigues présente l'utérus d'une jeune femme de vingt-quatre ans chez qui il avait pratiqué neuf mois auparavant une myomectomie. L'examen histologique a montré des cellules sarcomateuses au niveau de l'ancienne myomectomie. L'hystérectomie se trouvait donc des plus justifiées.

Traumatismes du cou-de-pied. — M. Barbarin apporte un cas de fracture bi-malléolaire et deux cas de luxation de l'astragale guéris tous trois avec restitution fonctionnelle. Il montre l'importance pour le diagnostic et le traitement d'un examen radiographique avant, pendant et après l'opération.

Dans un cas de luxation ancienne de l'astragale, il dut pratiquer l'astragalectomie, opération excellente.

Kyste double de l'ovaire pris pour un fibrome et radiothérapie. — M. Petit de la Villéon présente cette pièce opératoire intéressante et exprime sa préférence pour l'opération qui permet un diagnostic certain et précis, un traitement conservateur et une thérapeutique présentant un minimum de dangers.

Nouvelle variété de trocart-canule à transfusion sanguine. — M. Rosenthal en présente un petit modèle pour ponction du sinus chez le nourrisson.

Annulation de la tension veineuse. Indication d'urgence de la transfusion sanguine. — M. Rosenthal conclut, d'après ses recherches, que l'absence de reflux sanguin après introduction de l'aiguille, est une indication formelle de la transfusion immédiate.

La pratique du pneumothorax de Forlanini. — M. Rosenthal précise quelques points des indications de la méthode des insufflations d'azote dans la plèvre.

Contention des fractures de la clavicule. — M. Judet présente un appareil qui prend appui sur le bassin, formé d'une gouttière en aluminium embrassant l'hémithorax et d'un béquillon oblique en arrière qui maintient le moignon de l'épaule en haut, en arrière et en dehors.

Jeûne thérapeutique et intoxication par ingestion d'œufs. — M. Natier apporte l'histoire d'une fillette de neuf ans et de son frère atteints d'entérite et d'intoxication par abus d'ingestion d'œufs. Guérison par la cure exclusivement de jeûne.

Une cure d'amaigrissement par les rayons ultraviolets. — MM. Livet et van Lier, utilisant les propriétés catalytiques et photolytiques des rayons ultraviolets et leur action sur les glandes à sécrétion interne, ont pu par ce moyen traiter l'obésité et obtenu en quinze à vingt séances des pertes de poids de 4 à 10 kilogrammes.

Traitement de certaines formes de tuberculose par un extrait bacillaire colloïdal. — M. Grimberg expose son traitement spécial, ses indications et contre-indications. Le traitement modifié ne donne plus d'accident. Il consiste en injections sous-cutanées. Sur 162 malades traités, il aurait obtenu 53 p. 100 de guérisons cliniques.

A propos de la tuberculinothérapie. — M. G. Petit rappelle que cette méthode de traitement n'a rien de secret, en donne sa composition, ses bases scientifiques, commente les succès obtenus et montre son importance dans la lutte antituberculeuse.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1924)

M. Dartigues présente un film sur les greffes testiculaires du singe à l'homme. Ce film montre deux procédés de greffage : extravaginal à droite, intravaginal à gauche. Il s'agit d'une mise au point de technique opératoire délicate, mais facile à exécuter.

Traitement du cancer du rectum. — M. Pauchet. L'amputation du rectum doit être faite par la voie abdominale si le malade est résistant, s'il est maigre, non taré, âgé de moins de soixante ans. Dans tous les autres cas il faut faire l'extirpation par voie sacrée. Cette dernière ne donne que 7 à 8 p. 100 de mortalité.

Le pronostic du cancer du rectum dépend du premier médecin consulté.

Invagination intestinale. — M. Luquet, au nom de M. Latronche (de Poitiers) rapporte le cas d'un homme de

trente-cinq ans qui, depuis plusieurs semaines, présentait des troubles d'obstruction chronique du grêle avec crises aiguës. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une invagination du grêle causée par un polype. Le traitement a consisté en une désinvagination, une résection de la portion de l'intestin sur laquelle siégeait la tumeur implantée par une large base et un rétablissement de la continuité intestinale par anastomose bout à bout. Suites normales. Résultat éloigné, au bout de plusieurs mois, excellent.

Radiothérapie et chirurgie du cancer. — M. Aubourg, à propos du délai à observer entre les actes chirurgicaux et les opérations radiologiques, expose les raisons locales et générales motivant un délai de trois semaines entre la fin de l'acte radiologique et une intervention secondaire dans la zone irradiée. Opérer plus tôt, ce serait risquer : que la stérilisation des tissus ne soit pas encore achevée, que l'œdème primitif gêne l'acte opératoire et surtout que la peau, à peine remise d'une radio-épidermite, soit moins bien armée contre l'infection. Opérer plus tard, ce serait risquer que l'organisation scléreuse postradiothérapique ne crée des difficultés de dissection. Il convient aussi que le malade, sorti du mal des rayons, présente une formule sanguine et une excrétion hépatico-rénale qui ne soient pas une contre-indication chirurgicale.

Colectomie primitive dans les cancers du côlon. — M. Paul Delbet a opéré avec succès durable deux femmes atteintes, l'une de cancer de la deuxième moitié du transverse, l'autre de cancer adhérent de la première portion de la sigmoïde, sans obstruction, par la méthode de la résection primitive avec fistulisation in situ et fermeture secondaire de la fistule.

On se met à l'abri du danger résultant de l'infection primitive de la tumeur en pratiquant, dès l'opération, la sérothérapie antigangréneuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 18 janvier 1924)

Traitement abortif des furoncles par la teinture d'iode. — M. Briault. L'iode est introduite en instillation profonde dans le derme par gouttes mises aux quatre points cardinaux du furoncle. Il n'y a pas de suppuration, la disparition est très rapide, la douleur ne dure qu'une demi-heure.

Mal de mer. — M, Blum indique contre le mal de mer qu'il nomme naupathie, un certain nombre de moyens : l'autosuggestion; le serrage de la taille par une ceinture de flanelle; un nettoyage intestinal suivi d'un léger repas avant l'embarquement; la quinine; l'atropine; la position horizontale.

Orchite á colibacilles — M. Goubeau signale un cas d'orchite à colibacilles, fait assez rare dans la pathologie. Cette orchite, qui était cause d'une fièvre élevée, fut guérie par l'application des autovaccins Barlerin-Gaucher.

(Séance du 15 février 1924)

Otite chez le nourrisson. — M. Maurice signale l'importance des examens d'oreille chez les nouveau-nés. M. Renaud avait déjà observé l'athrépsie due à une otite latente. Des signes de méningisme ou une fièvre sans cause connue doivent, pour l'auteur, pousser à un examen du tympan ; dans les cas douteux, une ponction exploratrice, sans danger, doit être pratiquée.

Synovite tuberculeuse. — M. Raymond Petit présente deux cas de synovite tuberculeuse à forme fougueuse intéressant l'un la gaîne des extenseurs des doigts, l'autre celles des fléchisseurs. Le résultat fonctionnel sera d'autant meilleur que l'ablation de la synoviale aura été plus complète.

Traitement de la salpingite par la chaleur interne. (*Présentation d'appareil.*) — M. Fildermann.

LIVRES NOUVEAUX

Les Processus de désintégration nerveuse (1),
par le docteur Ivan Bertrand.

Il y a quelques années encore, l'étude anatomique des lésions nerveuses était simple. Elle se bornait à l'application de quelques méthodes élémentaires : de Marchi, pour les dégénérations récentes ; de Weigert, pour les dégénérations anciennes ; de Nissl, pour la chromatolyse. Elle est devenue, aujourd'hui, singulièrement complexe. Sous l'influence de techniciens dont les noms font autorité, d'Alzheimer, de Bielschowsky, de J. Lhermitte, on est en mesure de poursuivre, beaucoup plus loin que nos prédécesseurs, l'analyse élémentaire d'une lésion. D'histologiques, les techniques sont devenues histochimiques. Nous commençons, grâce à elles, à savoir ce que sont les processus de désintégration nerveuse, normale ou pathologique. Ce sont ces processus qu'étudie M. Ivan Bertrand. Son expérience en anatomie pathologique du système nerveux semblait le désigner pour cette tâche aussi intéressante qu'ardue. Il a su la mener à bien et son œuvre mérite d'être louée. Ses descriptions ne se fondent-elles pas toutes sur des préparations originales, dont les plus belles ont été reproduites avec soin ? Elles lui permettent d'aboutir à d'importantes conclusions et de montrer toute la complexité des phénomènes de désintégration, constants et continuels à l'état physiologique, variables et multiples à l'état pathologique, et aboutissant à la production de graisses simples. Ces produits dégénératifs sont véhiculés par des éléments cellulaires appartenant à trois groupes différents : éléments névrogliques, éléments mésodermiques, « troisième élément ». La proportion des trois varie selon les cas, mais, en général, cellule nerveuse et élément interstitiel souffrent simultanément, et la souffrance de l'un retentit sur l'autre. Une fois constitués, ces produits de désintégration sont repris par les espaces périvasculaires qui les conduisent aux espaces sous-méningés et sous-épendymaires.

Un index bibliographique soigné termine cet important ouvrage, dont M. P. Marie, qui l'a préfacé, dit avec raison qu'il rendra de très grands services aux travailleurs.

Concept et diagnostic de la phtisie initiale (2),
par Ach. Capogrossi.

Une communication faite par l'auteur au Congrès régional de médecine de mars 1922 sur le diagnostic de la phtisie initiale a été l'origine de cette intéressante plaquette parue dans la collection des *Policlinico*.

Ce sont les arguments qu'il avait développés dans sa communication qu'il reprend et expose, avec plus de détails, s'adressant, cette fois, non plus à un auditoire restreint et spécialisé, mais au grand public médical.

Le sujet est traité, d'une manière didactique, dans l'ordre suivant :

1. Infection tuberculeuse primitive infantile.
2. Phénomèue de Koch. Etat allergique. Tuberculine.
3. De l'infection primitive de l'enfant à la tuberculose pulmonaire de l'adulte.
4. Réaction à la réinfection. Phtisie initiale.
5. Formes aiguës et chroniques. Tuberculose du hile.
6. Premiers symptômes de phtisie au début.
7. Anamnèse.
8. Examen objectif général.

9 et 10. Examen pulmonaire.

11. Recherches de laboratoire. Réactions humorales.
12. Examens radiologiques.
13. Examen du hile.
14. Valeur de ces différentes données.
15. Diagnostic différentiel.
16. Observations.

Tel est le plan de ce travail, très clair, très bien exposé, et que termine un index bibliographique où les travaux de l'Ecole française tiennent une large place.

L. Babonneix.

(1) In-8 de 209 pages. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 de 83 pages. — Rome, L. Pozzi.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINE PORTE[1]

III. *Veine splénique.* — **Origine.** — Au hile de la rate, par réunion de cinq à six gros troncs, elle est aussi volumineuse que la veine mésentérique supérieure.

Trajet. — Se dirige transversalement à droite, croise le bord supérieur, puis la face postérieure du pancréas.

Terminaison. — Forme un tronc commun, avec la mésentérique inférieure.

Rapports. — 1° Elle est d'abord *dans l'épiploon pancréatico-splénique*, qui sépare la face postérieure de l'estomac de la face antérieure du rein gauche.

2° Mais elle est *derrière le pancréas*, parallèle et au-dessous de l'artère splénique qui serpente au bord supérieur du pancréas.

En arrière, elle est séparée par le FASCIA DE TOLDT du pilier gauche du diaphragme et de l'aorte.

Collatérales. — 1. *Veines gastriques courtes* : Venues de la grosse tubérosité dans l'épiploon gastro-splénique.

2. *Veine gastro-épiploïque gauche.*

3. *Veines pancréatiques.*

IV. *Tronc commun des splénique et mésentérique inférieurs.* — Ce tronc très court, croise la face antérieure de l'aorte au-dessus de l'origine de la mésentérique supérieure, recouvrant la veine rénale gauche ; il se réunit à la mésentérique supérieure au niveau de la face antérieure de la veine cave inférieure, à la face postérieure du col pancréatique. C'est à ce niveau que se trouve le collecteur général, lymphatique de tout le tube digestif abdominal : GROUPE PORTAL DE DESCOMPS.

C. **Tronc de la veine porte.** — **Origine.** — Par réunion à angle droit de la mésentérique supérieure et du tronc commun des mésentériques inférieure et splénique. Répond au flanc droit de L 2.

Trajet. — Elle chemine derrière le TUBERCULE ÉPIPLOÏQUE, puis pénètre dans le bord libre du PETIT ÉPIPLOON et le suit jusqu'au HILE DU FOIE.

Terminaison. — Elle se bifurque en deux branches au niveau de l'extrémité droite du sillon transverse.

Dimensions. — Longueur : 8 à 10 centimètres.
Diamètre : 3 à 4 centimètres.

Direction. — Oblique en haut, à droite et en avant légèrement.

Rapports. — 1° PORTION RÉTRO-DUODÉNO-PANCRÉATIQUE. — La veine porte *est dans la loge duodéno-pancréatique.*

1. *En arrière.* — Ells est séparée du flanc droit des deux Ires lombaires et du pilier droit du diaphragme et de la volumineuse veine cave inférieure par le *fascia de Treitz.*

2. *En avant.* — Elle est recouverte par la face postérieure de la tête pancréatique, complètement cachée par le *gros tubercule épiploïque* qui la recouvre exactement et la sépare du duodénum.

3. *A droite.* — Le *cholédoque* accompagné d'une chaîne ganglionnaire qui a quitté le face antérieure de la veine porte, glisse à droite d'elle verticalement (alors qu'elle est oblique) allant vers sa terminaison dans la deuxième portion du duodénum. Ainsi est formé le *triangle porto-cholédocien.*

4. *A gauche.* — L'*artère hépatique* est en réalité au-dessus de ce segment, mais elle donne au niveau de son changement de direction la grosse gastro-duodénale, qui est séparée de la veine porte par le tubercule épiploïque et qui elle-même donne la pancréatico-duodénale droite supérieure, qui traverse le triangle porto-cholédocien pour passer en avant du cholédoque. De là l'hépatique remonte vers le flanc gauche de la veine porte formant avec le cholédoque à la face antérieure de la veine porte, le *triangle interhépato-cholédocien*, où est un ganglion.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 21, p. 363.

2° PORTION INTRAPÉRITONÉALE. — C'est la portion où la veine porte *peut intéresser le chirurgien*, la veine porte chemine à l'intérieur du petit épiploon avec les autres organes du pédicule hépatique, généralement à son bord libre ; a moins de ligament cystico-colique.

A. LE PÉDICULE HÉPATIQUE. — La *veine porte* est en arrière, aplatie transversalement, elle en constitue l'axe.

Le *canal hépato-cholédoque* est d'abord sur la face antérieure de la veine porte. En descendant il s'applique progressivement sur son flanc droit.

Le *canal cystique*, chemine à droite du précédent et ne s'unit à lui qu'au bord supérieur du duodénum.

L'*artère hépatique* est sur son flanc gauche, sa division qui est très basse se fait dans ce segment.

En plus : *lacis veineux* entourant la voie biliaire ; *nerfs*, *lymphatiques*, disposés en deux chaînes ganglionnaires, l'une accompagnant l'artère hépatique, l'autre le canal biliaire. Le tout plongé dans du tissu cellulaire d'emballage.

B. PAR L'INTERMÉDIAIRE DU PETIT ÉPIPLOON. — **En arrière.** — Le bord libre du petit épiploon forme la paroi antérieure de l'HIATUS DE WINSLOW *dans lequel le chirurgien introduit le doigt dans l'exploration des voies biliaires et leur dissection.*

Cet hiatus est déterminé :

En avant par le pédicule hépatique,
En arrière par le péritoine recouvrant la veine cave inférieure,
En haut par le tubercule Caudé du lobule de Spiegel,
En bas, la première portion du duodénum.

Quand le chirurgien introduit le doigt dans cet hiatus pour se présenter le pédicule hépatique, il exprime la veine porte qui se vide de son sang et le canal biliaire dans ce mouvement, glissant sur elle, se met à sa droite, sauf en cas d'inflammation péricanaliculaire qui le fait adhérer à la veine et celle-ci, qui ne s'en exprime pas moins, peut être blessée dans les manœuvres de dissection.

Il est classique de dire que le cystique, l'hépatique forment avec le foie un triangle, *triangle de la cholécystectomie* ou de ligature de l'artère cystique. Il ne le forme qu'après dissection, cystique et hépatique étant normale — accolés — ce triangle est traversé par l'artère cystique venue de la branche droite de l'artère hépatique : avant (*artère longue*) ou après (*artère courte*) que cette branche droite de l'artère hépatique a été croisée par le canal hépatique (directement sur la veine porte ou sur sa branche droite). Dans la ligature, entre autres accidents, on peut blesser la veine porte, surtout en la déchirant, en tirant sur les veines cystiques.

En avant. — Le *lobe carré* qui retombe sur l'épiploon comme un couvercle.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury de nomination est provisoirement composé de MM. Coyon, Ribierre, Camus, Teissier, Lion, Enriquez, Hallé, Claude, Lian, Guinon, Savariaud.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Mouchet, Auvray, Riche, Sebileau, Baumgartner, Walther, Abrami.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — *Epreuve écrite.* — Séance du 17 mars. — Questions données : « Anatomie du sinus latéral. — Complications labyrinthiques des otites moyennes suppurées. »

Ont obtenu : MM. Dufourmentel, 26; Durand, 27; Leroux et Bouchet, 28.

— CONCOURS DU PRIX DE L'INTERNAT. (*Médecine*). — Le jury est composé de MM. Lemierre, Barbé, Brocq, Laubry, Méry.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est composé de MM. Broca, Potherat, Monthus, Cauchois, Levant.

— CONCOURS DE PHARMACIENS DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le mardi 29 avril 1924, à 14 h., dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux. Inscription du mardi 1er avril au samedi 12 avril, de 14 heures à 17 heures, au bureau du Service de santé, avenue Victoria, 3.

PRÊTS D'HONNEUR AUX ÉTUDIANTS. — Le *Journal officiel* du 18 mars 1924 publie p. 2612 à 2620 un décret portant règlement d'administration publique sur l'organisation de l'office national de prêts d'honneur. Rappelons que les candidats ou candidates doivent être de nationalité française. La demande de prêt doit être accompagnée d'un certificat médical établissant que le candidat est en état de poursuivre ses études et d'un certificat de scolarité, ou d'une notice sur les travaux en cours pour les travailleurs isolés. Cette demande est adressée au recteur de l'Académie. Le prêt n'est consenti que pour une année. Le bénéficiaire prend l'engagement d'honneur de le rembourser, sans intérêts, dans la dixième année qui suit l'obtention du grade ou titre postulé, ou la réalisation des travaux entrepris. L'attribution du prêt est strictement confidentielle.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — (A titre posthume.) M. Milson Ralambo, médecin libre à Tananarive, victime du devoir professionnel.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cléret, Galop et Gelly; Sorrel, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus : membres honoraires étrangers, MM. Delezenne et Tuffier; correspondants étrangers, MM. Roger et Sébileau.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association vient de se tenir sous la présidence de M. Maurice Loeper, rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Après une allocution du président, qui a rappelé les faits les plus saillants de l'année écoulée et souhaité la bienvenue aux nouveaux adhérents, le secrétaire général, M. Pierra, directeur de la *Revue française de gynécologie*, a présenté le rapport statutaire sur l'activité de l'Association au cours de l'année 1923 et fait ressortir les constants progrès qui ont marqué le dernier exercice. Puis le trésorier, M. Georges Baillière, a lu son rapport financier qui montre la prospérité croissante de l'Association.

L'ordre du jour appelait la modification des statuts, qu'il fallait mettre en harmonie avec les prescriptions du Conseil

d'Etat, pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique. Les statuts nouveaux, élaborés par le Conseil d'administration de l'Association, d'accord avec son conseil juridique, Me Ribadeau-Dumas, ont été adoptés à l'unanimité.

Ont été ensuite élus : membres du Conseil d'administration, MM. Loeper et Gardette, sortants, et Combemale ; du Conseil de famille, MM. Doléris, Balthazard et Granjux ; de la Commission d'admission, MM. G. de Parrel, Roulland et Clément Simon.

Le Conseil d'administration est composé pour 1924 de MM. Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*), président honoraire ; Loeper (*Le Progrès médical*), président ; Cruchet (*Journal de médecine de Bordeaux*) et Noël Fiessinger (*Journal des praticiens*), vice-présidents ; L.-M. Pierra (*Revue française de gynécologie*), secrétaire général ; Georges Baillière (*Paris médical*), trésorier ; Combemale (*L'Echo médical du Nord*), Gardette (*La Presse thermale et climatique*) et Leriche (*Lyon chirurgical*), membres.

Toutes les communications concernant l'Association doivent être adressées au secrétaire général, M. le docteur Pierra, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

LA BOXE FRANÇAISE ET L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Une soirée, réservée au Corps médical, sera donnée le 1er avril à la salle des Ingénieurs Civils par le Comité de la Société « La Boxe française » et le professeur Charlemont, sous la présidence de M. le professeur Richet, de l'Institut.

Elle comprendra une conférence faite par le docteur Peugniez sur le sujet suivant :

Cinématique de la boxe française : sa valeur comme méthode d'éducation physique.

Elle sera faite sur des modèles vivants, sera illustrée de films projetés au ralenti et suivie d'une démonstration de la boxe française par le professeur Charlemont et son élève Mlle Holz.

La soirée se terminera par un assaut de boxe française.

COURS DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — Le docteur Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales, assisté du docteur Jean Lhermitte, agrégé, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le lundi 24 mars, à 6 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines.

CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT.) — COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE RADIODIAGNOSTIC MÉDICAL, du lundi 7 avril au samedi 12 avril 1924 inclus, par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, F. Bordet, Cottenot, Darcissac, G. Durand et P. Pruvost.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 150 francs.

Les exercices pratiques auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades) et tous les après-midis, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques par le docteur Cottenot).

NOTE DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à x gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca........................	2 gr.
Teinture de badiane.....................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

Le médecin inspecteur GEORGES

Nous apprenons avec une bien douloureuse émotion la mort du médecin inspecteur Georges, directeur du Service de santé du 20e corps, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Nancy à l'âge de cinquante-huit ans.

Avec lui disparaît l'un des meilleurs serviteurs de notre pays.

Peu de carrières, en effet, ont été aussi brillamment et utilement remplies que celle du docteur Georges. Jeune aide-major, en Algérie, il se signala par un fait de guerre. Faisant partie d'une colonne saharienne attaquée par un dich important, Georges fut appelé à prendre le commandement. Par son courage, son sang-froid et son esprit de décision, il sauva la colonne, et reçut pour ce fait la croix de la Légion d'honneur.

Dans tous les postes où il passa dans la suite, et notamment à l'Ecole de Lyon où il fut répétiteur, Georges se montra un travailleur acharné, passionné pour les recherches médicales. Mais c'est surtout pendant sa mission en Perse qu'il se distingua. Dans une situation délicate et souvent difficile il suivit brillamment les traces des Tholozan et des Schneider, s'appliquant, comme eux, à faire aimer la France et la science française.

Ayant eu l'honneur de servir sous ses ordres pendant la guerre, il m'a été permis d'éprouver les grandes qualités de caractère et de cœur de ce chef incomparable. Georges avait, en effet, tout ce qui fait un vrai chef : la prévoyance, l'initiative, la décision. Il y joignait un courage tranquille et savait dans toutes les circonstances prendre ses responsabilités. Sous le commandement du regretté général Serret, puis des généraux Nollet, Lacapelle, de Pouydraguin qui avaient pour lui la plus haute estime et tenaient le plus grand compte de ses avis, Georges avait pu donner toute sa mesure. Son grand cœur et sa bonté proverbiale lui avaient valu l'affection de tous les combattants et le sincère dévouement des médecins servant sous ses ordres. Pour eux il se montrait, en effet, un confrère dans le sens le plus large du mot, et pour beaucoup il était resté dans la paix le meilleur et le plus sûr des amis.

C'est avec une tristesse profonde que nous nous inclinons devant sa mémoire et que nous prions Mme Georges et sa fille d'agréer l'expression de notre douloureuse et très respectueuse sympathie.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 24 MARS AU 29 MARS 1924)

THÈSES

Mardi 25 mars. — Jury : MM. Jeanselme, président ; Carnot, Sergent et Nobécourt. — M. DUMOULIN (Charles) L'ulcus juxta-cardiaque de l'estomac. — M. GRAVIÈRE (Louis). De l'éducation sexuelle. — Mlle ELICHE (Jeanne). Etude du paludisme chez le nourrisson. — Mlle TRONÇAY (Rose). Etude de la dissociation de croissance staturale et pondérale. — M. LEGRAND (Robert). Quelques cas de dilatation bronchique et de pleurésies interlobaires confirmés.

Jury : MM. Achard, président ; Claude, Laignel-Lavastine et Villaret. — M. GIGON (Charles). Des pseudo-kystes spontanés du pancréas. — M. AZÉMAR (Charles). Contribution à l'étude clinique de l'hébéphrénie.

Mercredi 26 mars. — Jury : MM. Hartmann, président ; Bernard, Balthazard et Lardennois. — M. VALADE (Marcel). Traitement des brûlures par la méthode de Quénu. — M. CABROLIER (Paul). Les accidents du travail chez les mutilés de guerre. — M. RAGONNET (Pierre). Polymorphisme évolutif de l'érythème noueux tuberculeux.

REVUE GÉNÉRALE

LA QUESTION DE LA FIÈVRE DE MALTE ET DE SON TRAITEMENT

REVUE DES TRAVAUX RÉCENTS

Par le docteur PIERRE SÉE,
Docteur ès sciences.

La fièvre de Malte ne s'observait pas autrefois dans nos climats. En France, les premiers cas ont été signalés par Haushalter, par Danlos, Würtz et Tanon (1) aux environs de Paris, puis par Sicard et Lucas, Guillain et Troisier, etc.

Divers cas ont été constatés dans les Cévennes, le Centre, la région lyonnaise, la Savoie, le Dauphiné et même le Nord.

Le professeur Vincent a récemment insisté, à juste titre, sur la diffusion, en France, de cette maladie, depuis quelques années. Par contre, la fièvre de Malte a été relativement peu observée à Paris, en 1923 [L. Tanon (2)].

Parmi les observations récentes, il faut citer celle du professeur Vincent. Cet auteur a soigné un malade qui faisait venir de sa propriété du Poitou des fromages de chèvre et les mangeait très frais; il contracta ainsi la maladie.

Le professeur Léon Bernard et M. Henri Meunier (3) ont de leur côté, signalé un cas de mélitococcie contractée à Pau.

Courcoux, Lelong et Corday (4) rapportent aussi une observation de fièvre de Malte, à évolution prolongée, ayant duré sept mois et dont la contamination semble s'être faite à Paris. Le malade, en effet, transportait des peaux de chèvre dans un atelier.

La maladie n'est, au reste, pas éteinte dans la région méditerranéenne [Vedel et Giraud (5)]. Durand (6) (de Saint-Pargoire) en rapporte trois observations. Ranque et Senez (7) en ont, pour leur part, observé 200 cas en Provence.

Selon ces auteurs (8), la fièvre de Malte est en extension dans certaines parties des Bouches-du-Rhône et dans les Basses-Alpes.

La possibilité du développement de la mélitococcie dans nos climats se trouve confirmée par les contaminations de laboratoire. J. Meyer (9) en rapporte un cas qui fut caractérisé par une longue incubation (quarante jours).

L'affection est, en général, longue, mais le sujet finit par se rétablir. On a observé cependant quelques décès (cas de Vedel et Giraud, de Vendeuvre, etc.)

*
* *

La thérapeutique de la mélitose est complexe.

« La longue durée de la fièvre et l'absence de lésions du tube digestif, dit M. Henri Roger (1), professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, nous font un devoir d'alimenter les malades et de ne pas les soumettre à la même diététique sévère que dans la fièvre typhoïde. » Le régime sera composé, sauf pendant les périodes fébriles, de lait, laitages, purées légères, potages, œufs, confitures, compotes de fruits, jus de viande, pulpe de viande crue. Une alimentation plus substantielle, si elle est bien tolérée, sera prescrite pendant les périodes d'apyrexie.

On donnera des boissons en abondance pour compenser la déperdition d'eau causée par la transpiration, et pour faciliter l'élimination rénale.

On a essayé des traitements médicamenteux variés. La quinine, en ingestion et en injections, l'aspirine, le pyramidon, la phénacétine ne se sont guère montrés efficaces. La cryogénine, à la dose de 1g50 à 2 grammes, le bleu de méthylène (deux ou trois cachets de 0g05 ou en injections hypodermiques) ont donné quelques résultats satisfaisants.

Les abcès de fixation, le bi-iodure de mercure, l'urotropine ont paru juguler certaines poussées fébriles. L'éthylhydrocupréine arrêterait 68 p. 100 des mélitoccies expérimentales du lapin, quand le traitement est commencé avant le neuvième jour (2).

En général, nous l'avons dit, les antithermiques échouent. De plus, leurs effets secondaires sur les échanges organiques, les sécrétions rénales, la tension artérielle, la tonicité cardiaque, les fonctions hépatiques s'opposent, selon M. Souleyre (3), à leur emploi prolongé.

L'électrargol en injection intraveineuse a donné quelques résultats satisfaisants; parfois il est inactif. Selon M. Souleyre, le collargol, en injections intraveineuses de 5 centimètres cubes (solution au centième) au nombre de trois à cinq répétées à intervalles de trois jours, ne suffisent pas à amener la guérison. Il faut, dit-il, tâter la susceptibilité du malade, puis procéder à des injections intraveineuses quotidiennes, pendant trois jours en moyenne, comportant chacun 10 centimètres cubes de collargol au centième. On ne doit réaliser la série suivante, après un intervalle de dix à quinze jours, qu'en cas d'opportunité stricte.

La méthode serait, de préférence, indiquée dans les formes aiguës moyennes, sans localisation prédominante, ainsi que dans les formes subfébriles, bénignes, ambulatoires ou chroniques.

Elle ne doit être employée qu'avec grande circonspection dans les cas aigus graves, dans ceux où existent des localisations prédominantes (méningée, bulbaire, cérébrale, gastro-intestinale) ou des complications organiques graves (rénale, myocardique, pulmonaire ou foyer de suppuration). Par contre, une légère atteinte organique ne constitue-

(1) DANLOS, WURTZ et TANON. *Soc. méd. des hôpit.*, 4 déc. 1908.
(2) L. TANON. *La Médecine*, déc. 1923, p. 174.
(3) Léon BERNARD et Henri MEUNIER. Un cas de fièvre de Malte non méditerranéenne, *Bul.. de l'Acad. de méd.*, 25 nov. 1919, n° 82.
(4) COURCOUX, LELONG et CORDAY. Un cas de mélitococcie, *Soc. méd. des hôpit.*, 7 juillet 1922.
(5) VEDEL et GIRAUD. Mélitococcie mortelle. Hémoculture, *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 3 mars 1922.
(6) DURAND (de Saint-Pargoire). *Soc. des sc. méd. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 23 fév. 1923.
(7) RANQUE et SENEZ. Deux cents cas de fièvre de Malte observés en Provence, *Marseille méd.*, 15 juillet 1923.
(8) RANQUE et SENEZ. *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 6 avril 1923.
(9) J. MEYER. Mélitococcie par contamination de laboratoire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*. 6 mai 1921.

(1) Henri ROGER. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de E. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, vol. XV, p. 510.
(2) Henri ROGER. Loc. cit.
(3) C. SOULEYRE. Recherche d'une méthode de colloïdothérapie dans la fièvre de Malte, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 fév. 1921.

rait pas un obstacle à la médication, car l'auteur a vu disparaître, bronchite, foyers de congestion, albuminurie, souffles endocardiaques, sous l'influence de ce traitement.

En cas de fièvre déprimante, on a utilisé pour l'abaisser au-dessous de 39°5, les bains tièdes, les lotions froides ou vinaigrées. La chute ne doit pas dépasser 2 degrés, afin d'éviter une réaction excessive. Il faut agir avec prudence, l'hydrothérapie froide pouvant éveiller une manifestation inflammatoire ou douloureuse. Les bains tièdes donnent du calme et du sommeil dans les formes hyperpyrétiques.

S'il existe de la constipation, au moins au début, elle sera combattue par le calomel, ou le jalap, les purgatifs salins, les lavements froids.

En cas de phénomènes douloureux, l'opium ou le bromure seront indiqués. L'anémie et l'asthénie seront traitées par des préparations ferrugineuses, un régime substantiel. Pendant la convalescence, on utilisera les toniques (kola, quinquina, etc.).

La thérapeutique des manifestations articulaires n'est pas toujours aisée. Le traitement du pseudo-rhumatisme méditerranéen, selon MM. Lagriffoul et Roger, est purement symptomatique : à l'extérieur, enveloppements salicylés, frictions au baume tranquille, cataplasmes laudanisés. A l'intérieur, il faudrait avoir recours, malgré les inconvénients signalés plus haut, aux analgésiques ; tels que pyramidon (Gillot), aspirine, antipyrine, phénacétine, exalgine. La teinture d'opium ou extrait thébaïque, aconit, jusquiame peuvent aussi être employés. La présence d'ankylose ou de suppurations, comme les auteurs l'ont constaté avec Narik, nécessitera parfois une intervention chirurgicale (1).

Le malade sera maintenu au lit pendant les phases aiguës. Toutefois l'alitement continu n'est pas indispensable si la fièvre n'est pas élevée, du moins au bout d'une certaine durée d'évolution de la maladie.

Un changement d'air est parfois efficace à la fin de l'infection.

On a fait des tentatives de traitement spécifique par des sérums et des vaccins.

Sérothérapie. — Elle a été utilisée par Wright, Aldridge, Duran de Cottes, mais sans succès. Le sérum de Trambusti et Donzello serait plus efficace.

Le sérum de Sergent et Lhéritier a donné quelques résultats favorables avec guérison rapide dans plusieurs cas de fièvres ondulantes en Algérie et en France. C'est un sérum antitoxique correspondant à diverses races de *micrococcus melitensis* et de *paramelitensis*. Il a été inactif dans un cas à Paris et dans deux cas en Corse, ce qui démontre la nécessité d'une polyvalence encore plus étendue du sérum antimélitococcique.

La vaccinothérapie a été employée, entre autres, par Reid, Eyre, Sergent et Lhéritier, puis par Basset Smith (vaccin chauffé) et Duran de Cottes (vaccin à l'éther).

Caronia a préparé, en additionnant les cultures de sérum de convalescent, un vaccin sensibilisé qui aurait, en injections intramusculaires, une certaine efficacité. La même remarque pourrait s'appliquer au vaccin de Nicolle, dans lequel le *micrococcus melitensis* est tué à l'aide d'une solution isotonique de fluorure de sodium.

On a utilisé des stock-vaccins et des autovaccins.

La valeur de la méthode a été très discutée. On sait que de nombreux essais de vaccination ont été pratiqués en Espagne et en Italie et ont donné quelques résultats favorables ; aussi est-elle employée presque systématiquement dans ces deux pays.

Quelques cas heureux ont été récemment signalés en France. Durand (de Saint-Pargoire), notamment, a traité avec succès trois malades par cette méthode (autovaccins chez deux d'entre eux, stock-vaccin chez un troisième).

Ranque et Sénez ont traité heureusement trois sujets, l'un par autovaccin, les deux autres par stock-vaccins. Le traitement, disent-ils, peut, dans des cas rares, il est vrai, faire avorter la maladie. De toutes façons, il en raccourcirait la durée, et en atténuerait les symptômes. Il faut injecter le vaccin de façon précoce.

Gravier, Langeron, Morenas (1), chez un malade de soixante ans, vraisemblablement contaminé par ingestion de fromage de chèvre, ont obtenu, avec un stock-vaccin, la disparition rapide des symptômes, une amélioration de l'état général (le poids a passé de 52 à 72 kilogrammes). Les réactions vaccinales furent minimes.

Mlle Th. Sentis (2) a utilisé dans un cas de mélitococcie, un autovaccin préparé par M. Lisbonne. Le germe isolé, qui présentait les caractères du *micrococcus melitensis*, était très fortement agglutiné par le sang du malade. Trois injections vaccinales ont provoqué une vive réaction locale, bien que le vaccin eût été sensibilisé. Le résultat, très favorable, n'aurait, ajoute l'auteur, sans doute pas été obtenu avec un stock-vaccin préparé avec un germe non agglutiné par le malade.

Certains cas ont donné des succès douteux. Ainsi MM. Noël Fiessinger et Gaston Blum (3) ont fait à un malade deux injections de vaccin antimélitococcique de l'Institut Pasteur (un quart, puis un demi-centimètre cube), à cinq jours d'intervalle. Les injections furent très bien supportées. Après elles, les poussées thermiques ne dépassèrent plus 38 degrés, aussi les auteurs ont-ils arrêté la vaccination, sans savoir exactement si l'amélioration qui suivit lui était imputable.

Toutefois, à chaque recrudescence des symptômes infectieux, il se produisit une tuméfaction douloureuse des régions vaccinées, comparable à la réaction diagnostique pratiquée par Burnet avec des bouillons filtrées de *micrococcus melitensis*.

Le vaccin n'a pas montré dans une observation d'Halbron, une action thérapeutique bien nette. Cet auteur a observé un cas de fièvre de Malte, où la température oscilla entre 39 et 40 degrés, de façon presque continue pendant quatre mois. Des essais de vaccinothérapie se montrèrent inefficaces. On avait employé successivement deux stock-vaccins de l'Institut Pasteur, puis un autovaccin provenant d'un

(1) Lagriffoul et Roger. Pseudo-rhumatisme méditerranéen. Rhumatisme chronique et fièvre de Malte, *Gaz. des hôpit.*, 14 juin 1910, n° 67, p. 965.

(1) Gravier, Langeron et Morenas. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 11 déc. 1923.

(2) Mlle Th. Sentis. Traitement de la fièvre de Malte par autovaccin, *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 3 fév. 1922.

(3) Noël Fiessinger et Gaston Blum. Fièvre de Malte à forme ambulatoire, traitée par la vaccinothérapie, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juin 1922.

germe retiré du sang de la malade. Les uns et les autres se montrèrent sans action sur la marche de la maladie, quel que fût le moment des vaccinations : période de fièvre élevée, ou période d'apyrexie relative.

Les réactions fébriles consécutives aux injections de vaccin furent assez modérées; il ne se produisit aucune des réactions locales signalées par Fiessinger et Blum.

La vaccinothérapie s'est montrée parfois tout à fait inefficace. Chez un malade de Vendeuvre, elle n'a pu empêcher l'issue fatale.

Ranque et Sénez reconnaissent, d'ailleurs, que souvent elle est inefficace.

L'autovaccinothérapie, pratiquée prudemment et longtemps, n'eut aucun résultat dans le cas de Courcoux, Lelong et Corday.

Par contre, chez un malade observé par M. Lisbonne (1), l'injection d'un autovaccin suffit, dès la première piqûre pratiquée une quinzaine de jours après le début de la maladie, à faire disparaître la fièvre et les symptômes concomitants. Trois nouvelles injections maintinrent la guérison.

Les réactions vaccinales peuvent donc être minimes, mais elles sont parfois violentes.

Valeur de la méthode. — La vaccinothérapie, comme il a été dit plus haut, a donné des succès. Elle est parfois inactive, aussi divers auteurs (Fiessinger et Blum, Halbron) ont-ils formulé des réserves au sujet de son efficacité. Alfred Coury (2) en déconseille l'application systématique car, selon lui, les stock ou autovaccins sont d'une efficacité contestable dans les cas favorables, inactifs souvent et peuvent même être d'un emploi dangereux.

L'auteur fait en particulier remarquer que la vaccinothérapie est généralement appliquée dans les formes prolongées, alors que l'affection dure déjà depuis trois ou quatre mois. La méthode intervient donc au déclin de la maladie. De même, on l'utilise dans la phase apyrétique des dernières ondulations. Or, dit Coury, « depuis les travaux de Wright, on sait que cette phase marque précisément la décroissance de l'infection et l'établissement de l'immunité, si relative que soit celle-ci. »

En outre, ajoute-t-il, les stock ou autovaccins élèvent parfois la courbe thermique, accentuent l'hypotension artérielle, d'où phénomènes cardiaques (palpitations, tachycardie) qui peuvent persister plusieurs mois après la guérison.

L'Ecole anglaise tropicale a d'ailleurs, en juin 1921, émis l'opinion suivante : « L'efficacité du vaccin antimélitensique est insuffisamment établie. »

Il faut aussi songer que toutes les cultures du *micrococcus melitensis* ne sont pas comparables : il y a des races différentes de ce microbe et l'on doit, si on utilise des stock-vaccins, tenir compte de cette diversité.

La vaccinothérapie est donc une méthode qui a donné des succès, mais ne semble pas encore complètement au point.

AUTOHÉMOTHÉRAPIE. — Elle a été employée avec des résultats encourageants par Girbal (1) (de Marseille). Il a prélevé, par ponction veineuse, 5 centimètres cubes de sang au pli du coude, dans une seringue contenant 2 centimètres cubes de sang citraté et a réinjecté ce sang au malade sous la peau du flanc. L'injection fut très bien supportée ; elle ne détermina qu'une faible réaction générale et locale (rougeurs et douleurs modérées).

Trois jours après, le même traitement fut appliqué. La température descendit rapidement. Trois jours plus tard, une troisième injection fut faite, suivie d'une quatrième. Au bout de quelques semaines, le malade put quitter l'hôpital, sans présenter d'accès fébrile.

*
* *

Vaccination préventive. — D'après Ch. Nicolle et E. Conseil, on pourrait aisément et sans inconvénient vacciner l'homme contre la fièvre méditerranéenne (2). Il suffirait d'employer un vaccin constitué par des cultures mortes, que l'on introduit dans l'organisme par voies sous-cutanée ou digestive. Les résultats chez les animaux ont été encourageants.

Trois personnes appartenant à la race indigène en Tunisie et ne consommant pas de lait de chèvre, furent examinées par MM. Nicolle et Conseil (3) au point de vue des propriétés agglutinantes de leur sang vis-à-vis du *micrococcus melitensis*. Ce pouvoir se montra nul chez deux des sujets.

Le même jour, ces derniers reçurent sous la peau 1 centimètre cube de vaccin, constitué par un mélange en proportions sensiblement égales d'émulsion de cultures mortes de *micrococcus melitensis*, appartenant à cinq souches, deux d'origine caprine, trois d'origine humaine. Sept jours plus tard. deuxième injection (même dose) du même produit. Quatorze jours plus tard encore, les auteurs inoculèrent sous la peau des deux vaccinés 0cmc5 d'émulsion vivante de *micrococcus melitensis*, constitué par quatre souches (deux caprines, deux humaines), déjà utilisées pour la préparation du vaccin et une souche d'origine humaine, isolée par hémoculture dans un cas tout récent.

Les sujets ainsi vaccinés n'ont pas présenté de fièvre méditerranéenne.

La fréquence de la fièvre méditerranéenne dans certaines régions et le nombre inquiétant des membres du personnel de laboratoire contaminés en manipulant les cultures du *micrococcus melitensis* (6 cas à l'Institut Pasteur de Tunis en dix-huit ans), concluent les auteurs, suffiraient à démontrer l'utilité des vaccinations préventives.

*
* *

Mesures prophylactiques. — Etant donné l'incertitude des méthodes curatives de la fièvre de Malte, il est indispensable de faire de la prophylaxie [L. Tanon (4)].

La maladie est, on le sait, d'origine caprine, tan-

(1) LISBONNE. Fièvre de Malte et autovaccinothérapie, *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 4 juillet 1924.

(2) Alfred COURY. La vaccinothérapie dans la fièvre de Malte, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 juin 1922.

(1) GIRBAL (de Marseille). *Journ. des prat.*, 6 janv. 1923, n° 1, p. 6.

(2) Ch. NICOLLE et E. CONSEIL. Vaccination préventive par voie digestive dans la dysenterie bacillaire et la fièvre méditerranéenne, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1922, t. XXXVI, n° 8.

(3) NICOLLE et CONSEIL. Vaccination préventive dans la fièvre de Malte, *Acad. des sciences*, 26 oct. 1920.

(4) Voir L. TANON. *La Médecine*, loc. cit.

dis que la transmission interhumaine paraît bien rare (Vincent).

Toutefois, on désinfectera les excreta, surtout l'urine des malades. Chez la femme, en raison du passage possible du microbe dans le lait maternel, on suspendra l'allaitement (1).

En France, MM. Danlos, Würtz et Tanon ont obtenu une séroréaction positive chez les chèvres récemment importées et soupçonnées d'être la cause de l'infection dans deux cas observés par eux à Paris.

Aubert a constaté que certaines chèvres (régions de Nîmes, de Marseille) ont un sérum agglutinant le *micrococcus melitensis*. Thibault, Huon ont reconnu des faits analogues.

Les chèvres sont dangereuses par leur lait, leur urine, leur sang.

Zuccarelli, notamment, à Bastia, vit cinq cas dans la même maison, dus à l'ingestion de lait de chèvre.

Burnet et Anderson (2) ont reconnu que, chez la chèvre infectée, les gîtes microbiens sont surtout les ganglions mammaires et les mamelles. Ce sont principalement les chèvres maltaises qui sont dangereuses.

Des troupeaux de chèvres parcourent à certains moments les villes; leur lait consommé cru est susceptible de favoriser la diffusion de la maladie (professeur Vincent). Tout récemment encore, une fillette de six ans fut soignée à l'hôpital Saint-Louis pour une fièvre de Malte contractée après absorption de lait provenant de chèvres ambulantes.

D'après les recherches de Darbois (3), en 1911, le *micrococcus melitensis* résiste à la fermentation lactique; aussi les laitages (crème, fromage blanc, etc.) fabriqués avec du lait contaminé, peuvent contenir du *micrococcus melitensis* vivant, au moins pendant les trois premières semaines de leur fabrication.

On a proposé les mesures prophylactiques suivantes :

1° Rendre obligatoire la déclaration de la maladie [Nicolle et Conseil, Zuccarelli, vœu du professeur Widal (4)].

2° Avertir, par affiches publiques, du danger qu'offre la consommation du lait de chèvre non bouilli. Interdire les fromages de chèvres et de brebis. Education hygiénique des habitants (Ranque et Senez).

3° Soumettre les étables et les troupeaux de chèvres et de moutons à une inspection et interdire la vente du lait des animaux reconnus malades (Nicolle et Conseil).

4° Surveiller l'importation des chèvres venant de Malte, de façon à empêcher l'introduction des animaux infectés.

5° Surveiller de même les troupeaux de chèvres qui circulent dans les villes.

Ces dispositions ont été adoptées le 18 janvier 1924 par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, après rapport du professeur Vincent.

(1) H. Roger. Fièvre de Malte, *Gaz. des hôpit.*, 29 janv. 1910, n° 12.

(2) Burnet et Anderson. Importance de la mammite chez les chèvres porteuses de *Micrococcus melitensis*, *Acad. des sciences*, 21 janv. 1924.

(3) Darbois. Résistance du *Micrococcus melitensis* pendant la fermentation lactique dans le laitage. *Soc. de biol.*, 21 janv. 1911.

(4) *Acad. de med.*, nov. 1910.

Le Conseil a demandé, de plus, que les troupeaux ambulants de chèvres provenant de départements où existe la fièvre de Malte, ne fussent plus admis à circuler dans le département de la Seine (1).

6° Le diagnostic étant difficile chez la chèvre, d'autant que l'infection évolue silencieusement (Martel, Tanon, Chrétien), rechercher le pouvoir agglutinant du sérum sanguin des chèvres et le *micrococcus melitensis* dans le lait, et, de plus, faire des lactocultures, des hémocultures dans les localités où il y a des animaux malades [Zuccarelli (2)].

7° S'il existe une épidémie grave, interdire les légumes crus, les fruits poussant au ras du sol, car le terrain où ils ont poussé a pu recevoir du fumier de chèvre.

8° Surveiller laitières et cuisinières qui, par leurs professions, manipulent des aliments.

9° Faire attention au contact des urines de malades ou d'animaux, et à celui de la litière des animaux. Désinfecter les petites plaies.

10° Dans les foyers endémiques, vacciner chèvres et brebis saines. Les résultats obtenus à ce sujet par le professeur Vincent avec le vaccin à l'éther, dit M. Sacquépée, paraissent encourageants.

S'il éclate une épidémie, on peut avoir recours au vaccin préventif chez l'homme et les animaux (Ranque et Senez).

La chèvre possède à l'égard du *micrococcus melitensis* une immunité innée qu'il s'agit de renforcer. De plus, bien qu'elle reste longtemps porteuse de germes, elle finit par guérir. Elle a alors acquis spontanément l'immunité car, inoculée à l'aide d'un nouveau virus, elle est devenue réfractaire, ainsi que l'ont constaté Bruce et le professeur Vincent (3).

Les injections de vaccin se font dans la peau ou dans les veines.

La vaccination spécifique est facile; elle est sans inconvénient pour les animaux adultes, les chevreaux, les femelles pleines ou en lactation. Elle sauve des chèvres saines, des moutons, des brebis qui, sans elle, maigrissent, avortent, contagionnent les autres animaux (Barrier) et elle enraye en même temps la contagion humaine.

La prophylaxie de la fièvre de Malte est donc le fait d'une action commune du médecin et du vétérinaire. Comme le fait remarquer le professeur Roger (de Marseille), elle est d'ailleurs rendue plus difficile par le fait que des animaux tels que les ânes et les mulets paraissent susceptibles d'être contaminés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de radioscopie gastro-duodénale, par le docteur Félix Ramond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et par le docteur Charles Jacquelin, ancien médecin des hôpitaux de Paris. Un vol. de 143 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Cussac, 40, rue de Reuilly.

Clinique thérapeutique de Vittel, par les membres de la Société de médecine de Vittel. Préface de M. le professeur Carnot. Brochure de 259 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(1) D'après *Presse méd.*, 6 fév. 1924.

(2) Zuccarelli. Fièvre méditerranéenne en Corse, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 déc. 1921.

(3) Lire : Prof. Vincent. Prophylaxie de la fièvre ondulante, *Acad. de méd.*, 20 juin 1922, p. 675.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MARS 1924)

Le problème alimentaire envisagé au point de vue des rapports existant entre les substances élémentaires fondamentales et les substances énergétiques. — Mme L. RANDOIN et M. H. SIMONNET.

La question du minimum d'énergie dans l'excitation lumineuse de la rétine par éclats brefs. — M. Henri PIÉRON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 MARS 1924)

Note sur deux calculs rénaux. — M. P. BAZY présente deux calculs du rein qu'il vient d'opérer avec succès chez deux hommes, l'un de cinquante-neuf ans, l'autre de trente-sept ans.

Après des considérations d'ordre purement technique, il insiste sur les indications qui furent : chez l'un, la douleur réellement insupportable quoique le calcul fût très petit; chez l'autre, surtout les accidents infectieux. La douleur paraît liée à la mobilité du calcul.

Il revient à nouveau sur la rapidité quelquefois assez grande, et la différence, suivant les sujets, de l'accroissement des calculs.

Il parle de récidive possible à longue échéance et de l'influence que peut exercer le régime sur la production de l'acide urique chez les personnes atteintes de tuberculose des poumons, des glanglions, des os ou du tissu conjonctif.

La fréquence de l'avortement tubaire. — M. LEJARS, en relatant 113 laparotomies pratiquées depuis quatre ans pour des accidents de grossesse tubaire, insiste sur la fréquence de ces grossesses ectopiques, et en particulier des avortements tubaires sans rupture, des fausses couches tubaires qui peuvent donner le change, dans leurs formes initiales, avec la fausse couche utérine.

Elles se traduisent par des collections sanguines rétro ou latéro-utérines, parfois volumineuses; plus souvent par des hématosalpinx ou des hématocèles latérales.

Il arrive encore que l'on découvre, au cours de laparotomie, des reliquats d'avortements tubaires méconnus qui ont laissé un petit conglomérat sanguin intratubaire, un petit kyste hématique appendu au pavillon, une plaque d'infiltration sanguine dans le cul-de-sac de Douglas.

A rassembler ces faits, qui se multiplient, au moins dans certains milieux d'observation, on en vient à reconnaître une fréquence de plus en plus frappante de ces grossesses tubaires et l'on peut se demander si une part plus large ne devrait pas être faite, dans leur origine, aux influences mécaniques qui procèdent des conditions de la vie moderne (transports, travail, sports).

Chirurgie du rein en fer à cheval. — M. F. LEGUEU a eu dix fois l'occasion d'opérer un rein en fer à cheval, trois fois pour calcul, une fois pour hydronéphrose, une fois pour kyste hydatique et cinq fois pour tuberculose.

Deux facteurs rendent en pareil cas la néphrectomie possible : c'est l'indépendance vasculaire et l'indépendance pathologique entre les deux segments adjacents. La tuberculose, en particulier, se localise toujours d'un côté sans empiéter sur l'autre. Et, en faisant la néphrectomie d'un côté, on n'est pas exposé à laisser dans l'autre segment une tuberculose susceptible de l'envahir.

Au cours de la néphrectomie, il y a de nombreux vaisseaux à lier sur la face antérieure et sur le bord interne du rein. Mais le temps le plus important consiste dans la section de l'isthme pour lequel on peut se trouver en présence d'un tissu fibreux qui ne demande même pas une ligature. Le plus souvent, au contraire, il faut faire, comme pour une néphrectomie partielle, une section nette en plein parenchyme et une suture par avivement.

Il serait très utile d'établir à l'avance le diagnostic de ces reins en fer à cheval. Or, ni le cathétérisme de l'uretère, ni la radiographie, ne permettent d'en soupçonner l'existence. C'est par la pyélographie seule, et plutôt par la pyéloscopie que l'on peut arriver au diagnostic. On voit le bassinet sur la face antérieure d'un rein très abaissé et non mobile. En outre, on ne voit pas tout d'abord les calices qui sont cachés par le bassinet, et c'est encore une probabilité. Il faut examiner le malade de profil : on voit alors se projeter au devant de la colonne vertébrale l'image du bassinet et des calices qui devrait se projeter sur le flanc des vertèbres.

De ces trois notions on peut arriver à tirer le diagnostic de rein mobile et aborder ainsi l'opération, avec la même précision que la chirurgie et l'urologie apportent aujourd'hui dans toute intervention.

Les périduodénites sténosantes. — M. Pierre DUVAL fait une communication importante et montre de forts beaux films cinématographiques. où l'on peut constater très nettement ces lésions anatomiques.

Les efforts et, en particulier, les efforts sportifs et leur retentissement sur la respiration et la circulation. — M. BELLIN DU COTEAU a fait sur beaucoup de champions et sur lui-même un grand nombre de recherches d'où il résulte qu'il est parfaitement exact qu'à la suite d'une course de distance moyenne le cœur puisse battre à raison de 200 pulsations à la minute. Il est évident que, sur un cœur non préparé par l'entraînement, un tel effort pourrait avoir des conséquences fâcheuses momentanées, mais jamais définitives.

En réalité, ce que l'on observe, c'est une augmentation totale du volume du cœur comparable à l'augmentation du volume des mollets chez les cyclistes ou des épaules chez les boxeurs. M. Bellin du Coteau pense que cette hypertrophie est salutaire. Il déclare qu'elle n'est jamais nuisible et n'est nullement comparable aux hypertrophies dues à des maladies du cœur.

Il va de soi que ceci ne s'applique qu'aux individus normaux et qu'un cardiaque avéré ne saurait sans danger s'exposer au surmenage de l'épreuve sportive.

Utilisation et conservation de l'énergie dans le travail musculaire. — M. NOGUÈS apporte une étude physiologique sur cette question.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 MARS 1924)

Insuffisance aortique purement fonctionnelle, au cours d'une endocardite végétante de la mitrale et de l'oreilette gauche. — MM. P. RIBIERRE et R. PRIEUR présentent le cœur d'un homme de trente-trois ans, ancien rhumatisant, qui a succombé à une endocardite maligne, emboligène, à évolution lente, après avoir présenté uniquement, devant une première phase, des signes d'insuffisance aortique. Or, l'autopsie a révélé une volumineuse endocardite végétante de la grande valve de la mitrale et de la paroi de l'oreilette gauche et a permis de constater l'intégrité absolue de l'orifice aortique et de la portion initiale de l'aorte, à peine dilatée. Cependant, les signes d'insuffisance aortique, auxquels n'avaient succédé que secondairement les signes d'insuffisance mitrale, se sont maintenus jusqu'à la fin. Ce cas réalise un type remarquable de ces insuffisances aortiques fonctionnelles, récemment étudiées par MM. Laubry et Doumer et dont la pathogénie est éclairée par les travaux de M. Géraudel. L'atteinte secondaire au processus endocarditique, des fibres myocardiques du canal aortique et leur hypotonicité apparaissent ici primordiales au point de vue pathogénique, et des cas de cette nature fournissent des éléments particulièrement suggestifs pour la revision de la pathologie orificielle du cœur et de sa séméiologie.

Un cas d'amaurose par intoxication oxy-carbonée. Hémorragies juxta-papillaires. — MM. Lévy-Valensi, L. Claude et Rochard présentent un malade atteint de névrite optique bilatérale, dont l'origine oxycarbonée ne semble faire aucun doute. Dans l'histoire du malade aucune autre cause ne peut être invoquée; et, d'autre part, la nature des lésions, la présence de reliquats hémorragiques juxta-papillaires font penser qu'il s'agit là d'hémorragies péri ou inteatronculaires avec névrite secondaire, ce qui est en concordance parfaite avec les résultats expérimentaux de H. Claude et Lhermitte.

Diabète insipide lié à une neuro-syphilis. — MM. L. Babonneix, J. Hutinel et Azerad présentent une malade chez laquelle on constate des symptômes d'ordre très divers :

1° Cancer du sein, déjà opéré, avec récidive locale, et, sans doute, propagation au poumon.

2° Neuro-syphilis, avec inégalité pupillaire, signe d'Argyll, grosse lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

3° Diabète insipide.

Il est bien difficile, pour de multiples raisons, d'admettre que ce diabète soit dû à une métastase cancéreuse intracranienne. L'existence, chez la malade, d'une neuro-syphilis en pleine activité, donne à penser, au contraire, qu'il est conditionné comme dans le cas de M. Lhermitte, par des lésions spécifiques de la région du tuber.

Souffle diastolique aortique piaulant entendu à distance. — MM. A. Clerc et J. Surmont présentent un homme de quarante-six ans qui ressentit brusquement, sans traumatisme ou incident pathologique quelconque, un frémissement précordial accompagné d'un bruit perçu par lui-même et dont l'intensité le gênait, même pendant le sommeil. On ne nota aucun trouble fonctionnel pour commencer, mais, dans la suite, apparurent d'une manière progressive des signes de dilatation du ventricule gauche, puis du ventricule droit. Actuellement, la palpation révèle au foyer aortique, un frémissement diastolique et correspondant à un souffle également diastolique extrêmement intense, véritable bruit de guimbarde; à la périphérie se retrouvent les signes classiques de l'insuffisance aortique. Parmi les antécédents, on ne relève aucune crise rhumatismale, mais il existe au niveau de la verge la cicatrice d'un chancre, apparu à l'âge de vingt ans et traité seulement par la cautérisation. Les auteurs admettent la possibilité d'une rupture au niveau d'une valvule sigmoïdienne, déjà pathologique et dont le lambeau flottant ferait hanche. Il est à remarquer que si le traumatisme ou bien une végétation endocarditique joue souvent un rôle causal en pareil cas, il existe des observations où pareil bruit musical est apparu sans trouble appréciable et n'a été décelé par le sujet que par l'impression auditive gênante qu'il lui causait.

Les petites ostéites syphilitiques du crâne décelables par la radiographie. — MM. André Léri et Gottenot montrent les radiographies de quatre malades qui ont été atteints, soit de manifestations convulsives, soit de troubles parétiques ou paresthésiques à forme de monoplégie simple ou associée. Dans ces différents cas, le diagnostic clinique était soit celui de simples troubles névropathiques, soit celui de lésion corticale, mais sans qu'on puisse en préciser ni la nature, ni le siège en profondeur dans le crâne, la méninge ou le cerveau.

La radiographie a révélé des foyers minimes d'ostéite gommeuse, portant principalement sur la table interne, et susceptibles de comprimer ou d'irriter la corticalité sous-jacente. D'après leur siège, ces foyers d'ostéite étaient certainement la cause des troubles observés.

Le traitement spécifique amena rapidement une amélioration ou une guérison de symptômes et une disparition plus ou moins complète des lésions osseuses.

Il s'agissait, dans deux cas, d'une syphilis héréditaire méconnue, dans un cas, d'une syphilis acquise, dans le quatrième, d'une syphilis à point de départ inconnu.

Il est important de savoir qu'une radiographie bien faite et bien interprétée peut révéler ces petites ostéites spécifiques, car celles-ci ne paraissent pas très rares, et elles apparaîtront sans doute fréquentes quand on aura pris l'habitude de les rechercher et de les déceler systématiquement. La mise en évidence de ces petits foyers osseux modifie le pronostic de troubles qui pourraient conduire à une trépanation pour le moins inutile, comme le fait a failli se produire chez un des malades présentés.

Le diagnostic radiologique des cavernes pulmonaires. La question des ombres annulaires. — MM. S. J. de Jong et Pestel présentent l'observation d'un sujet qu'ils ont pu radiographier plusieurs fois pendant un an et demi à Ivry et dont ils ont pu avoir les pièces d'autopsie. Cette malade présentait à son entrée une ombre annulaire radiologique semblant correspondre à une caverne qui aurait échappé à l'auscultation, car on ne trouvait chez elle que des signes de cortico-pleurites.

L'image annulaire radiologique augmente progressivement bien que la malade sembla d'abord légèrement s'améliorer. Pendant le mois qui précéda la mort apparurent les signes cavitaires cliniques. L'autopsie montra une énorme caverne mais l'ombre annulaire correspondait, en réalité, à la scissure interlobaire épaissie car ce sujet présentait des lésions pleurales extrêmement importantes.

Contribution à l'étude des dilatations bronchiques de l'enfant par les injections intratrachéales de lipiodol. — M. Armand-Delille comme suite à sa précédente communication, présente de très belles radiographies faites par le docteur Darbois de deux cas de dilatation bronchique après injection de lipiodol.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 MARS 1924)

Hernie ombilicale chez un nouveau-né. — M. Ombrédanne fait un rapport sur une intéressante observation adressée par M. René François (de Versailles). Il s'agit d'un enfant âgé de quarante-huit heures qui est présenté à M. François porteur d'une hernie ombilicale du volume de sa tête, irréductible et en voie de sphacèle. Opération immédiate; la poche est remplie d'anses intestinales. Arrivé sur le grêle, on sent une résistance. En cherchant à l'attirer, il se fait une petite déchirure sur le côlon ascendant. On arrive difficilement à libérer les adhérences. Il n'est pas possible de trouver un plan de clivage.

M. François se décide alors à réséquer 20 centimètres d'intestin grêle, le cæcum et le côlon ascendant.

Il abouche ensuite le grêle au côlon. Fermeture sans drainage, fils métalliques. Le lendemain, la température est à 38 degrés, puis elle tombe et l'enfant guérit. Cette observation est une preuve de plus à l'appui de cette opinion souvent exprimée par M. Ombrédanne, que les enfants très jeunes présentent une admirable résistance aux interventions chirurgicales les plus graves.

Etranglement interne. — M. Cadenat analyse une observation adressée par MM. Lejeune et Guillout (de Brest). Il s'agit d'une hernie de l'intestin dans un orifice mésentérique, chez un malade présentant une inversion des organes, l'anse sigmoïde se trouvant à droite et le cæcum avec l'appendice à gauche. Fermeture partielle de la brèche mésentérique. Guérison.

M. Cadenat estime qu'on aurait pu fermer complètement la brèche à l'aide de l'épiploon.

Hernie diaphragmatique droite. — M. Duval fait un rapport sur une intéressante observation adressée par M. Cornioley (de Genève). Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, présentant des douleurs gastriques, des vomissements et de l'amaigrissement. Après un examen radiographique, on diagnostique une hernie diaphragmatique droite. Opération : incision de 35 centimètres sur les côtes, résection de deux côtes, formation d'un volet thoracique (pneumo-thorax). La plèvre pariétale est adhérente. Réduction impossible, malgré la section de cartilages costaux. Alors laparotomie médiane, réduction facile : résection de la poche, la brèche diaphragmatique est fermée à l'aide du pédicule.

Le malade qui était un alcoolique invétéré, absorbe un litre d'eau-de-vie et meurt de broncho-pneumonie.

M. Cornioley, dans ce cas, a eu recours d'abord à la voie thoracique. Cela n'ayant pas suffi, il a fait alors une laparotomie et il a bien fait car, ainsi que conclut M. Duval, la thoraco-laparotomie paraît bien être l'opération de choix pour ces hernies diaphragmatiques.

Les extraits microbiens de Jousset dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. Louis Bazy a fait une série de recherches et d'expériences sur l'emploi d'injections d'extraits de bacilles vivants de Jousset. Ces injections agiraient, en somme, comme la tuberculine de Koch. Elles ont été employées chez une vingtaine de malades atteints soit de tuberculoses ganglionnaires, soit de tuberculoses articulaires ou osseuses. Le nombre des injections fut de trois ou quatre. Il y a une réaction locale qui dure de vingt-quatre heures à huit jours, réaction générale souvent intense, allant jusqu'à 40 degrés ne durant guère que vingt-quatre heures. Il y a eu des améliorations, il y a eu des rechutes. Il faut savoir aussi qu'il y aurait grand danger à recourir à cette vaccination, lorsqu'il y a des lésions tuberculeuses profondes, pulmonaires ou autres. On devra donc se montrer extrêmement prudent dans l'emploi de ce traitement qui, jusqu'ici, est resté dans le domaine de la thérapeutique expérimentale.

Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. — M. Mathieu apporte quatre observations d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Dans ces quatre cas, il s'agit de malades atteints d'appendicite, opérés et qui, peu de temps après, étaient pris de douleurs nouvelles et de signes d'occlusion intestinale. Laparotomie médiane ; découverte d'une bride sur une anse grêle, guérison.

M. Mathieu insiste sur un signe qui l'a mis sur la voie du diagnostic d'occlusion par bride, c'est l'apparition sous la peau du ventre d'anses très dilatées.

M. Dujarier a observé deux fois des crises d'occlusion intestinale par brides après l'appendicectomie.

M. Lardennois félicite M. Mathieu d'avoir appelé l'attention sur ces faits d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire qui sont plus fréquents qu'on ne croit. Aussi est-il d'avis, au cours de l'appendicectomie de bien observer l'anse iléo-cæcale, de bien libérer l'iléon pour peu qu'il soit adhérent.

MM. Savariaud, Alglave et Gernez prennent part à la discussion et citent des faits analogues à ceux de Mathieu.

Fracture de Dupuytren. — M. Savariaud présente un malade ayant été soumis au traitement non sanglant, bon résultat.

Injection intracardiaque d'adrénaline pour syncope cardiaque. — M. Lenormant communique un cas de syncope cardiaque anesthésique ranimé par une injection intracardiaque d'adrénaline.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1924)

Traitement des bartholinites par le rayonnement total du radium. — MM. Lacapère et Galliot montrent que ce procédé agit en provoquant un puissant appel leucocytaire et une augmentation de la sécrétion de la glande qui balaie mécaniquement les micro-organismes. Grâce à l'emploi des rayons X éliminés dans le rayonnement filtré. Ils ont employé le nittium, association de radium, d'uranium et de polonium, permettant d'écourter considérablement le traitement.

Jeûne thérapeutique et auto-intoxication. — M. Natier a guéri par une cure de jeûne de quinze jours, une femme de quarante-trois ans, obèse, atteinte de troubles gastro-intestinaux, avec somnolence invincible et graves désordres utéro-ovariens.

Gastrectomie pour ulcère du jéjunum. — M. Pauchet présente une pièce de gastrectomie pour ulcus jéjunal ayant provoqué des hémorragies terribles : les ulcérations sont très petites. L'ulcère ne guérit jamais médicalement ; le seul traitement est la gastrectomie large (15 guérisons sur 17 cas).

Malades traités par le collovaccin. — M. Grimberg présente une adénite cervicale suppurée et une fistule anale très profonde, cliniquement guéries par son extrait bacillaire colloïdal.

Le calcul des glandes vulvogénitales. — M. Legrand présente un calcul d'une glande de Bartholin dont la forme et les dimensions confirment les données anatomiques de nos classiques. Il montre l'analogie qui existe entre la formation de ce calcul et ceux des glandes salivaires. Il explique sa formation par une réaction inflammatoire à l'orifice du canal excréteur.

Pathogénie des diabètes et insuline. — M. Leclercq pense que l'insuline blanchit les diabétiques, mais ne les guérit pas. Le diabète, pour lui, résulte avant tout de l'effort que fait le foie glycogénique pour éliminer à l'état de composé sucré les restes de l'alimentation carnée.

Mastopexie. — M. Dartigues présente un procédé pour remédier aux premiers degrés du prolapsus mammaire, caractérisé par la cicatrice cachée dans l'aisselle et la fixation du prolongement axillaire de la glande au grand pectoral.

A propos de la théorie de Malthus. — M. Smester montre que les deux principes de Malthus : la population croît en proportion géométrique, l'aliment croît en proportion arithmétique, sont faux, et ne sont pas des lois. C'étaient simplement des armes de guerre contre la puissance de la France à cette époque.

Quelques considérations sur les kystes des os. — M. Roederer rappelle les caractères essentiels des kystes solitaires des os, affection bénigne, rare, évoluant sur l'épiphyse des os longs chez les enfants jeunes. Il discute les différentes pathogénies proposées et pense qu'il s'agit d'une ostéomyélite larvée de forme anormale.

Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Marwas présente au nom de M. Khouri une nouvelle méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par injection intraveineuse d'un plasma hypertoxique polyvalent, basé sur le fait que la résorption des diverses toxines tuberculeuses est capable de vacciner la totalité de l'organisme en créant des anticorps spécifiques.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CLIENTÈLE MÉDICALE OU VÉTÉRINAIRE

SOCIÉTÉ. NULLITÉ

Au cours de l'année 1900, deux médecins vétérinaires de Marseille s'étaient associés de fait pour exercer en commun l'art médical. Le 1er janvier 1914, ils s'étaient adjoint une tierce personne par un contrat de louage de services, aux termes duquel cette dernière s'engageait, pendant neuf ans, à leur prêter sa collaboration, moyennant des appointements fixes et un tantième sur les bénéfices. Les médecins vétérinaires reconnaissaient à cette personne le droit de devenir leur associé à partir du 1er janvier 1923, en versant une somme dans des conditions déterminées.

Des dissentiments survinrent entre les deux médecins à la suite de leurs règlements de comptes respectifs, consécutifs à l'état de guerre. L'un d'eux demanda au Tribunal de Marseille de prononcer la dissolution de la communauté d'intérêts et d'exploitation ayant existé entre eux avec partage du matériel et instruments acquis en commun; le tiers intervint dans l'instance pour ce motif qu'étant devenu associé depuis le 1er janvier 1923, il avait des droits à exercer au cas où la liquidation serait ordonnée.

Le différend fut soumis au Tribunal civil de Marseille qui a rendu un jugement le 24 octobre 1923, qu'il est utile de porter à l'attention de nos lecteurs.

Ce jugement examine la question spécialement en droit. Aux termes de l'article 428 du Code civil, dit-il, il n'y a que les choses qui sont dans le commerce qui puissent être l'objet de conventions; et l'article 1833 du même Code déclare que toute société doit avoir un objet licite. Or, il n'est pas douteux que la clientèle médicale, qu'il s'agisse de médecine à proprement

parler ou de médecine vétérinaire, est uniquement faite de la confiance des malades ou des propriétaires d'animaux malades; issue de considérations ou d'impressions profondément personnelles, impondérables et non discutables, cette confiance n'est pas dans le commerce. Il résulte de ces principes juridiques certains que la clientèle médicale ne peut faire l'objet d'une union ou d'un contrat; et la nullité des conventions intervenues au mépris de ces principes est absolue. Ce qu'il faut considérer, quand il y a droit au bail, existence d'un matériel avec salles d'opérations et infirmerie, interdiction d'exercer la profession dans une ville déterminée, c'est l'objet principal et intéressant du contrat, celui qui l'explique et qui en constitue le fond et la raison d'être. Or, en l'espèce, cet objet principal était la cession de la clientèle ou sa mise en commun, c'est-à-dire une chose qui n'a pas d'existence réelle aux yeux de la loi.

De ces principes, il découle que la demande en dissolution et liquidation formée tendait à faire proclamer par le Tribunal la nullité des accords intervenus et ayant eu pour objet l'exploitation en commun des clientèles respectives et d'autres clientèles achetées par l'un d'eux ou par les deux co-participants.

Mais, tout en constatant que l'association illicite était nulle et d'une nullité radicale, le Tribunal déclare qu'en droit et en équité il a été créé entre les parties une communauté d'intérêts qui doit être réglée d'après les termes de la convention et d'après l'appréciation que les parties ont elles-mêmes donnée à l'objet de l'exploitation commune. Cette solution est exacte, car il est un principe de droit bien connu que « nul ne peut s'enrichir aux dépens d'autrui ».

La jurisprudence a toujours accordé aux anciens membres d'une société nulle, soit en raison de son objet illicite, soit en raison du défaut de publicité légale, le droit au remboursement des bénéfices réalisés, à la restitution des apports, aux avantages des améliorations réalisées, et notamment à la plus-value acquise par un fonds.

C'est dans ces conditions que le Tribunal a annulé les accords qui étaient intervenus entre les deux médecins pour l'exercice en commun de l'art vétérinaire et a déclaré dissoute la communauté d'intérêts et d'exploitation ayant existé. Comme le Tribunal avait les éléments d'appréciation sur certains points, il a ordonné la restitution des apports. Il a ordonné, en outre, le partage par parts égales du matériel existant, que des experts ont été chargés d'évaluer; il a nommé, enfin, un expert-comptable liquidateur pour établir les comptes, faire rentrer les créances, payer le passif et remettre aux intéressés la part qui leur reviendrait dans les bénéfices.

En ce qui concerne la tierce personne qui avait été adjointe comme associée, le contrat dont elle se prévalait a été, en vertu des principes ci-dessus, déclaré nul; elle ne pouvait avoir droit, d'après les constatations du jugement, qu'à une part dans les bénéfices restant après extinction du passif.

Telle est résumée la décision du Tribunal civil de Marseille. Il faut la considérer comme une solution d'espèce. Il n'est pas contesté en jurisprudence et en doctrine que la clientèle d'un médecin n'est pas dans le commerce et ne peut faire l'objet d'une union ou d'une association; mais il n'est pas illicite de convenir qu'il y aura interdiction de visiter la clientèle ou cession du droit au bail. Le Tribunal de Marseille s'est trouvé en présence de contrats qui, dans son appréciation, constituaient une mise en commun et une exploitation de clientèles médicales; ce qui juridiquement est interdit; sa décision concerne donc des circonstances particulières.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Bréviaire thermal des coloniaux, par J.-J. MATIGNON, médecin consultant à Châtelguyon, ancien chef du laboratoire de pathologie exotique à la Faculté de Bordeaux, et S. ABBATUCCI, médecin principal de 1re classe des troupes coloniales, membre du Conseil supérieur de santé des colonies. Guide clinique pour le choix de stations thermales pour séquelles d'affections coloniales. In-8 avec 43 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SOINS GRATUITS AUX VICTIMES DE LA GUERRE.

LE FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DE CONTROLE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Notre confrère le docteur Quidet vient de présenter à la réunion des délégués des groupements médicaux de la Seine et au Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine, un rapport très documenté sur le fonctionnement des Commissions de contrôle dans le département de la Seine.

Après avoir exposé l'historique du fameux article 64 et les nouvelles dispositions prises à son sujet (loi du 21 juillet 1922 et décret du 25 octobre 1922), M. Quidet montre dans quelles conditions défectueuses se mirent au travail les Commissions de contrôle et il indique les réformes à apporter dans leur fonctionnement.

S'adressant ensuite à ses confrères, il les prie de faciliter la tâche ingrate des secrétaires en s'appliquant à bien connaître les prescriptions essentielles du décret du 25 octobre 1922 et à s'y conformer scrupuleusement dans leur intérêt autant que dans celui des mutilés et de l'Etat.

Voici ces *prescriptions essentielles* :

« ART. 15. — *a.* Souches du carnet de soins : inscrire les prescriptions médicales à conserver par le malade);

b. Feuilles d'ordonnances : le médecin-traitant : 1° écrit les formules de médicaments; 2° indique ses prescriptions d'examen : radio, laboratoire;

c. Bulletins de visite : noter actes médicaux accomplis avec numéro nomenclature; mentionner consultations (à envoyer, en fin de trimestre, épinglés aux mémoires d'honoraires).

ART. 16. — Inscrire lisiblement nom et adresse du médecin, et, le cas échéant, mention de la spécialité exercée.

ART. 17. — Envoi immédiat, à la Commission de contrôle, du premier bulletin de visite.

ART. 18. — Préavis dans les vingt-quatre heures, en cas de : hospitalisation urgente; consultation avec confrère; intervention de spécialiste; examen de radio ou de laboratoire; série de plus de cinq interventions à tarif spécial.

ART. 19. — Préavis de six jours en cas d'opérations mutilante ou de grande chirurgie.

ART 21. — Préavis de six jours, par certificat sur bulletin de visite extrait du carnet, en cas d'hospitalisation jugée nécessaire; spécifier la nature de l'affection justifiant hospitalisation; désigner établissement public ou privé choisi par le malade; joindre déclaration d'établissement privé acceptant recevoir le malade.

ART. 22. — Hospitalisation urgente : envoi immédiat du certificat d'hospitalisation.

ART. 53. — Envoi trimestriel des mémoires d'honoraires (bordereaux récapitulatifs en deux exemplaires, avec bulletins de visite justificatifs joints; classés par malade).

ART. 54. — Mémoires contestés : créancier entendu dans ses explications.

ART. 56 et 57. — Contrôle médical permanent et direct (ordonné exclusivement par Commission ou son secrétaire; préavis de vingt-quatre heures au médecin-traitant; pas d'indemnité pour celui-ci). »

Le docteur Quidet rappelle en terminant que les docteurs en médecins seuls peuvent soigner les réformés et que *les dentistes non-docteurs en médecine ne sont pas autorisés à soigner au compte de l'article 64.*

« C'est donc, dit-il, la signification formelle que toute note de soins concernant un réformé doit émaner d'un docteur en médecine. Or, il est courant de recevoir dans les secrétariats des Commissions de contrôle, des notes d'établissements de bains, de masseurs, et même de *sages-femmes !* On conçoit qu'elles ne puissent être accueillies. »

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon (1), par Ch. Achard.

« Un peu moins de science, Messieurs, et un peu plus d'art », s'écriait Trousseau, au cours d'une leçon clinique. La formule a été critiquée. Elle ne pouvait pas ne pas l'être. De deux médecins, l'un connaissant les données relatives à la sérothérapie, l'autre ayant, pour tout bagage, son seul art, lequel soignera le mieux une méningite cérébro-spinale. La réponse n'est pas douteuse. L'art n'est pas interdit au praticien, mais ce qu'il lui faut, surtout, ce sont les connaissances théoriques et pratiques sans lesquelles ils n'est pas de thérapeutique.

Ces connaissances, ce sont les professeurs de clinique qui sont chargés de les enseigner. Ils ont les malades qu'ils interrogent et examiuent devant les élèves : ils ont les laboratoires, pour procéder aux recherches biologiques nécessaires ; ils ont tout autour d'eux, un brillant état-major qui, sous leur direction, fait des leçons, des conférences, des travaux pratiques et initie ainsi les débutants aux mystères de la séméiologie. Si bien qu'en groupant, pour le bien du service, toutes les ressources dont ils disposent, ils peuvent en faire chaque année, non pas des savants, mais des praticiens instruits et habiles.

Tâche difficile, tâche délicate, mais combien intéressante, et combien attrayante ! Ici, plus de programme fixé à l'avance, et qui se déroule avec une solennelle monotonie. Plus de ces cadres insipides où s'enferme la pathologie découpée en tranches, que l'on débite, tous les deux jours, au grand amphithéâtre ! Mais de la diversité, des cas difficiles à côté de cas aisés, des problèmes de tout ordre : diagnostique, pronostique, social, des questions telles qu'en pose la vie quotidienne, et dont il faut à tout prix trouver, en quelques instants la solution. Cette thèse, le livre du professeur Achard l'illustre à merveille. Voici des septicémies dont les manifestations sont plus ou moins analogues : au laboratoire de nous montrer qu'elles relèvent de germes différents, et que, par suite, leur traitement ne saurait être invoqué. Ici, c'est une scarlatine méconnue, qui a été l'origine d'une petite épidémie. Là, c'est un érythème noueux, maladie infectieuse, d'allure spécifique, dont le germe reste à découvrir. Voici maintenant des cas de diphtérie. Sans le laboratoire, comment s'aviser qu'il s'agit d'infections associées ? Comment instituer un traitement convenable, une prophylaxie correcte. Quelles sont les caractères de la paralysie diphtérique et comment faut-il en comprendre la pathogénie ? Le tétanos, pour être moins fréquent que jadis, n'a pas encore entièrement disparu, et il n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire *à priori* de le bien traiter. De même, la fièvre typhoïde ne sévit pas aujourd'hui sous forme d'épidémies meurtrières. La cause n'en est-elle pas à la vaccination, dont cinq années de guerre ont montré la merveilleuse efficacité, et qu'il n'est plus permis d'ignorer ?

Dans ce livre de clinique, une grande place est faite à la neurologie, et l'auteur y consacre de substantielles leçons à la sclérose en plaques, affection due, peut-être, à un spirochœte voisin du tréponème, aux paralysies alternes, à propos desquelles est abordé le problème du syndrome pédonculo-protubérantiel et bulbaire, aux hémianopsies, au tabes, à la sclérodermie, à la maladie de Recklinghausen, au virilisme, etc. Deux d'entre elles, concernent le syndrome basedowien, dont M. Achard étudie successivement les signes fondamentaux et accessoires, les formes lentes, les associations morbides, pour arriver à conclure qu'il existe, non pas une maladie de Basedow, mais un syndrome basedowien dont les principales manifestations sont d'ordre sympathicotonique.

Chacune de ces leçons est un modèle d'exposition méthodique. Discussions cliniques, analyse des résultats fournis par le laboratoire, bibliographie, interprétation des recherches récentes, tout y occupe la place exacte qu'il doit occuper, tout s'y trouve sous la forme même qu'il doit revêtir. Leur recueil mérite les plus grands éloges. Ne joint-il pas à une science consommée un art de la présentation qui en rend la lecture infiniment séduisante ?

L. BABONNEIX.

(1) In-8° de 458 p. avec 90 fig. dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, 1923, Masson et Cie.

Le Syphiloïde du Jutland. Histoire des origines de la législation danoise pour combattre les maladies vénériennes (1), par le professeur Edv. Ehlers, médecin en chef de l'hôpital communal de Copenhague.

Il y a cent cinquante ans que la législation danoise établissait la gratuité du traitement des maladies sexuelles en même temps qu'elle obligeait les malades à se faire traiter. Ce livre montre comment le système s'est développé pour aboutir à une série de lois que bien des pays envient au Danemark et cela avec raison.

Les différents rescrits royaux y sont cités par ordre chronologique ainsi que les ordres et circulaires de la chancellerie royale. Les matériaux recueillis montrent l'origine des importantes lois du 10 août 1874 et du 30 mars 1906.

L'intérêt de ce petit ouvrage est grand à une époque où l'on s'efforce de combattre sérieusement la syphilis. Il contient, en outre, d'intéressants détails sur les moyens employés aux différentes époques et les résultats obtenus, sur les mesures administratives, sur des habitudes curieuses des populations.

Pour les médecins français le livre de M. le professeur Ehlers offre un intérêt d'autant plus vif que son auteur n'est pas seulement un des plus éminents syphiligraphes actuels, mais aussi l'ami sincère et toujours agissant de la France.

L. G.

Les Orges, tome II (2), par Albert Garrigues.

Et le docteur A. Garrigues continue ; il continue avec une érudition et une habileté qui rendent attachant un sujet de prime abord assez revêche. Dans le tome I, qui a été analysé ici l'année dernière, l'auteur nous entretenait des orges à l'état de nature, de la céréale cultivée et utilisée dans l'alimentation et des préparations qu'on lui fait subir. Dans le présent volume, il nous parle de l'orge germée et des produits qui en dérivent. Ce n'est pas rien : malt et diastases, vitamines, hordénine et les boissons retirées de l'orge germée en tête desquelles figure la bière et l'emploi de l'orge germée en thérapeutique, en particulier de son alcaloïde, l'hordénine, découverte en 1906 par Léger, étudiée surtout par Camus et d'autres Français et qui est aujourd'hui délaissée chez nous, malgré ses intéressantes propriétés, alors que, à l'étranger, elle n'a pas cessé de faire l'objet de travaux importants. Encore dois-je passer sous silence les drêches et le touraillons. On devine quelle mise au point formidable requièrent de tels sujets, quel savoir prodigieux, quelle critique compétente aussi elles demandent. Et l'auteur pourvoit à tout, au courant des dernières recherches comme des plus vieilles observations. Volontiers, je qualifierais M. A. Garrigues de bénédictin s'il ne savait mêler beaucoup d'agrément à la sécheresse de la science. Ni les anecdotes ne manquent, ni les renseignements historiques, ni les réflexions ironistes ou humoristiques, de telle sorte que ce livre, que l'on considère d'abord avec un respect un peu lointain, devient quand on l'a ouvert un ami qu'on fréquente avec joie et que l'on consulte avec fruit. Ce ne sont donc pas les spécialistes seuls qui peuvent en tirer profit, mais aussi tous ceux qui s'intéressent à une érudition de bon aloi.

J. LAUMONIER.

Le Traitement thermal d'Aix-les-Bains : La douche-massage (4e édition), par le docteur Henri Forestier. Un vol. in-16 jésus de 68 pages avec figures. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi.

(1) Un vol. de 88 pages. — Prix : 9 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-16 avec 49 figures de la Collection « Les Plantes en médecine ». — Prix : 8 fr. — Paris 1924, Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les Assurances sociales, par H. GLEIZE, inspecteur de la Caisse syndicale de retraite des Forges de France. Un vol. in-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Félix Alcan.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MONUMENT EN MÉMOIRE DES MÉDECINS ET ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS MORTS POUR LA PATRIE. — La Société des Amis de la Faculté de médecine de Paris, dont le secrétaire général est M. le professeur Chauffard, a décidé d'élever un monument destiné à glorifier la mémoire des médecins et étudiants de la Faculté de médecine de Paris morts pour la patrie. Ce monument sera placé dans la salle des Pas-Perdus de la Faculté, il aura pour auteur M. Raoul Bénard, ancien grand prix de Rome, et il promet d'être fort beau. Mais les frais en seront élevés, et, pour pouvoir mener à bien cette œuvre de reconnaissance nationale, la Société a besoin de faire appel au concours toujours généreux du Corps médical. Elle le fait avec confiance et espère que l'aide qui lui est nécessaire ne fera pas défaut. Le monument doit être inauguré au mois de novembre prochain. Les souscriptions sont reçues chez M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury de nomination est provisoirement composé de MM. Coyon, Ribierre, Enriquez, Savariaud, Lian, qui acceptent; Camus, Teissier, Lion, Hallé, Claude, Le Noir, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve écrite.* — Ont obtenu : MM. Chatelier, 28; Ramadier, 30; Bonnet, 26; Bloch, 30.

— Concours du prix de l'internat. (*Médecine*). — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Barbé, qui acceptent; Legry, Laubry, Méry, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est provisoirement composé de MM. Broca, Monthus, Cauchois, Levant, qui acceptent; Potherat, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

LE PROJET DE RÉFORME DU CONCOURS DE L'EXTERNAT. — A la suite de la réunion des délégués des médecins et chirurgiens des hôpitaux avec les représentants de l'administration de l'Assistance publique, la Société des médecins des hôpitaux a étudié un projet de concours basé sur les principes suivants :

« Les nominations seraient faites sur une épreuve anonyme (composée par une série de petites questions ne comportant qu'une réponse très simple et très courte). Ces questions porteraient sur un programme défini : anatomie, pathologie externe et interne (et petite chirurgie).

Pour le classement des candidats, on tiendrait compte des notes obtenues au cours d'une seconde épreuve. Cette seconde épreuve serait également écrite et anonyme et comporterait trois questions :

a. Une d'anatomie;
b. Une de pathologie externe ;
c. Une de pathologie interne;

dont le libellé rappellerait les questions posées au concours actuel et que les candidats devraient rédiger en une demi-heure chacune.

Les deux épreuves : épreuve d'admission et épreuve de classement auraient lieu le même jour. Mais le jury ne corrigerait que les épreuves de classement des candidats ayant satisfait à l'épreuve d'admission. »

Ce projet a été adopté en principe par la Société des médecins des hôpitaux.

L'épreuve de classement a été très discutée.

La parole maintenant est aux chirurgiens des hôpitaux.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe des troupes coloniales Audibert est nommé au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Clouard, placé dans la section de réserve.

MARINE. — Des concours seront ouverts au cours du deuxième semestre 1924, à des dates et dans les ports qui seront fixés ultérieurement pour les emplois de chef de clinique et professeur énumérés ci-après :

A. *Ecole d'application des médecins et pharmaciens stagiaires à Toulon.* — 1° Chef de clinique chirurgicale;

2° Chef de clinique ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par l'instruction du 14 avril 1910 modifiée (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 57).

B. *Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux*. — 1° Professeur d'histologie normale et pathologique et de bactériologie ;

2° Professeur de physiologie, d'hygiène et de médecine légale ;

3° Professeur de chimie, physique, histoire naturelle (pharmacien).

Les conditions de ces derniers concours sont fixées par l'arrêté du 29 juin 1908 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 46).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La médaille d'honneur des épidémies en or est attribuée, à titre exceptionnel, à Mlle Marthe Feltz, docteur en médecine, décédée victime de son dévouement.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE LYON. — Les externes et anciens externes des hôpitaux de Lyon viennent de constituer une Association professionnelle pour la défense de leurs intérêts en même temps que pour développer entre eux des liens de camaraderie et de solidarité formés dans les hôpitaux.

Le bureau pour l'année 1924 est ainsi constitué :

Président d'honneur : M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine; vice-président d'honneur : M. le docteur Carle, administrateur des hospices ; président : M. Caillot; vice-président : M. Michel; trésorier : M. Larrive; secrétaire : M. le docteur Burlaton; secrétaire adjoint : M. Billiet; membres rapporteurs : MM. les docteurs Amabert et Bertrand; MM. Meyer, Aulaguer, Colmez, Vallery.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Association, hospice de la Charité, Lyon.

AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE. — Le prochain dîner de l'Amicale aura lieu le lundi 7 avril prochain, à 20 heures précises, au buffet de la gare de Lyon, en tenue de ville, au prix habituel de 25 francs, service compris.

Les confrères qui n'auraient pas reçu de convocation sont priés de considérer le présent avis comme en tenant lieu.

Adresser les adhésions à M. Larcher, secrétaire général de la Société, 1, rue du Dôme, Passy (XVIe), Passy 20-03, avant le 5 avril.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS DE LA RÉGION DU NORD. — Le prochain dîner de l'Association aura lieu le jeudi 3 avril, à 7 h. 45, au Club de la Renaissance française, 12, rue de Poitiers.

Le docteur Parmentier, médecin des hôpitaux, présidera ce dîner.

Tous les médecins originaires des départements suivants : Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Ardennes, qui désirent assister à ce banquet, sont priés d'envoyer leur adhésion au docteur Paul, président du *Nord médical*, 52 *bis*, rue de Varenne, à Paris (VIIe), téléphone Fleurus 13-93.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

CHRONIQUE

DÉCENTRALISATION ET ÉCHANGES UNIVERSITAIRES

On a bien souvent reproché à Paris d'attirer et de garder trop de personnalités, qui auraient pu ailleurs avoir une influence plus grande encore en augmentant le prestige des centres universitaires de province. Ce reproche est-il fondé en ce qui concerne les médecins ?

La récente nomination de notre collègue et ami Prosper Merklen à la Faculté de médecine de Strasbourg, celle de Castaigne à l'Ecole de Clermont-Ferrand, ont attiré l'attention à nouveau sur les avantages de la décentralisation scientifique.

Sans chercher bien loin dans nos souvenirs nous pouvons citer quelques précédents qui montrent que depuis un demi-siècle un certain nombre de maîtres parisiens, dont plusieurs furent illustres, n'ont pas craint de quitter la grande ville pour aller enseigner dans les universités ou écoles provinciales.

Parmi les professeurs ou agrégés, on peut rappeler les noms de Rouget, agrégé d'anatomie en 1856 et de Dubrueil, agrégé de chirurgie en 1869, qui devinrent professeurs à la Faculté de Montpellier; de G.-J. Bergeron, agrégé de médecine en 1872 devenu professeur à la Faculté de Lille; de Raphaël Lépine, agrégé de médecine en 1875 et médecin des hôpitaux de Paris qui fut appelé à Lyon lors de la création de la Faculté.

Tout récemment le professeur Weiss abandonnait Paris pour occuper les fonctions de doyen à la Faculté de Strasbourg, et M. Chassevant, agrégé de chimie à Paris, depuis 1895, devenait titulaire d'une chaire à Alger.

Les hôpitaux de Paris ont envoyé également en province quelques-uns de leurs représentants. Citons Renaut, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique, à la Charité, à Paris, qui occupa avec un grand éclat une chaire à Lyon; Duret, chirurgien des hôpitaux de Paris, devenu doyen de la Faculté libre de Lille; Guibé, chirurgien des hôpitaux actuellement directeur de l'Ecole de Caen ; Prosper Merklen, médecin des hôpitaux, était nommé il y a peu de mois professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

Enfin, ces jours derniers, Castaigne, agrégé et médecin des hôpitaux, était nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Clermont.

Les faits que nous venons de citer ont eu leur contrepartie et il n'y a pas encore bien longtemps nous avons vu les facultés de province venir infuser du sang nouveau à la Faculté de Paris.

M. de Lapersonne est venu de Lille enseigner l'ophtalmologie à Paris, où il avait d'ailleurs fait ses études médicales. MM. Prenant et Nicolas nous sont venus de Nancy.

Ces exemples ne suffisent-ils pas à démontrer que la décentralisation se fait peu à peu naturellement pour le plus grand bien de la science française. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 29 mars. — Jury : MM. Carnot, président; Lecène, Nobécourt et Mocquot. — M. DE SAINT-FLORENT (Maurice). Etude du traitement du charbon par l'injection sous-cutanée. — M. THORAL (Louis). Les atrophies optiques par fissures irradiées du canal optique. — M. SAINTON (André). Les pleurésies purulentes tuberculeuses chez l'enfant.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

A. — APPAREIL CIRCULATOIRE

Rétrécissement mitral et hémiplégie bilatérale. (Alec Cramer et André Liengme [de Genève]. *Revue méd. de la Suisse romande*, déc. 1923, n° 12, p. 822.) — La malade dont les auteurs rapportent l'observation était atteinte d'un rétrécissement mitral. Cette sténose mitrale semble bien être congénitale, puisque dès l'enfance elle s'est plainte d'essoufflement au moindre effort. D'autre part, cette lésion cardiaque paraît être de nature syphilitique héréditaire étant donné l'énorme mortalité infantile de ses frères et sœurs.

Le point intéressant réside dans le fait qu'encore jeune, la malade a été atteinte d'émiplégie double, d'abord gauche, puis droite quelques heures avant la mort. L'hémiplégie double est assez exceptionnelle. Le plus souvent, en effet, un seul côté est pris et le plus souvent l'embolie se fait dans l'artère sylvienne gauche occasionnant une hémiplégie droite avec aphasie.

Malgré la presque certitude d'une syphilis héréditaire. la nécropsie donne l'assurance que cette hémiplégie est duc à des embolies cardiaques, ce qui se confirme encore par les nombreux infarctus anciens et récents trouvés dans la rate et les reins.

Par contre, il ne semble pas possible de déterminer à coup sûr le point de départ des embolies. Sont-elles parties de l'auricule ou bien de la valvule mitrale? Les petits thrombus de l'oreillette gauche d'une part, et, d'autre part, la poussée d'endocardite mitrale récente greffée sur d'anciennes lésions peuvent être incriminées chacun séparément ou même les deux à la fois. Par là, cette observation justifie doublement le terme de maladie « embolisante » attaché au rétrécissement mitral.

P. PRUVOST.

Emploi du benzoate de benzyle dans le traitement de l'angine de poitrine. (R. H. Babcock. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 19 janv. 1924, p. 193-195.) — L'auteur a traité plus de 20 angineux vrais par le benzoate de benzyle. De ceux dont l'observation a pu être suivie, 6 au moins ont été très soulagés. Parfois l'amélioration a été très légère, surtout chez un jeune Italien atteint d'aortite syphilitique. La diminution de la tension n'a été ni constante ni durable. En aucun cas, il n'y a eu d'effets nuisibles. L'auteur donne XXX gouttes du médicament dans du lait ou dans une crème, quatre fois par jour. La médication paraît agir lorsque la tension vasculaire ou le spasme produit un degré tel de pression aortique qu il excite les extrémité nerveuses sensitives dont sont richement fournies les parois de ce vaisseau.

L. BABONNEIX.

Anémie à cellules en faucilles (report d'un cas). (S. Chaille Jamison. *New Orleans med. and surg. Journ.*, fév. 1924, n° 8, p. 378-379.) — Une fillette de race nègre, âgée de onze ans, a toujours été délicate depuis le sevrage, effectué à l'âge d'un an. Elle est particulièrement sujette aux céphalées et aux angines, ainsi qu'aux douleurs dans les membres. Vers un an et demi, jaunisse ayant duré plusieurs mois. Depuis, elle a souvent des poussées d'ictère, de la fièvre, des frissons et des vomissements presque chaque mois. Le médecin de son pays a pensé à la malaria. La mère, a, elle-même, souffert de cette affection pendant qu'elle la nourrissait.

A l'entrée, les principales constatations sont : pâleur des muqueuses buccales, amygdalite chronique, tuméfaction légère des ganglions lymphatiques, météorisme également léger, hépato et splénomégalie. L'examen hématologique donne les renseignements suivants : Hémoglobine : 30 à 35 p. 100. Neutrophiles : 44 p. 100. Petits lymphocytes : 4 p. 100. Larges lymphocytes : 33 p. 100. Grands monos : 11 p. 100. Formes de transition : 4 p. 100. Myélocytes : 3 p. 100. Eosinophiles : 0 p. 100. Basophiles : 1 p. 100. Hématies nucléées : 0. L = 14.000. H = 1.912.000. Sur chaque champ de microscope, à l'immersion, on voit 5 à 6 hématies en croissant, ayant une forme de faucille, cornues et étroites, et à extrémités pointues.

Ce cas est remarquable par sa rareté : comme cas analogue, on ne connaît, en effet, que ceux de Herrich et Wesburn. La syphilis ne paraît pas en cause. Malheureusement, l'enfant quitta l'hôpital et ne put être suivie.

L. BABONNEIX.

Hypertension et hyperglycémie. (W. H. Herrick. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 8 déc. 1923, vol. LXXXI, n° 23.) — L'hyperglycémie existe dans un nombre assez considérable — de 10 à 30 p. 100 — de cas d'hypertension artérielle. Elle semble être plus fréquente lorsqu'une pression sanguine élevée n'est pas liée à une affection évidente du rein.

Cette association d'hyperglycémie et d'hypertension est très fréquente chez les malades atteints d'obésité et présentant des tendances à l'artériosclérose. La cause de l'hyperglycémie d'hypertension est inconnue. Les théories plausibles, mais non prouvées sont les suivantes : suractivité du système chromaffine ; sclérose des artères du pancréas, et augmentation de l'activité diastasique du sang. Une cause certaine dans quelques cas, est l'emploi exagéré d'aliments hydrocarbonés, résultat d'une restriction excessive de protéine.

Une hyperglycémie prolongée peut tendre à occasionner l'artériosclérose et à augmenter la pression sanguine. La réduction du sucre sanguin à un taux normal et son maintien prolongé à ce taux dans les cas examinés amène généralement un abaissement de la pression sanguine.

Cet abaissement de la pression sanguine est probablement dû à la perte de poids provenant d'un régime restreint.

Le poids et le sucre du sang sont des guides importants dans le traitement d'une personne obèse et hypertendue.

Dans les cas d'hypertension où le malade a un poids trop élevé, l'hydrate de carbone est probablement plus dangereux que la protéine. Cette dernière substance ne doit pas être réduite à moins que l'intolérance du rein pour les produits de catabolisme azoté ne soit démontrée.

G. BLECHMANN.

Traitement préopératoire des malades atteints de goitre exophtalmique. Note spéciale sur la solution iodée de Lugol. (Arnold S. Jackson. *Amer. Journ. of Surg.*, vol. XXXVII, n° 12.) — Dans le traitement de malades atteints du goitre exophtalmique, Plummer a constaté l'efficacité de la solution de Lugol dans le traitement préopératoire de malades présentant un goître exophtalmique.

Durant six mois, l'auteur a traité, avant l'intervention, plus de trente malades présentant un goitre exophtalmique, par la solution de Lugol. Le taux du métabolisme basal, chez ces malades, a été réduit d'en moyenne 20 p. 100 et l'amélioration clinique a été proportionnelle. Ils sont devenus paisibles et calmes. Le regard fixe si caractéristique de l'affection a disparu vingt-quatre heures après le début du traitement. Ils ont cessé de s'agiter au lit et d'écorcher leurs extrémités qui devenaient enflammées et douloureuses. Les

lésions cutanées irritantes qui accompagnent parfois le goître exophtalmique ont disparu en quelques heures. Le cœur est devenu plus calme et l'éréthisme cardiaque n'a plus tourmenté ces malades. L'exophtalmie, cependant, persista jusqu'après l'opération.

Le dosage n'a pas encore été déterminé de façon précise. Dans certains cas, VI gouttes par jour pendant quatre jours ont amené une amélioration marquée. Dans d'autres, X gouttes par jour pendant dix jours n'ont pas donné des résultats aussi satisfaisants. Les bienfaits du traitement sont déterminés par les calculs du taux du métabolisme basal et les observations concernant l'amélioration clinique. Dans certaines limites, il existe une amélioration marquée des symptômes chez la plupart des malades. G. BLECHMANN.

B. — APPAREIL RESPIRATOIRE

Amibiase pulmonaire. (MANSON-BAHR (Philip). *Lancet*, 22 sept. 1923, no 5221, vol. CCV.) — L'amibiase pulmonaire peut se développer indépendamment de l'abcès hépatique. La pneumopathie peut simuler une broncho-pneumonie ou une tuberculose miliaire. Le diagnostic est basé sur la notion antérieure d'amibiase, la leucocytose et les effets remarquables et durables de l'émétine et de l'ipécacuana.

La rupture de l'abcès hépatique dans le poumon peut se produire sans avertissement préalable ou sans coexistence de symptômes hépatiques.

L'infection pulmonaire qui en résulte peut ressembler de très près à une affection idiopathique du poumon, tuberculose ou dilatatation des bronches, aussi bien pour les signes locaux que pour les effets généraux.

L'action thérapeutique de l'émétine et de l'ipécacuana est aussi frappante dans ce cas et, comme on le reconnaît généralement, elle est plus rapide et plus durable que dans les affections amibiennes de l'intestin. G. BLECHMANN.

Contribution à l'étiologie de l'asthme. (RAMIREZ et SAINT-GEORGES. *Med. Journ. and Record*, 16 janv. 1924, p. 71.) — Il y a un certain nombre d'asthmatiques chez lesquels la cause de la maladie ne paraît pas être en rapport avec une sensibilisation par le pollen, les poussières ou les bactéries. Ils présentent, d'habitude, un long passé de troubles digestifs : diarrhée irrégulière alternant avec une constipation périodique, nausées, vomissements, céphalées et migraines, urticaire, anémie, sensation de lassitude, appétit médiocre, hypotension, troubles sécrétoires des glandes endocrines. A l'examen des selles, chez de tels malades, acidité, putréfaction considérable des albumines avec ou sans fermentation des hydrates de carbones, excès d'organismes gram négatifs.

De tels sujets réagissent vivement aux intradermo-réactions faites avec des solutions d'histamine. On sait que cette substance, découverte en 1907 par Windhaud et Vogt, se trouve dans l'ergot de seigle, dans la graine de soja, et que sa formation dans l'intestin humain est la conséquence d'une activité bactérienne. Elle peut aussi être apportée à l'économie par l'alimentation (Abel et Kubota). Elle constitue le principe actif de l'extrait pituitaire (Id.). Elle intervient dans la production du shock traumatique. Et les recherches des auteurs montrent qu'elle joue un rôle dans la détermination de l'anaphylaxie. Ils ont soumis à la désensibilisation par l'histamine les sujets qui réagissent vivement aux intradermo-réactions effectuées avec cette substance et ont obtenu de bons résultats; à cette méthode, il convient d'associer les purgatifs et autres procédés destinés à simplifier la flore intestinale. En même temps que l'état général s'améliore, les tests donnent des réactions moins violentes. L. BABONNEIX.

Les sympathèses pneumo-cardio-rénales. (Prof. C. ODDO. *Revue méd. de France et des colonies*, nov. 1923, no 1, p. 5.) — Les sympathèses cardio-pulmonaires et cardio-rénales sont fréquentes en clinique. Le « ménage à trois » se rencontre bien souvent aussi, il s'agit alors de sympathèses pneumo-cardio-rénales.

Ce groupement peut revêtir de nombreuses formes que l'auteur passe en revue avec détails et qui fréquemment constituent une situation difficile à débrouiller dont la pathogénie et le traitement ne sont pas aisés à établir. Y a-t-il vraiment des faits dans lesquels les altérations organiques ont simultanément envahi les trois viscères, ou bien une altération univiscérale est-elle capable à elle seule de constituer la triple sympathèse? Les recherches récentes du professeur F. Bezançon et de ses élèves de Jong et Jacquelin ont jeté la lumière sur ce problème, en précisant les caractères et les étapes de l'asthme intriqué, ses rapports avec l'insuffisance cardiaque et avec l'insuffisance rénale latente à l'élimination des chlorures. Merklen avait déjà montré les relations de l'asthme cardiaque avec la rétention chlorurée qui n'est autre que la dyspnée toxi-alimentaire de Huchard.

Chez certains malades, ces formes sont caractérisées par des manifestations initiales univiscérales, et sans vouloir préjuger de l'intégrité primitive des deux organes restés silencieux dans une première étape; elles constituent, par analogie avec les idées de Josué, de faux pneumo-cardio-rénaux. On peut les séparer en trois catégories, les uns paraissant être primitivement cardiaques, les autres primitivement pulmonaires, d'autres enfin primitivement rénaux.

Enfin, à côté de ces types, il existe des faits encore plus complexes dans lesquels cœur, poumon, rein sont altérés pour leur propre compte par un processus d'artérite généralisée ou encore de syphilis polyviscérale.

En fin de ce travail, l'auteur insiste sur les points suivants :

1° Il n'est pas une néphrite, une sclérose pulmonaire ou une cardiopathie dans laquelle il ne faille, à l'aide des procédés d'investigation clinique modernes, faire la part de l'altération anatomique ou fonctionnelle des trois organes;

2° Il ne faut pas se fier aux apparences : l'organe dont la défaillance occupe la scène clinique n'est pas toujours le plus malade ni le plus anciennement atteint;

3° C'est par la recherche de la subordination pathogénique que l'on pourra constituer une thérapeutique correcte et efficace ;

4° Inversement, c'est l'épreuve thérapeutique qui souvent permettra ou de confirmer ou de formuler rétrospectivement un diagnostic et traitement définitifs. P. PRUVOST.

Les Séquelles pulmonaires chez les intoxiqués par gaz de combat. (René ROBERT. *Th. de Toulouse*, fév. 1924.) — D'après l'examen de 78 anciens combattants, examen fait cinq ou six ans après l'atteinte par les gaz, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : un certain nombre de gazés (19) peuvent être considérés comme guéris des lésions bronchitiques et pulmonaires qu'ils ont présentées immédiatement après leur intoxication par les gaz; quelques autres ont de la sclérose pulmonaire localisée, des reliquats de congestion pleuro-pulmonaire; mais ce que l'on observe le plus souvent (41 observations sur 78) c'est l'ancien gazé avec un syndrome persistant de catarrhe sec et d'emphysème pulmonaire, sans bacillose. Quant aux gazés devenus des tuberculeux pulmonaires, la plupart n'ont été atteints de tuberculose que plusieurs années après l'armistice; il semble bien que la tuberculose soit très rarement la conséquence immédiate et indiscutable de l'intoxication par les gaz. M. BRELET.

C. — APPAREIL DIGESTIF

Un cas de gangrène buccale. (MICHEL et P. BARREAU. *Progrès méd.*, 29 déc. 1923, no 53.) — Dans l'observation rapportée par les auteurs, l'étiologie a été très particulière, elle fut une complication d'infection dentaire, et si les ostéopériostites et les ostéomyélites avec nécrose plus ou moins étendue des maxillaires, sont des accidents relativement fréquents, la gangrène massive de la muqueuse palatine et du voile osseux allant jusqu'à la perforation est une rareté.

Cliniquement, il s'est agi d'une inoculation secondaire, et les accidents pouvant se comprendre ainsi : les dents ont été arrachées dans des conditions d'infection buccale probable, un foyer d'inoculation septique s'est produit au niveau de la plaie par suite de l'état déplorable du maxillaire supérieur, il y a eu inoculation de la muqueuse palatine au pourtour des dents supérieures; de cette inoculation est résultée la gangrène et la perforation antérieure du palais.

Les recherches bactériologiques ont montré une flore microbienne différente de celle que les auteurs pensaient trouver. Les anaérobies habituels de ces sortes de lésions ne se rencontrèrent pas; il n'en fut pas de même pour les sta-

phylocoques et les streptocoques qui, abondants et typiques, poussèrent facilement en aérobie et surtout en anaérobie et purent être isolés sous ces deux modes.

C'est peut-être à cette absence des anaérobies habituels que se doit attribuer l'inaction du sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur ; de même le néosalvarsan se montra inefficace, les spirilles ne se rencontrant sur les préparations que d'une manière exceptionnelle. P. PRUVOST.

Erythème noueux associé à une amygdalite à streptocoques. (W. Ridgely Stone. *New-York med. Journ. and med. Record*, déc. 1923.) — L'infection streptococcique de la gorge paraît susceptible d'occasionner un érythème noueux ; l'association d'herpès zoster et d'érythème noueux donne une preuve supplémentaire que ces deux affections sont peut-être d'origine bactérienne. G. BLECHMANN.

Les ulcérations de Duguet; l'angine ulcéreuse de la fièvre typhoïde. (U. Monnier. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er déc. 1923.) — A propos d'un cas de fièvre typhoïde avec absence de taches rosées et séro-diagnostic négatif, mais avec ulcérations de Duguet, M. Monnier fait une étude très complète de l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde.

En 1876, Bouveret avait signalé les ulcérations pharyngées des typhiques ; mais c'est surtout Duguet qui en donna une excellente description et les fit connaître en 1883. Ces ulcérations apparaissent de bonne heure, habituellement dans le second septénaire de la maladie, parfois plus tôt ; elles débutent symétriquement aux piliers antérieurs, à leur union avec le voile du palais et s'étendent rapidement sur le voile lui-même. On aperçoit de chaque côté une exulcération ovalaire, à bords rouges, à fond gris jaunâtre ; il faut rechercher ces ulcérations, car elles ne déterminent le plus souvent pas de symptômes fonctionnels et ne s'accompagnent pas d'adénite sous-maxillaire. L'évolution des ulcérations de Duguet est d'ordinaire très simple ; elles se réparent en une quinzaine de jours. Après avoir indiqué le diagnostic différentiel avec les diverses angines que peuvent présenter les typhiques, avec l'angine de Vincent, l'auteur insiste sur la fréquence des ulcérations de Duguet qu'il a observées au moins 1 fois sur 6 ; cette fréquence donne à l'angine de Duguet une réelle valeur diagnostique. M. BRELET.

Syphilis de l'estomac. (Alb. Lesage [de Montréal]. *Union méd. du Canada*, janv. 1924, n° 1, p. 1-9.) — Un homme de trente-sept ans, mécanicien, entre à l'hôpital pour troubles gastriques : douleur, dyspepsie, ayant débuté il y a trois ans ; à la radiographie, image lacunaire siégeant à la partie moyenne de la petite courbure ; comme il était syphilitique, et bien que la réaction de Wassermann ait été négative, chez lui, pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien, on lui injecta du 914 jusqu'à un total de 3 grammes. Nouvel examen radiographique : la lacune stomacale est peu visible, si l'on comprime la paroi antérieure de l'organe, afin de l'appliquer sur la paroi postérieure, où siège la lésion. Nouveau traitement novarsenical : 3 gr. 75 de 914. Il s'agit donc d'une infiltration scléro-gommeuse syphilitique de la paroi postérieure de l'estomac, au voisinage de la petite courbure. On peut éliminer l'ulcère à cause de la lenteur de l'évolution, de l'absence d'hémorragies, du peu d'amaigrissement, de l'état stationnaire de la lésion.

M. Lesage expose, à ce sujet, l'histoire clinique de la syphilis gastrique qui peut effectuer plusieurs formes, bien décrites par l'Ecole française : ulcère, forme pseudo-cancéreuse ou tumeur ; forme délimitée plastique, occasionnant une sténose, soit du cardia, soit du pylore, soit médiane (sténose médio-gastrique. L. BABONNEIX.

Syndrome gastrique douloureux sans lésion gastrique ou duodénale (en dehors du tabes et de la syphilis). (Professeur Paviot. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1923, n° 85, p. 417.) — Le syndrome douloureux gastrique, sans lésion décelable de l'estomac ou du duodénum (crises gastriques du tabes et gastro-entéroradiculites syphilitiques mises à part) semble devoir être rattaché historiquement à la « forme grave de la dyspepsie nerveuse avec état neurasthénique » des auteurs.

Ces cas ont parfois conduit, par l'intensité des douleurs, l'amaigrissement, la perte des forces — malgré l'indécision du diagnostic — à une intervention chirurgicale qui a fait constater l'absence de lésion gastrique, duodénale, vésiculaire et appendiculaire, malgré un syndrome douloureux simulant celui des ulcéreux.

Il y a des formes à douleur continue traversée par des crises ; il y a aussi des crises presque isolées, sans douleur continue ; les unes et les autres avec « crises solaires ».

Dans le « syndrome solaire » on n'attache pas assez d'importance à deux autres symptômes : l'amaigrissement et la perte des forces, disproportionnés avec la diminution relative de l'alimentation ; il semble donc s'associer à un phénomène plus général : le défaut d'assimilation ou l'exagération de la désassimilation. L' « état neurasthénique » de ces malades paraît être sous la dépendance de la même cause que le « syndrome solaire » mais ne pas le commander.

Quand on a pu observer et suivre assez longtemps un de ces sujets, offrant le syndrome gastrique douloureux, nerveux ou neuro-moteur ou solaire, sans substratum anatomique connu, les autres cas semblables en présence desquels on peut se trouver seront plus facilement reconnus ou au moins soupçonnés. Aussi l'auteur rapporte-t-il in extenso une observation très instructive sur ce sujet. L'examen, chacun des symptômes, la recherche des signes devant aiguiller vers un des diagnostics que l'intensité des douleurs fait envisager, rien n'entraîne la conviction ; l'opinion à laquelle on s'arrête, après chaque examen, varie, et, dans un service d'hôpital, on peut provoquer des examens multiples par des observateurs différents. Les uns concluent à un ulcère, les autres disent qu'il n'y a rien. Ces variations, l'absence de signes nets et précis, enlevant la conviction, l'amaigrissement, la perte des forces, la douleur provoquée à siège maximum inconstant, un certain flottement dans les réponses aux questions précises et par contre un luxe dans les descriptions, cela doit faire soupçonner ces cas. Et, si l'on assiste à une crise douloureuse, on peut être frappé du fait que ces malades ne s'immobilisent pas comme ceux atteints d'ulcère, ils ont une agitation en rapport avec leur douleur, mais assez fréquemment passent d'un décubitus à l'autre, ce que l'ulcéreux vrai ne fait pas, ou ne fait qu'avec ménagement. Leurs vomissements sont souvent copieux, sans être alimentaires, car ce ne sont pas des vomissements de rétention, mais, surtout, plutôt d'hypersécrétion, et composés de mucus filant. Ils ont souvent des troubles qui relèvent de l'auto-intoxication générale, un dermographisme saillant parfois, des taches vasomotrices de la face, du cou. Peut-être alors aiguillés par ce terrain et ces troubles, le médecin ou le chirurgien ne céderont pas aux demandes du malade, ou bien constatant l'absence de signes péritoniaux, de callosités de la paroi, au cours de l'intervention, on se bornera à l' « énervation gastrique » qui paraît avoir donné, dans ces cas, des résultats bien supérieurs à ceux de la gastro-entéro-anastomose quand une gêne au pylore, gêne véritablement anatomique, n'existe pas (Latarjet). P. PRUVOST.

Les gastro-névrites. (M. Lœper et R. Turpin. *Progrès méd.*, 5 déc. 1923, n° 49.) — C'est dans des conditions très diverses que se rencontrent les gastro-névrites : gastrites aiguës, subaiguës et chroniques, gastrites phlegmoneuses, syphilis et tuberculose, ulcère et cancer. Dès qu'il existe dans la muqueuse gastrique une érosion, une fissure, une brèche quelconque, l'infection microbienne, l'intoxication alimentaire, le suc gastrique lui-même y pénètrent ; ils imbibent les filets nerveux comme les vaisseaux et les lymphatiques et sont ainsi le point de départ des gastro-névrites.

Dans les ulcères calleux, la gastro-névrite diffuse au loin et l'on voit de véritables névrites acendantes qui se propagent jusque dans le tronc principal du vague et dans le plexus solaire, occasionnant des troubles trophiques et entretenant les douleurs ; parfois ces névrites s'accompagnent de la production de véritables névromes.

Dans les cancers, les névrites sont spécifiques ou inflammatoires, et se disséminent avec les généralisations lymphatiques. Les gastro-névrites sont anatomiquement calquées sur les entéro-névrites.

On peut attribuer les gastro-névrites à différents facteurs : l'infection d'abord ; puis, l'irritation des nerfs par le milieu gastrique lui-même, acide chlorhydrique, substances toxiques

d'origine alimentaire, alcool, etc. le système nerveux gastrique pouvant pomper, pour ainsi dire, dans l'estomac certaines toxines et produits volatils qui peuvent se propager le long des nerfs à la façon de la toxine tétanique.

Au cours des affections stomacales, ces gastro-névrites sont le point de départ des manifestations fonctionnelles, motrices, secrétoires et douloureuses variées qui peuvent défigurer et prolonger l'affection elle-même. Leur importance a amené à proposer contre elles des interventions chirurgicales. P. PRUVOST.

La part des troubles végétatifs dans les maladies du tube digestif. (René A. GUTMANN. *L'Hôpital*, fév. 1924 (A), 12e année, n° 112, p. 70.) — Les malades qui viennent consulter pour des affections du tube digestif présentent une quantité de symptômes parasites qui faisaient dire d'eux qu'ils étaient des nerveux. Actuellement beaucoup de leurs malaises nous apparaissent comme intéressants, permettant de pénétrer plus avant dans la connaissance de ce qu'on appelait « le tempérament » du malade. Ce sont des troubles du système végétatif.

On a peut-être abusé des termes de sympathicotonie et de vagotonie. Les tableaux cliniques qui ressortissent à l'une et à l'autre n'ont sans doute pas la netteté schématique qu'on se plaît à leur attribuer ; mais, même flous, les tableaux ont des dominantes qu'il faut connaître.

Le vagotonique est un individu pâle, aux yeux plutôt enfoncés, à la pupille serrée ; sa peau est humide de transpirations faciles ; c'est un frileux aux mains et aux pieds froids ; le pouls est lent, hypotendu ; l'état nauséeux est fréquent, le vomissement facile. C'est un spasmodique au tube digestif irritable, aux sphincters gastriques aisément contracturés. Toutes les sécrétions sont exagérées, salivaire aussi bien que gastrique; les palpitations, la dyspnée asthmatiforme sont un des modes réactionnels.

Le sympathicotonique est un vaso-moteur à bouffées de chaleurs plaquant brusquement les joues. Sa peau, sèche, réagit fortement au froid, au contact, par la « chair de poule » ou le dermographisme. La chaleur l'incommode plus que le froid. Ses yeux sont plutôt saillants et leur pupille est large. Le pouls est rapide, éréthique; les sécrétions sont pauvres, aussi bien la sécrétion salivaire que celle de l'estomac ou de l'intestin. Les fibres lisses des viscères sont atoniques.

I. TROUBLES VÉGÉTATIFS D'ORIGINE DIGESTIVE. — *a*. Dans les diverses maladies d'estomac, on peut observer les symptômes énumérés, groupés sous forme de véritables crises :

Crise sympathique postprandiale, constituant une partie du syndrome sympathique de Ramond et Carrié, avec état de malaise, accélération du pouls, palpitations, placards érythémateux sur la face, sensation d'horripilation aux bras avec petits frissons superficiels, parfois tremblements, énervement.

Crise vagotonique plus fréquente, encore qu'elle paraisse surtout l'apanage des troubles intestinaux. Pendant la période digestive : état nauséeux, sueurs, vertiges, sensation de mal de cœur ; front moite, extrémités froides, pouls ralenti. Mais le tableau n'est pas toujours si complet, un symptôme domine et individualise un type : vertige stomacal ou salivation plus ou moins considérable, ou asthme gastrique.

b. Mais c'est surtout dans les maladies intestinales que les divers troubles surajoutés s'observent le plus souvent, au cours des colites en particulier.

La plupart des *vertiges* qu'on observe dans les maladies du tube digestif sont d'origine intestinale. Chez les colitiques, c'est un signe fréquent. Tantôt il se présente comme un état permanent durant le temps que dure la poussée intestinale. Tantôt il subit un rythme prandial et survient alors tard, « quand l'estomac est vide ».

Du vertige il faut rapprocher ses extrêmes, la *syncope*, accompagnant par exemple une forte débâcle diarrhéique, et la *crise convulsive*, d'une extrême rareté d'ailleurs.

A côté du vertige et de ses manifestations exagérées, on observe toute une série d'autres troubles, des *vomissements* survenant par crises, des *poussées sudorales avec pâleur*, des *troubles respiratoires divers*; enfin des *altérations du rythme cardiaque*, subcontinues ou franchement paroxystiques.

L'appendicite chronique donne une riche floraison de troubles végétatifs. Dans les ptoses, on trouve, associés ou isolés, des signes sympathiques ou vagues (crises de tachycardie à la suite d'exercice, ou simplement de marche ; sensation lipothymique ou vertige avec pâleur, le matin au lever ; mydriase orthostatique).

II. TROUBLES DIGESTIFS D'ORIGINE VÉGÉTATIVE. — Parmi les théories qu'on a proposées pour expliquer l'ulcus gastrique, l'une incrimine l'irritation du système végétatif. Le travail le plus démonstratif à ce sujet est celui de K. Nicolaysen (de Christiania). Cet auteur injecte de la pilocarpine sous la peau, chez des lapins, et sacrifie les animaux entre la deuxième heure et le dix-huitième jour. Or, chez tous, on trouve des érosions hémorragiques, accentuées secondairement par des phénomènes d'auto-digestion, puis tendant à se cicatriser. On peut ici rappeler également les cas d'ulcus gastrique survenus chez des malades dont le pneumogastrique était comprimé, la fréquence extrême de l'appendicite chronique dans le passé des ulcéreux, et d'autre part ce fait que la vagotonie est une conséquence fréquente de l'appendicite et une cause possible d'ulcère.

Dans l'entérite muco-membraneuse, la théorie nerveuse a été soutenue depuis très longtemps. Les expériences faites à ce sujet incitent certains auteurs à la considérer comme un syndrome vago-sympathique (Laignel-Lavastine). De fait, ce complexus morbide peut être la conséquence de n'importe quelle irritation, abdominale ou non, pourvu qu'elle ait touché le système végétatif ou l'un quelconque de ces points.

Ces aperçus sont extrêmement intéressants à envisager pour guider le traitement, puisque selon les cas on aura recours au traitement des manifestations vagotoniques (teinture de belladone, sulfate d'atropine) ou sympathicotoniques (ésérine). P. PRUVOST.

Sprue tropicale. (Walter BASTEDO et L. W. FAMULANER. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, janv. 1924, édition espagnole, p. 1-7.) — La sprue est une affection grave se caractérisant surtout par de la diarrhée et par des troubles de nutrition. Presque tous les cas observés dans le district de New-York venaient d'un pays étranger où sévissait la maladie ; beaucoup de malades venaient des Etats du Sud ; d'autres avaient quitté en bonne santé apparente une région infectée et séjournaient depuis un certain temps déjà dans les régions du Nord. On en a observé des cas à Boston, à New-Hampshire, à Long-Island. Le début de l'affection est insidieux et se manifeste par une diarrhée légère, intermittente, et en productions aphteuses alternant avec la diarrhée ou survenant en même temps qu'elle. Toute diarrhée compliquée d'aphtes doit donc être considérée comme suspecte, surtout si elle survient sans cause et s'accompagne d'anémie, de maigreur et de perte de forces progressives. Les réactions hématologiques sont encore discutées. Dans les cas des auteurs, chez cinq sur sept des patients qui survécurent il existait une anémie du type secondaire. Un était normal. Chez un autre, qui souffre encore de psilose, l'indice hémoglobinique était, en juin 1921, de 1,15, avec hémoglobine 46, poïkilokitose modérée, anisocytose marquée. Trois années après, l'hémoglobine s'est élevée à 88, les hématies à 3.900.000, l'indice étant à 1,13 sans poïkilokitose ni anisocytose. Dans les deux cas mortels, la formule était celle d'une anémie pernicieuse ; à noter, cependant, que le tableau clinique différait de l'anémie de Biermer par l'existence d'un amaigrissement intense.

La réaction de Wassermann est toujours négative, la pression sanguine basse, l'indicanurie habituelle; on peut voir aussi l'urobilinurie. L'achylie gastrique et pancréatique est fréquente, comme l'avaient indiqué Wood, puis Brown, mais non constante. Les pigments biliaires se trouvent dans le contenu intestinal. La réaction des selles est fortement acide pendant toute la période diarrhéique. La présence de graisse dans les selles est caractéristique. L'exploration de l'anse sigmoïde révèle parfois de petites ulcérations granuleuses ou sphacéliques. Dans cinq cas des auteurs, l'amygdale était le siège d'une suppuration chronique. Anatomiquement, dans deux de leurs cas, intégrité du pancréas, amincissement et inflammation chronique de l'intestin, mais moins accusés que ne le disent les classiques. Aux rayons X, dilatation et

paresse du tiers inférieur de l'iléon, du cæcum et de la moitié supérieure du côlon.

Les auteurs ne sont pas convaincus du rôle déterminant de la *monilia albicans*, ni du *streptococcus viridans*. La carence alimentaire ne suffit pas, à elle seule, à produire la maladie. Peut-être les deux causes : déficience alimentaire et mycose combinent-elles leurs effets (Ashford, Manson-Bahr). La maladie affecte, avec la pellagre, des réactions mal définies.

L. BABONNEIX.

La lambliase. (B. GALLI-VALERIO. *Revue méd. de la Suisse romande*, janv. 1924, p. 1-14.) — La lambliase est l'infection déterminée chez l'homme et chez les animaux par des protozoaires du genre Lamblia-Blanch, parfois dénommée aussi Giardiase et Giarda-Künstler.

C'est en 1859 que Lambl signale, pour la première fois, la présence, dans l'intestin de l'homme, d'un flagellé qu'il appelle cercomonas intestinalis. Ce parasite est caractéristique, grâce à son aspect piriforme, à son excavation en forme de ventouse (péristome), à ses deux noyaux, à ses huit flagelles et à ses kystes ovoïdes. A son sujet, et presque dès sa découverte, deux opinions opposées, les uns le prenant pour un simple commensal, non pathogène, de l'intestin de l'homme et des animaux, les autres en faisant l'agent de maladies intestinales graves et même mortelles. Les premiers font valoir que si on a trouvé ce flagellé plus souvent chez des sujets atteints de diarrhée que chez des personnes normales, c'est parce qu'on examine plus souvent les selles chez les premières que chez les secondes, et que, chez ces dernières, on ne trouve que des kystes qui échappent facilement à l'observation. De plus, le fait que, chez les diarrhéiques dans les selles desquels on ne trouve pas d'autre cause de parasite, ne signifie rien. Enfin, n'ont-ils pas tort d'affirmer que le flagellé pénètre dans les tissus, et les lèse, alors que les lésions occupent le gros intestin, qui n'est pas le siège habituel du parasite? (Dobell et O'Connor.) Ces affirmations sont contestées par Galli-Valerio pour lequel : 1° les selles des personnes normales ne contiennent jamais de Lamblia; 2° les kystes ne peuvent passer inaperçus, tant ils sont caractéristiques. En réalité, il convient d'attribuer un rôle pathogène aux Lamblia, en se fondant sur le mode de fixation de ces protozoaires dans l'intestin, sur les troubles morbides observés en relation avec leur présence, sur la comparaison avec des troubles morbides analogues déterminés par d'autres flagellés, sur quelques résultats favorables obtenus par une médication dirigée contre ces parasites.

Quant à l'autopsie des animaux à lambliase, on trouve toute la surface de l'intestin grêle couverte par ces parasites fixés par leur ventouse ou péristome sur les cellules épithéliales, il est difficile de leur nier un rôle pathogène, car ils doivent entraver la fonction normale de l'intestin. Quand on pense aux graves troubles morbides que Costia necatrix, couvrant la peau des poissons, détermine chez ces animaux, il semble étrange de vouloir nier tout rôle morbide aux Lamblia couvrant d'une façon analogue l'épithélium de l'intestin. Hartmann et Schilling s'appuient aussi sur le fait que ces parasites couvrent de larges surfaces de l'épithélium de l'intestin grêle, gênant ainsi la nutrition.

De nombreuses observations faites sur l'homme parlent du reste en faveur de ce rôle pathogène. Grassi a, le premier, noté que les Lamblia peuvent déterminer des diarrhées. Perroncito, Salomon, Noc partagent son opinion. Fairise et Jaunin ont vu une dysenterie mortelle sans bacilles ni amibes, mais avec des ulcérations à Lamblia qui pénétraient jusque dans le tissu sous-péritonéal. De nombreux auteurs, particulièrement au cours de la dernière grande guerre, ont attribué à la même cause de nombreux cas de diarrhée chronique, récurrente, dysentériforme ou cholérique observés, soit aux Dardanelles, soit dans les Flandres, soit en Mésopotamie, et estiment que la Lamblia est en jeu dans la majorité des diarrhées des tranchées.

Dans tous les cas de Lambliase que j'ai eu l'occasion d'observer, dit l'auteur, j'ai noté des troubles morbides caractérisés surtout par des alternatives de diarrhée et de constipation, affaiblissement général de l'organisme, parfois véritable prostration avec pâleur de la peau et des muqueuses. Dans aucun cas je n'ai noté de véritables dysenteries.

De tous les travaux cités résulte l'impression que Lamblia intestinalis agit dans la majorité des cas comme agent de diarrhées plutôt que de dysenteries qui sont, semble-t-il, plutôt exceptionnelles. Son action sur l'état général des patients est surtout caractérisée par un grand affaiblissement parfois avec des symptômes d'anémie. La maladie tend à avoir une évolution chronique avec des réactions aiguës qui se manifestent de temps en temps.

Nous devons donc en tout cas considérer Lamblia intestinalis, non comme un simple commensal de l'intestin de l'homme, mais comme un véritable parasite, chose qui est confirmée par les observations faites sur les animaux infectés de Lamblia et dont M. Galli-Valerio donne la bibliographie très complète.

L'agent de dissémination de la maladie est le kyste, très résistant aux agents de destruction, et qui est éliminé pendant des années par des sujets apparemment guéris. Porté à la bouche et ingéré avec les aliments, il peut, soit réinfecter le malade, soit infecter d'autres personnes. Souvent aussi, il est ingéré avec l'eau de boisson. Les mouches jouent aussi un rôle dans la propagation de la maladie, comme le montrent les expériences de l'auteur. Et si l'on se rappelle qu'un seul malade peut éliminer jusqu'à 14 billions de kystes par jour, on conçoit combien est facile la dessimination du parasite.

Les Lambliases animales, qui sont très fréquentes, sont-elles identiques aux Lambliases humaines? La question est encore discutée, mais, pour M. Galli-Valerio, rats et souris peuvent sans doute transmettre la maladie à l'homme. Il existe, sans nul doute, des forces d'adaptation du parasite à l'hôte, et qu'il faut bien connaître, d'abord pour ne pas multiplier les espèces, puis pour savoir les déceler et les combattre.

Le diagnostic n'a besoin que d'un microscope avec un oculaire 3 à 4 et un objectif à sec 6 à 7. L'examen à l'état frais, dans une goutte d'eau, suffit dans la majorité des cas. Dans les formes aiguës, lorsque l'examen est pratiqué aussitôt après élimination des selles, on trouve les formes mobiles, mais qui, très rapidement, s'immobilisent en prenant une forme légèrement ovoïde. Dans les cas chroniques, on trouve surtout les kystes, ovoïdes, à contour très net, à contenu réfringent, dans lequel, presque toujours, on remarque une ou plusieurs lignes longitudinales. On peut, pour faciliter les recherches, mettre les selles dans une solution chlorurée saline : les kystes viennent alors à la surface, on mélangera une partie de fèces avec une goutte de glycérine : les kystes se détachent en blancs brillants.

Quand on examine les selles dans le but d'en trouver la Lamblia, il faut savoir que l'élimination des kystes est souvent intermittente.

Le traitement spécifique est encore à trouver. De tous les remèdes proposés, émétine, thymol, sels de bismuth, arsenobenzols, bleu de méthylène, aucun ne donne de résultats constants. Cependant le salvarsan est celui qui, pour le moment, semble le plus recommandable.

N'oubliez pas de fortifier le malade et de lui conseiller la plus grande propreté des mains pour éviter des réinfections.

La *prophylaxie de la lambliase* peut se résumer ainsi : Grande propreté des maisons et protection des aliments contre les rongeurs et les mouches. Grande propreté des mains surtout chez les enfants qui se traînent sur le sol. Installation de bons cabinets d'aisance. Cas échéant, désinfection des selles infectées à l'acide sulfurique ou à la chaux. Distribution de bonnes eaux potables.

L. BABONNEIX.

D. — FOIE.

Kyste solitaire, non parasitaire, du foie. (H. V. SIMS. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, janv. 1924, n° 7, p. 325.) — Une négresse de vingt-quatre ans, femme de ménage, entre à la Charité pour douleurs abdominales. Etant donné l'existence de troubles de la menstruation, de douleurs s'aggravant au moment de cette période, d'une masse abdominale s'accroissant rapidement et de l'absence de toute grossesse, on pense à un kyste de l'ovaire. Le diagnostic paraît confirmé par la constatation d'une tumeur abdominale volumineuse, de consistance élastique, fixée en bas, libre en haut, mate à la percussion et perceptible au toucher vaginal. A l'opération, tumeur occupant toute la partie inférieure de l'abdomen, ne dépendant nullement de l'ovaire, mais provenant du lobe droit du foie, de couleur rouge foncé, à paroi épaisse d'un





pouce et demi, et apparemment constituée par du tissu hépatique. Aucun signe de métastase ne fut observé. La tumeur, à laquelle adhérait la vésicule biliaire, contenait un litre à un litre et demi de sang non coagulé. A l'examen anatomique, tumeur du foie, constituée par un tissu d'inflammation chronique. La guérison fut obtenue malgré une broncho-pneumonie intercurrente, et la malade repartit pour son pays.

Bibliographie des cas analogues et, dans la discussion, mention de quelques autres faits. L. BABONNEIX.

Cf. — Le syndrome ictéro-ascitique des hépatites scléreuses. (Noël FIESSINGER et Paul BRODIN. *Presse méd.*, 9 fév. 1924, n° 12, p. 12.)

E. — GÉNÉRALITÉS.

La prophylaxie des cancers cutanés. (Ch. DU BOIS. *Revue méd. de la Suisse romande*, déc. 1923, n° 12, p. 802-810.) — De cet intéressant article, qui passe en revue les nombreuses causes, parasitaires ou physico-chimiques, qui déclanchent le développement des cancers cutanés, détachons quelques considérations relatives aux rapports de la syphilis et du cancer. « Je ne puis omettre de rappeler, dit l'auteur, l'influence prédisposante énorme de celle-là sur la genèse de ceux-ci en général. Il ne fait plus de doute que les cancers de la langue et du rectum se développent presque exclusivement sur les terrains syphilitiques acquis ou hérités. Les tumeurs du sein et de l'utérus sont si fréquentes chez des femmes de syphilitiques qu'il est impossible d'y voir une simple coïncidence. Quand la syphilis aura disparu, les générations futures assisteront à la diminution progressive du nombre des cancéreux. *La toute première mesure prophylactique anticancéreuse est donc d'éviter la syphilis.* » L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINE PORTE[1]

3° PORTION HILAIRE. — 1. **Le hile.** — C'est une dépression profonde de 5 centimètres sur 2, dominée par les *éminences porte*. Le pédicule hépatique y arrive dans le petit épiploon qui s'attache aux lèvres du hile formant avec lui véritablement une *boîte hilaire*.

2. **D'arrière en avant**, on y trouve :

La veine porte,
L'artère hépatique,
Les voies biliaires.

1° *La veine porte.* — Elle occupe donc le plan postérieur.

Elle se divise dans le hile exactement en deux troncs en T, branche droite et branche gauche dans le prolongement l'une de l'autre ; cette bifurcation se faisant à l'extrémité droite du hile, il en résulte que :

Branche droite : Courte, mais volumineuse; par suite de l'obliquité de tronc porte, elle semble le continuer, faisant avec lui un angle tout à fait obtus.

Elle va au lobe droit, lobe carré et lobe de Spiegel.

Branche gauche : Elle est beaucoup plus longue, 6 à 8 centimètres et beaucoup plus grêle aussi, elle donne un peu au lobe de Spiegel et carré et se distribue au lobe gauche.

2° *Artère hépatique.* — Sa division est tout à fait basse, toujours dans le petit épiploon, mais avec variations puisque l'artère peut se diviser si bas qu'il peut y avoir constitution d'une terminaison pénicillée au moment où elle arrive dans cet épiploon à son changement de direction donnant presque au même point :

La gastro-duodénale,
La pylorique,
La cystique,
La branche droite,
La branche gauche.

Quoi qu'il en soit :

Branche droite : passe devant la branche droite de la veine porte entre elle et la branche droite du canal hépatique, donne l'artère cystique avant ou après (type long, ou type court) son croisement par le canal hépatique.

Branche gauche : passe devant la branche gauche de la veine porte.

3° *Canal hépatique.* — C'est le *confluent biliaire supérieur*, situé généralement moins haut que la bifurcation en T de la veine porte, mais moins bas que la bifurcation de l'artère hépatique ; il est formé par la réunion à angle aigu de :

Branche droite : qui passe devant la branche droite de la veine porte.

Branche gauche : qui passe devant la bifurcation de la veine porte.

Le tout est noyé dans du tissu cellulaire d'emballage abondant dans lequel sont des lymphatiques nombreux et des branches nerveuses arrivées du *pneumo-gastrique gauche* par la *pars condensa* du petit épiploon.

Collatérales. — **1° Veine coronaire stomachique.** — Née de la petite courbure, chemine dans la faux de la coronaire, avec l'artère homonyme et l'important *groupe ganglionnaire de la faux*, passe dans la bifurcation du tronc cœliaque et se termine sur le flanc gauche de l'origine du tronc porte derrière le tubercule épiploïque.

2° Veine pylorique. — Née de la petite courbure, accompagnée *des lymphatiques pyloriques*, recevant les *petites veines pré-pyloriques*, satellite de l'artère homonyme et se jette directement à la face antérieure du tronc porte.

3° Veine pancréatico-duodénale droite supérieure. — Qui a passé à la face postérieure du cholédoque alors que l'artère homonyme a passé devant, qui se grossit des veines de ce canal, se jette dans la branche droite du tronc porte.

4° Dans le sinus porte. — *Veine cystique* : Se jette dans la veine porte droite.

Veine ombilicale : Remplacée chez l'adulte par le LIGAMENT ROND dans la faux de l'ombilicale, depuis l'ombilic jusqu'à l'extrémité gauche de la branche gauche de la veine porte dans le sillon longitudinal gauche.

Canal d'Aranzius : Cordon fibreux dans le sillon longitudinal gauche postérieur, depuis l'extrémité gauche de la branche gauche de la veine porte jusqu'aux veines sus-hépatiques.

Anastomoses porto-caves. — **1° Veines œsophagiennes et corronaires stomachiques.**

2° Veines hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures.

3° Veines de Retzius, au niveau des zones d'accolement de l'intestin avec les *veines pariétales, lombaires et rénales.*

4° Par quelques-unes des **veines porte accessoires**, veines du ligament suspenseur et de la faux de l'ombilicale avec les *veines épigastriques et mammaires.*

Signaler l'importance de toutes ces voies dans les CIRRHOSES : Varices œsophagiennes, hémorroïdes, tête de Méduse.

Veines portes accessoires. — C'est-à-dire allant directement au foie :

Veines cystiques profondes.
Veines épiploïques.
Veines du hile (vasa-vasorum des éléments du hile).
Veines diaphragmatiques.
Veines du ligament suspenseur.
Veine para-ombilicale.

STRUCTURE. — La veine porte est remarquable par l'importance de sa tunique musculaire et l'absence de valvules.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 21, p. 363, et n° 23, p. 394.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — SAMEDI 29 MARS 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 29 MARS 1924. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury de nomination est définitivement composé de MM. Coyon, Ribierre, Enriquez, Savariaud, Lian, Camus, Teissier, Lion, Hallé, Claude, Le Noir.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Liste des candidats :

MM. Bloch (Jacques), Bloch (René), Boppe, Brouet, Charrier, Fey, Gatellier, Gaudart d'Allaines (de), Girode, Gouverneur, Lorin, Madier, Masmonteil, Moulonguet, Maurer, Michon, Monod (Raoul), Pascalis, Petit-Dutaillis, Quénu, Richard, Sénèque.

Epreuve écrite. — Séance du 24 mars. — Questions données : « Rapports de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. — Luxations anciennes de l'épaule. »

Questions restées dans l'urne : « Région temporale. — Calcul du cholédoque. Symptômes, diagnostic et traitement. »

« Artère axillaire (sans ses branches). — Anévrisme artério-veineux. »

La lecture des copies aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures.

Lecture des copies. — Séance du 24 mars. — MM. Boppe, 25; Bloch (René), 24; Richard, 20; Quénu, 27.

Séance du 26 mars. — MM. Sénèque, 27; Bloch (J.), 25; Masmonteil, 21; Lorin, 24.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Lecture des copies.* — Séance du 23 mars. — MM. Miégeville, 28; Truffert, 26.

Epreuve clinique. — Séance du 24 mars. — MM. Dufourmentel, 19; Chatellier, 18.

Séance du 26 mars. — MM. Leroux et Truffert, 17.

— Concours du prix de l'internat. (*Médecine*). — Le jury est définitivement composé de MM. Lemierre, Barbé, Legry, Laubry et Abrami.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Le jury est définitivement composé de MM. Broca, Monthus, Cauchois, Levant et Potherat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 6 mai 1924, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 28 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1924.

— Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 12 mai 1924, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 2 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1924.

MARINE. — M. le médecin général de 2e classe de la marine Gastinel, membre du Conseil de santé, a été nommé directeur central du Service de santé de la marine, en remplacement de M. le médecin général de 1re classe Girard.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie), en dix leçons, par M. le docteur Louis Michon, prosecteur, commencera le lundi 31 mars 1924, à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Paul Guillon, ancien secrétaire général et ancien président de la Société de médecine de Paris; — de M. le professeur Lambling (de Lille); — de M. le médecin principal des troupes coloniales Noc, et de MM. les docteurs Anatole Boutry (de Lille) et Joseph Klymens (d'Anvers).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

CONTESTATION. PRESCRIPTION OPPOSÉE. SERMENT DÉFÉRÉ

On sait qu'aux termes de l'acticle 2272 du Code civil, l'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux années. Mais, comme il s'agit d'une courte prescription, le législateur suppose que, pour des sommes dues, le paiement a eu lieu rapidement ; la prescription de deux années a pour fondement une présomption légale de paiement. Mais cette présomption peut être combattue par la délation du serment au débiteur prétendu : aucune autre preuve n'est admissible pour les prescriptions *brevis temporis* (art. 2275, Code civ.).

Le serment est un acte civil et religieux, par lequel on prend Dieu à témoin de la vérité d'un fait; *est enim jurisjurandum affirmatio religiosa*, a dit Ciceron.

Le serment diffère sous ce rapport de la simple affirmation ou de la promesse de dire la vérité, engagement dépourvu du caractère religieux.

Par un jugement du 20 février 1924, le tribunal de la Seine a déféré le serment à une personne qui ayant reçu les soins d'un médecin, lui opposait la prescription de deux ans. Voici sa décision :

« Attendu que le général X... est opposant à un jugement de cette Chambre, en date du 21 décembre 1921 qui l'a condamné à payer au docteur M..., la somme de 995 francs en deniers ou quittances pour soins dentaires donnés à lui et à sa femme au cours des années 1911, 1912, 1913 et 1914 ; qu'il prétend avoir payé le docteur M... et lui opposer au besoin la prescription résultant à son profit de l'article 2272 du Code civil ;

Attendu que le docteur M... demande subsidiairement au tribunal, pour le cas où le moyen invoqué par le général X... serait admis, de lui donner acte qu'il entend lui déférer le serment conformément à l'article 2275 du Code civil ;

Attendu que l'opposition régulière en la forme est recevable ;

Attendu qu'il n'est pas contesté par le général X... que la somme de 995 francs représente bien les soins qui ont été donnés, par le docteur M..., à lui et à sa femme, mais que le général X... soutient avoir payé le docteur M... par acomptes dont les derniers ont été versés pendant la guerre ;

Attendu que le 6 juin 1913 le général X... a écrit au docteur M... la lettre suivante qui sera enregistrée en même temps que le présent jugement : « Mon cher Docteur. Je reçois aujourd'hui votre mot du 31 mai, au moment où je pars pour me rendre à..... Dès mon retour je prendrai mes dispositions pour m'acquitter envers vous par acomptes successifs. Je m'excuse de ces retards, etc. » ;

Que le 30 juin suivant une autre lettre du général X... au docteur M... dont le tribunal ordonne également l'enregistrement, s'exprime en ces termes : « Cher Docteur. J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli un chèque de 85 francs que je ferai dorénavant suivre d'acomptes réguliers sur ce que je vous dois... Vous serez, je vous prie, aimable de m'accuser réception. »

Attendu que le docteur M... voit dans cette correspondance une reconnaissance implicite de sa dette par le général X... ; qu'il y a donc obligation contractée par lui de l'acquitter ; que dans ces conditions la prescription de l'article 2272 du Code civil, aux termes de l'article 2274 du même Code, cesse de courir ;

Mais attendu que la somme de 995 francs réclamée par le docteur M... comprend des soins qui ont été donnés en 1914 ; qu'il n'est par suite pas possible qu'en 1913 le général X... ait reconnu implicitement devoir des honoraires pour des soins qui n'avaient pas encore été donnés; que, par conséquent, c'est à tort que le docteur M... invoque à son profit les dispositions de l'article 2274 du Code civil ;

Attendu, d'autre part, que le docteur M... prétend que le versement des acomptes a interrompu la prescription; que le dernier acompte ayant été effectué le 22 mai 1914 et la première citation en justice ayant eu lieu le 14 août 1921, la prescription ne serait pas acquise par suite de la suspension des prescriptions résultant des lois spéciales de la guerre ;

Mais attendu que le docteur M... n'apporte pas la preuve que le versement du dernier acompte ait eu lieu le 22 mai 1914 ; qu'au contraire, il n'établit qu'un dernier versement d'acompte à la date du 5 déc. 1913 ; que par suite le moyen qu'il invoque doit également être rejeté ;

Attendu, dans ces conditions, qu'il y a lieu de décider que la prescription de l'article 2272 du Code civil invoqué par le général X... lui est acquise ; *que toutefois il échet d'admettre le docteur M... à déférer le serment au général X... conformément à l'article 2275 du même Code :*

Par ces motifs :

Reçoit le général X... en son opposition ;

Déclare que l'action du docteur M... est prescrite par application de l'article 2272 du Code civil ;

Donne acte au docteur M... de ce qu'il entend déférer le serment au général X... sur la question de savoir s'il lui a bien réellement payé ce qu'il lui devait conformément à l'article 2275 du Code civil ;

Ordonne que le général X... prêtera à l'audience publique du 2 avril 1924, à midi, le serment suivant : « Je jure avoir payé au docteur M... la somme principale de 995 francs qu'il me réclame pour soins dentaires et fournitures d'appareils. »

Ainsi, en mettant la personne débitrice devant sa conscience et en pensant qu'elle n'ira pas à son encontre par respect de ses idées religieuses, le législateur a estimé qu'elle dira la vérité entière et que, plutôt que d'affirmer une chose fausse, elle paiera la dette.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 31 MARS AU 5 AVRIL 1924)

THÈSES

Lundi 31 mars. — Jury : MM. Roger, président; Sebileau, Labbé (M.) et Binet. — M. BIANCANI (E.). L'imbibition cellulaire et le régime de l'eau dans la cellule. — M. FORTIER (M.). Etude des amygdalites cryptiques chroniques. — M. LENFANTIN (Henri). Etude de l'artérite diabétique.

Mardi 1er avril. — Jury : MM. Achard, président ; Carnot, Sicard et Nobécourt. — M. MANDROUX (J.). Etude du diabète insipide et son traitement. — M. SEYER (G.). La poradénie inguinale subaiguë et ses traitements. — M. GUILLOT (René). Etude sur l'origine de l'hypertension artérielle. — M. MOINET (Jacques). Etude de la scarlatine apyrétique. — M. ROUSSELOT (G.). Des complications nevro-psychopathiques de la vaccination antityphoïdique.

Jury : MM. Broca (André), président; J.-L. Faure, Cunéo et Strohl. — M. FAVREAU (Pierre). Etude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. — M. ROUFFIAC (P.). La torsion de l'humérus. — M. DAVIOT (André). Contribution à l'étude radiologique de la tuberculose intestinale. — M. HÉLIE (Yves). De la valeur comparative de l'électrothérapie et des autres procédés thérapeutiques utilisés dans le goître.


TANNURGYL
DU DOCTEUR LE TANNEUR
TANNURGYL
Réaction HÉMOCLASIQUE
à "EFFET PEPTONE"
réalisé par le VANADIUM
Par Voie digestive (Gouttes)
Hypodermique (Ampoules)
Mode d'Emploi :
15 gouttes
à chacun des deux repas
TANNURGY
Atelier LORTAS
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde PARIS (8e)
R. C. Seine, 15.638

REVUE GÉNÉRALE

LES AMNÉSIES

DESCRIPTION ET DIAGNOSTIC

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

La mémoire est une propriété générale des centres nerveux, grâce à laquelle ils conservent et peuvent reproduire les excitations qu'ils ont subies, c'est-à-dire les sensations et les représentations. Considérée longtemps comme une faculté intellectuelle spéciale et unique, elle est plutôt une fonction générale de l'intellect encore assez complexe, qui consiste à reproduire toutes sortes de variétés de sensations, de représentations, d'idées, d'images, d'émotions, d'actes, antérieurement conservées. C'est une fonction fondamentale, essentielle, mais elle n'est pas une, elle est multiple, il n'y a pas une mémoire, mais des mémoires. Et ce sont ces mémoires et leur contenu, les souvenirs, qui sont à la base de la connaissance, c'est-à-dire de l'intelligence, de la volonté, avec leurs conséquences morales. Ajoutons que cette fonction mémoire est à considérer comme passive, en ce sens que, par elle-même, elle n'est pas créatrice. Richet a assez justement résumé : La mémoire « est la clef de voûte de l'édifice intellectuel; sans elle il n'y aurait ni jugement, ni raisonnement, ni conscience, ni personnalité; sans elle, l'éducation serait impossible et la perfectibilité nulle; sans elle, nous aurions encore des sensations passagères, mais nous n'aurions pas d'idées; car l'idée que nous nous faisons d'une chose est toujours formée par la collection de nos souvenirs relatifs à cette chose ».

De ce fait que les souvenirs de sensations et de représentations sont comme la matière de l'activité psychique, il résulte que la mémoire joue un rôle considérable dans le fonctionnement des facultés intellectuelles. Conditionnant ce fonctionnement à son origine, on comprend facilement le trouble, le désordre, la confusion du sujet chez lequel elle est diminuée, partiellement ou globalement. On dit alors, en pathologie mentale, qu'il y a amnésie ou hypomnésie, c'est-à-dire diminution de la mémoire.

Du point de vue psychologique, on distingue essentiellement dans la fonction mnésique :

1° La conservation ou fixation des sensations et représentations;
2° Leur reproduction ou évocation;
3° Leur localisation et leur reconnaissance.

La conservation et la reproduction sont naturellement primitives et indispensables, et on peut considérer la reconnaissance et la localisation comme un complément de l'acte mnésique. Ce complément, dit Ribot, est un apport de la conscience, de l'intellect, et il caractérise la mémoire dite psychique ou psychologique. Quand le souvenir est dépourvu de cet élément, il est à rattacher à ce qu'on appelle la mémoire-habitude ou mémoire automatique, réflexe, organique. Cette dernière est sans doute de beaucoup la plus riche, la plus étendue chez tous les individus, quel que soit leur degré d'intellectualité, mais elle est, psychologiquement parlant, d'ordre inférieur, si intéressant que puisse être le subconscient et l'inconscient.

L'altération des qualités générales de la mémoire (conservation, reproduction, localisation) constitue les amnésies ou hypomnésies de conservation, de reproduction, de localisation. Ces dernières, les amnésies de localisation, ne sont pas les paramnésies (para, mnésis, souvenir à côté) : ce sont des souvenirs incomplets, imparfaits, non terminés. Les paramnésies sont à ranger parmi les illusions et perversions de la mémoire : il existe là un phénomène de création mnésique qui doit être différencié de l'amnésie proprement dite. Les amnésies, ou hypomnésies, les hypermnésies et les paramnésies constituent l'important chapitre des *dysmnésies* (dus, mnésis, troubles de la mémoire).

I. **Caractères cliniques des amnésies.** — Les amnésies présentent cliniquement des caractères particuliers que divers auteurs, depuis longtemps (Louyer-Villermay, 1817; Ribot, 1881; Legrand du Saulle, 1884; Sollier, 1892; Garnier, 1905, etc.), ont essayé de préciser et grouper.

Notre classement séméiologique, ici, repose avant tout sur les constatations cliniques progressivement faites par celui qui examine le malade. En premier lieu, ce qui frappe l'observateur chez un amnésique, c'est la localisation chronologique de l'amnésie, c'est-à-dire l'état de cette amnésie par rapport à sa cause et au temps. Ainsi on s'aperçoit presque immédiatement que le malade oublie les faits actuels de son existence ou bien au contraire les faits passés, plus ou moins éloignés. En second lieu, on se rend compte de l'étendue et du degré de cette amnésie, et de ses prédominances qualitatives. Finalement on apprécie son évolution, sa durée, et on discute sa pathogénie.

Voici un tableau des caractères cliniques des amnésies, établi d'après les faits communément constatés ou exceptionnellement observés par les auteurs :

TABLEAU DES CARACTÈRES CLINIQUES DES AMNÉSIES

A. **Marche** de l'amnésie par rapport à sa cause et au temps; ce sont les amnésies rétrograde ou négative; antérograde ou positive; rétro-antérograde.

B. **Localisation** de l'amnésie par rapport à la vie du sujet; on doit distinguer :

1. L'amnésie localisée ou amnésie lacunaire, ou amnésie limitée à une période donnée;
2. L'amnésie diffuse, non localisée, disséminée, sans limites précises par rapport à l'existence du patient.

C. **Altérations quantitatives** de la mémoire : amnésies quantitatives portant sur l'ensemble des sensations et représentations :

a. Etendue de l'amnésie par rapport au choix ou à la variété des éléments mnésiques touchés; ce sont :

1. L'amnésie partielle ou élective (représentations, idées, émotions, sensations, partiellement touchées); elle est dite aussi amnésie lacunaire, ce qui crée confusion avec l'amnésie localisée;
2. L'amnésie globale, générale (représentations, idées, émotions, sensations, touchées en masse).

b. Etendue de l'amnésie par rapport au nombre d'éléments mnésiques disparus : amnésie plus ou moins profonde, plus ou moins complète, qu'elle soit localisée ou diffuse, lacunaire ou globale.

D. **Altérations qualitatives** de la mémoire : amnésies qualitatives. Il faut distinguer les amnésies qualitatives générales et les amnésies qualitatives spéciales :

a. Amnésies qualitatives générales; ce sont : 1. L'amnésie de conservation ou de fixation; — 2. L'amnésie de reproduction ou d'évocation; — 3. L'amnésie de reconnaissance, de

localisation, de certitude; — 4. L'amnésie biologique, organique, automatique.

b. Amnésies qualitatives spéciales; ce sont : 1. L'amnésie visuelle portant sur les objets, sur les lieux, sur les personnes, sur les mots; — 2. L'amnésie auditive tonale, verbale, musicale; — 3. L'amnésie tactile; — 4. L'amnésie olfactive; — 4. L'amnésie gustative; — 6. L'amnésie sensorielle généralisée; — 7. L'amnésie cénesthésique (auto-amnésie); — 8. L'amnésie motrice (astasie amnésique).

E. **Systématisation** de l'amnésie (amnésies nettement ou mal systématisées). Amnésies limitées à un groupe de sensations ou représentations : idées, calcul, chiffres, orthographe, noms, mots, lettres, fait, etc.

F. **Evolution** : 1. Amnésies soudaines (ictus amnésiques); — 2. Amnésies progressives; — 3. Amnésies périodiques ou intermittentes.

G. **Durée** : 1. Amnésies passagères; — 2. Amnésies durables ou prolongées; — 3. Amnésies définitives.

H. **Pathogénie** : 1. Amnésies fonctionnelles ou dynamiques; — 2. Amnésies organiques ou destructives.

Commentaires. — Il importe d'expliquer et commenter ces divers caractères des amnésies pathologiques.

Du point de vue de la MARCHE DE L'AMNÉSIE par rapport à sa cause et au temps, les termes d'amnésie rétrograde, antérograde et rétro-antérograde nécessitent quelques précisions. Ils exigent la notion d'un point de repère ou de départ. Ainsi c'est tantôt un traumatisme, physique ou moral, tantôt une crise nerveuse, tantôt une attaque apopleptique ou épileptique, tantôt le début, plus ou moins lent, plus ou moins bruyant, d'une affection organique cérébrale, etc. Quand il y a choc, crise, ictus, le point de repère est facile et net. Pour les maladies organiques, cellulaires ou vasculaires, circonscrites ou diffuses, qui ne débutent pas toujours par un ictus, mais souvent progressivement, il est plus malaisé de le préciser. Néanmoins, il faut fixer, comme début des troubles de la mémoire, l'époque à laquelle remonte la période initiale de la maladie en cause.

Etant établi le point de repère, on dit qu'il y a amnésie rétrograde, ou rétro-active, ou régressive, quand les faits passés, antérieurs au traumatisme, à l'ictus, etc., disparaissent de la mémoire du patient, à un degré quelconque et sous une forme quelconque. On pourrait appeler encore cette amnésie rétrograde, amnésie négative, c'est-à-dire amnésie de sens négatif par rapport au point d'origine. On dit qu'il y a amnésie antérograde lorsque, au contraire, les faits qui se sont déroulés après le traumatisme, après l'attaque, etc., ne sont pas enregistrés par la mémoire. Cette amnésie antérograde, actuelle ou continue, pourrait être dite amnésie positive, c'est-à-dire amnésie de sens positif par rapport au point fixé comme origine.

Lorsque les deux variétés d'amnésie, rétrograde et antérograde, se développent en même temps, se combinent, on dit qu'il y a amnésie rétro-antérograde.

Pas de troubles de la conservation.	Conservation ou fixation.
Evocation ou reproduction.	Evocation ou reproduction.
Localisation et reconnaissance.	Localisation et reconnaissance.

Point de repère

←———●———→

AMNÉSIE RÉTROGRADE AMNÉSIE ANTÉROGRADE

La LOCALISATION DE L'AMNÉSIE par rapport à la vie psychique ou intellectuelle du malade entraîne deux variétés d'amnésie : l'amnésie localisée, c'est-à-dire nettement limitée à une période donnée, et l'amnésie diffuse, ou disséminée, ou généralisée.

Par amnésie localisée, il faut entendre une amnésie rétrograde ou antérograde, ou rétro-antérograde, localisée à une période limitée de l'existence du malade. Quelques auteurs l'ont appelée lacunaire, mais ce mot d'amnésie lacunaire sert encore à désigner l'amnésie de la démence dite « organique ». Il en résulte une confusion qui disparaîtrait si l'on réservait le mot d'amnésie localisée pour les cas d'amnésie bien limitée à une période de temps donnée.

En regard de cette amnésie localisée se place l'amnésie diffuse, disséminée, généralisée. C'est une amnésie sans limites exactes par rapport à la vie du malade; elle ne porte plus sur une période précise de l'existence, mais sur des périodes diverses, plus ou moins éloignées, plus ou moins séparées. Cette amnésie diffuse, disséminée, généralisée, ne doit pas être confondue avec l'amnésie globale qui est une amnésie quantitative.

Au POINT DE VUE QUANTITATIF, si l'on considère en bloc les souvenirs (souvenirs de sensations et de représentations qui sont comme le contenu de la mémoire), on doit distinguer d'une part l'étendue de l'amnésie par rapport à la « variété » des éléments mnésiques altérés, et, d'autre part, l'étendue de l'amnésie par rapport au « nombre » des éléments mnésiques disparus.

L'étendue de l'amnésie par rapport à la variété ou au choix des éléments mnésiques altérés permet de décrire une amnésie *partielle* ou lacunaire, et une amnésie *globale* ou générale.

Les amnésies partielles ou lacunaires, généralement diffuses, plus ou moins profondes, sont caractérisées par ce fait qu'elles ne s'accompagnent que d'une altération partielle ou élective des matériaux mnésiques, conservés et amassés dans le cerveau. Le processus morbide causal frappe partiellement, et non en bloc, les représentations, et, par suite, l'intelligence, l'émotivité et la volonté. Certaines idées, certaines notions restent intactes, bien fixées, bien évoquées, et les émotions et réactions qui s'y rattachent sont presque normales. Celles-là même qui sont atteintes peuvent ne l'être que partiellement. Il en résulte, au point de vue général, que les facultés intellectuelles de ces malades (attention, jugement, raisonnement, etc.) ne sont pas toutes affaiblies, et que, quand elles le sont, comme à une période avancée des encéphalopathies organiques, elles ne le sont encore que d'une manière partielle. L'état psychique fondamental de ces malades se caractérise par l'expression, affaiblissement partiel, ou lacunaire, ou électif, des facultés mentales.

Les amnésies globales ou générales, au contraire, frappent en masse toutes les acquisitions mnésiques antérieures : souvenirs de sensations, idées, images, etc. Ce ne sont plus des lacunes, des « trous » qu'offre la mémoire du sujet, c'est une atteinte générale de tous les souvenirs. Mais si toutes les variétés de représentations sont touchées, cela ne veut pas dire que d'emblée, dès le début, elles sont profondément altérées. Chez un malade atteint d'amnésie globale ou générale, toutes les facultés intellectuelles sont atteintes, mais elles le sont plus ou moins profondément. La manière dont elles sont lésées ne permet plus au malade d'avoir cette acti-

vité psychique, ces lueurs, ces réponses vives, ces protestations, ces discussions, cette mimique dont un amnésique partiel est capable. Chez un amnésique global, les paroles, les gestes, ces manifestations extérieures de la pensée, montrent vite et dès le début un tel oubli des convenances individuelles, un tel oubli des conventions familiales et sociales, que le diagnostic de la variété d'amnésie observée ne saurait être méconnue ; c'est le cas propre du paralytique général.

L'étendue de l'amnésie par rapport au nombre des éléments mnésiques disparus, fait que l'amnésie est plus ou moins profonde, plus ou moins complète, plus ou moins totale. Ainsi les amnésies, qu'elles soient localisées ou diffuses, lacunaires ou globales, sont plus ou moins profondes. Nous pensons que la négligence ordinaire de ce caractère a provoqué des confusions terminologiques qui obscurcissent cette question des amnésies. Des auteurs en effet emploient le mot d'amnésie générale ou globale dans le sens d'amnésie profonde, ou totale, et, pour eux, une amnésie lacunaire profonde est une amnésie générale, globale. Dans l'intérêt des controverses cliniques, il y a avantage à réserver le nom d'amnésie globale pour désigner l'amnésie générale qui atteint en masse, mais plus ou moins profondément, toutes les variétés de souvenirs, et celui d'amnésie plus ou moins profonde, plus ou moins complète, pour qualifier la disparition d'un plus ou moins grand nombre de souvenirs.

Au POINT DE VUE QUALITATIF, on doit distinguer les amnésies qualitatives générales et les amnésies qualitatives spéciales, suivant qu'il s'agit de diminutions des qualités générales (conservation, reproduction, localisation) ou spéciales (vue, ouïe, etc.) de la mémoire.

Les *amnésies qualitatives générales* sont représentées par les amnésies de conservation ou de fixation, de reproduction et d'évocation, de reconnaissance et de localisation, et enfin par l'amnésie dite biologique.

Il y a amnésie de conservation quand les sensations, les représentations, les idées, les émotions, etc., ne sont plus fixées à un moment donné dans le cerveau, par exemple à la suite d'un traumatisme, à la suite d'une maladie organique. L'amnésie de fixation est toujours une amnésie antérograde. Il n'y a pas d'amnésie rétrograde de fixation ou de conservation. L'amnésie rétrograde ne peut porter que sur des souvenirs préalablement conservés dans les centres nerveux; elle ne peut être qu'une amnésie de reproduction ou d'évocation, ou une amnésie de localisation ou de reconnaissance. Lorsqu'il y a amnésie antérograde de conservation le sujet ne peut rien garder du présent, ou presque rien, dans sa mémoire : la capacité de fixation mnésique est, par exemple, abolie complètement après certains traumatismes.

Il y a amnésie de reproduction quand les faits conservés, soit avant soit après le choc ou le début de la maladie, ne peuvent être transitoirement reproduits ou évoqués. Il existe une amnésie antérograde d'évocation et une amnésie rétrograde d'évocation. Pour qu'il y ait amnésie antérograde d'évocation, il faut naturellement qu'il n'y ait pas eu amnésie antérograde de fixation : la conservation a été faite; le souvenir n'est pas évoqué dans le présent, mais il le sera ultérieurement; il y a donc amnésie antérograde d'évocation passagère. L'amnésie rétrograde d'évocation est tantôt définitive, tantôt passagère.

Il y a amnésie de localisation, quand le fait conservé et reproduit, reconnu même et affirmé, ne peut être localisé dans le temps et dans l'espace. Cette amnésie est soit rétrograde, soit antérograde. Notons que la certitude du souvenir peut exister sans la localisation, qui est l'acte mnésique final.

L'amnésie biologique, ou automatique, porte sur les habitudes motrices ou verbales du sujet; elle conduit à la vie végétative.

Les *amnésies qualitatives spéciales* comprennent les amnésies : visuelle, auditive, tactile, olfactive, gustative, sensorielle généralisée, cénesthésique, motrice.

L'amnésie visuelle porte soit sur les objets, soit sur les lieux (amnésie topographique), soit sur les personnes, soit sur les mots (amnésie visuelle, verbale), etc. L'amnésie auditive porte sur les sons (amnésie auditive tonale), sur les mots (amnésie auditive verbale), sur la musique (amnésie musicale, etc.). Les souvenirs des mots disparaissent dans un ordre toujours identique, les noms propres d'abord, puis les noms communs, puis les verbes (loi de Ribot). L'amnésie tactile porte sur les diverses sensations tactiles. L'amnésie olfactive et l'amnésie gustative portent sur les sensations de l'odorat et du goût. L'amnésie sensorielle généralisée est constituée par la coexistence des diverses amnésies sensorielles. L'amnésie cénesthésique a trait à la notion même de notre moi. (La cénesthésie est l'ensemble des sensations faibles, mais innombrables, qui, localisées aux multiples parties du corps, nous donnent à tout instant le sentiment de son existence.) Quant à l'amnésie motrice, c'est l'oubli de la coordination des mouvements en vue d'un but donné (astasie amnésique, par exemple).

La SYSTÉMATISATION de l'amnésie est caractérisée par le fait qu'elle porte sur un groupe précis de sensations, de représentations, d'idées, de faits, etc. ; par exemple : oubli du calcul, oubli de l'orthographe, oubli de chiffres, oubli de lettres, oubli de mots, oubli d'un événement et de tout ce qui s'y rattache, etc.

L'ÉVOLUTION des amnésies permet de les ranger en trois variétés : les unes sont soudaines, les autres progressives, d'autres périodiques ou intermittentes. On désigne sous le nom d'ictus amnésique (Fournier, 1879) une amnésie à début brusque et de durée relativement courte, de forme rétro-antérograde, diffuse, généralisée plutôt que lacunaire, et profonde : le retour à l'état antérieur s'effectue rapidement et presque complètement.

Suivant leur DURÉE, les amnésies sont dites : soit passagères, ou épisodiques, ou aiguës ; soit durables, ou prolongées, ou chroniques ; soit définitives et incurables.

Leur PATHOGÉNIE enfin permet de les classer en amnésies fonctionnelles ou dynamiques, et en amnésies organiques ou destructives.

II. **Examen clinique d'un amnésique.** — Comment se révèlent à l'entourage et spécialement au médecin les diminutions de la mémoire ? De quels éléments d'appréciation disposent-ils ? L'affaiblissement de la mémoire, en tant que fonction générale des centres nerveux, se traduit surtout par l'impossibilité, plus ou moins accusée, de fixer, de conserver des états nouveaux, de reproduire et localiser

des faits plus ou moins récents. L'amnésie peut porter sur les lieux et sur le temps, sur les choses ou objets, sur les individus, sur les événements actuels, récents et lointains, sur les idées, sur les émotions, sur les sons et la musique, sur les formes et les couleurs, sur les acquisitions scolaires (calcul, écriture, lecture), c'est-à-dire sur les nombres, les chiffres, les mots, les lettres, les noms, etc.

Le médecin pourra pratiquer de la façon suivante l'examen de son malade amnésique :

1° Il lui demandera de fournir ses nom et prénoms, sa profession, son âge, son état civil;

2° Il le questionnera sur le temps présent (année actuelle, jour, mois, date, heure, saison, etc.) et sur le temps passé (date de son entrée à l'hôpital, années de mariage, de naissance, etc.);

3° De même, il l'interrogera sur les lieux présents (lieu de séjour actuel, lieu de domicile, lieu de travail, etc.), et sur des lieux plus éloignés (lieux de mariage, de naissance, etc.);

4° Ensuite, il abordera l'étude des faits actuels et passés (récents et éloignés), individuels et familiaux, professionnels et sociaux. En interrogeant notamment le malade sur ses antécédents héréditaires et personnels, il aura des moyens faciles d'appréciation de sa mémoire. Les renseignements que le sujet fournira sur sa famille (nom, prénoms et âge de ses parents, de ses frères et sœurs, de sa femme et de ses enfants), sur sa profession (gain, milieu, etc.), sur la société (notions générales), sur ce qu'il possède (propriété), permettront de se faire une idée exacte de ses troubles amnésiques rétrogrades ou antérogrades, ou rétro-antérogrades. Les réponses aux questions posées, les réflexions spontanées qu'il fera, refléteront son fond mental, idées et sentiments.

Au cours de cet examen, on remarquera comment se fait la localisation des souvenirs en général ; elle est soit directe, ou immédiate, et rapide, soit indirecte, ou médiate, et alors, dans ce dernier cas, elle se fait : soit par progression continue, en allant d'un événement à un autre, d'une date récente à une date plus éloignée, etc., soit par oscillations mnésiques nombreuses, imprévues, irrégulières.

5° Il faut enfin étudier l'état des acquisitions scolaires antérieures, et surtout le calcul, l'écriture, la lecture. Rappelons de suite — cela est essentiel — que les notions acquises sur ces points varient beaucoup suivant l'éducation, la condition sociale, l'âge des individus, etc. On ne prendra donc pas pour des troubles mnésiques ce qui ne relève que de l'insuffisance de l'instruction ou du manque d'usage habituel.

La même réserve s'impose pour l'étude de la mémoire immédiate du sujet, c'est-à-dire pour l'étude de la capacité de fixation mnésique immédiate, que celle-ci porte sur des chiffres à retenir ou des phrases à répéter. Nous croyons que les questions sur le calcul, sur la langue, sur la grammaire, sur la géographie, l'histoire, etc., constituent une série d'épreuves mentales (mental tests) d'une haute valeur, mais il ne suffit pas de faire exécuter ces seules épreuves pour se rendre un compte exact de l'état psychique du sujet, puisqu'elles varient suivant les individus et leurs milieux; ajoutons que l'observateur ignore trop souvent le degré d'instruction exact du malade. Si l'on méconnaît ces faits, les épreuves mentales donneront lieu à des erreurs d'appréciation formidables. En tous cas, elles expriment toujours beaucoup moins justement le fond mental du malade que ses réponses, ses explications, provoquées ou spontanées, sur son existence propre, sur sa famille, sur sa profession, sur le milieu dans lequel il vivait : ce n'est que sur ces points que son activité mnésique et intellectuelle se manifeste réellement. Cet examen est plus long, plus délicat, mais il est plus précis et indique mieux l'état psychique essentiel du sujet.

III. **Causes d'erreur d'appréciation des troubles amnésiques.** — Il semble qu'on puisse les ramener à trois : ce sont d'une part une sorte d'automatisme de la mémoire, automatisme mnésique et verbal, d'autre part, la tendance à la fabulation, enfin la suggestibilité et approbativité.

L'automatisme de la mémoire, l'automatisme mnésique et verbal, qui est comme le courant ordinaire de la pensée, permet au malade d'exprimer des réponses, généralement sensées, qui paraissent traduire une certaine activité psychique. Ce sont des phrases toutes faites, des réflexions communes; exprimées tant de fois ou répétées sans cesse par le sujet au cours de son existence, elles sont devenues comme partie intégrante de son intellectualité. Cet automatisme mnésique et verbal est à rapprocher de l'automatisme moteur proprement dit. Il est subconscient ou inconscient, habituel ou spontané, de sorte que les réponses, les remarques, les paroles, les gestes, qui semblent être en relation avec une conservation relative des facultés mentales, ne proviennent ni de l'intelligence, ni de l'émotivité, ni de la volonté, mais de l'habitude, de l'automatisme. Esquirol écrivait au sujet des déments : « Leurs idées se suivent sans liaison ni sans motif; ils répètent des mots, des phrases entières, sans y attacher de sens précis... Il semble qu'ils aient des contes tout faits dans leur tête, qu'ils répétent en obéissant à une impulsion involontaire et automatique, provoquée par des habitudes anciennes, ou excitées par des connaissances fortuites avec les objets qui frappent actuellement leurs sens. »

Ce passage d'Esquirol relate à la fois l'automatisme verbal et la tendance à la fabulation. Cette dernière, comme l'automatisme mnésique, paraît fréquente dans les états amnésiques chroniques et dans les démences. Le malade n'hésite sur aucune des questions posées ; il raconte, quelquefois sans arrêt, des faits souvent raisonnables, plus rarement extravagants. Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'il les oublie immédiatement ou quelques instants seulement après les avoir exprimés, et que dans la conversation il se contredit carrément. Il arrive même qu'il nie avoir prononcé les paroles qu'on a notées. Cette tendance à fabuler, à inventer, s'exerce tant sur les faits récents que sur les faits éloignés.

On se mettra en garde encore contre la facilité avec laquelle, chez certains malades, affaiblis ou non mentalement, aptes à la suggestibilité ou à l'approbativité, on provoque des réponses aux questions qu'on leur pose; on évitera surtout les réponses par oui et par non : on s'exposerait à faire dire ou approuver par le malade de multiples erreurs.

IV. **Diagnostic des amnésies.** — Nous n'avions pas abordé ce diagnostic dans notre première étude des amnésies, étude que nous avons, ici, profondément remaniée. Les médecins qui n'ont pas examiné spécialement la question des amnésies ne se doutent

pas de la complexité de ce diagnostic, parce que les cas d'amnésie qu'ils ont observés leur semblaient, en général, classiques. Nous exposerons ce diagnostic de la façon suivante : *A*. Le malade examiné présente-t-il ou ne présente-t-il pas de l'amnésie? L'amnésie existe-t-elle ou n'existe-t-elle pas? *B*. Les faits psychologiques constatés sont-ils ou ne sont-ils pas de l'amnésie? *C*. Il y a amnésie. Celle-ci est-elle un phénomène essentiel ou un phénomène accessoire ? *D*. Enfin quelle est la cause de l'amnésie ?

A. **Y a-t-il ou n'y a-t-il pas amnésie?** — Il nous faut dire quelques mots de la simulation et de l'amnésie normale.

Simulation. — La simulation ou mieux l'allégation de l'amnésie est commune, surtout en médecine légale. Lorsqu'un prévenu dit avoir perdu la mémoire des actes qui lui sont reprochés, on ne saurait prendre trop de précautions pour l'examen. Des enquêtes minutieuses, approfondies, contradictoires, devront être exécutées. Il s'agit moins de se livrer à un examen prolongé pendant plusieurs mois, qu'à un examen serré et sérieux des faits. L'épilepsie larvée, les équivalents épileptiques, sont des causes d'erreurs fréquentes. Pendant la guerre de 1914-1918, nous avons reçu dans nos services cinq ou six classés ou étiquetés « épilepsie larvée » : nous n'avons pas souvenance qu'un seul de ces diagnostics fût exact; dans tous l'amnésie était purement utilitaire. On ne saurait trop attirer l'attention des médecins-légistes sur cette importante question.

Amnésie normale. — Il existe une amnésie normale : il ne faut pas considérer les faits relevant de cette amnésie comme des phénomènes d'ordre pathologique. Ainsi l'amnésie des dates, à laquelle de nombreux élèves attachent une haute valeur, lorsqu'ils pratiquent l'examen d'un aliéné, est souvent négligeable ; cette amnésie propre doit toujours être étudiée avec soin et avec lenteur. L'amnésie des lieux, l'amnésie des objets, etc., est beaucoup plus significative. L'homme à l'état normal est donc particulièrement oublieux : c'est un fait à ne point méconnaître pas plus médicalement que socialement.

B. **Les faits psychologiques observés relèvent-ils bien de l'amnésie?** — Ce chapitre diagnostic est un des plus difficiles de la pathologie mentale, ou mieux de la psychopathologie; il nous conduit à parler de l'aphasie, de l'agnosie, des paramnésies, des paragnosies, de l'apraxie motrice et de l'apraxie idéatoire.

Aphasie. — L'aphasie a été très justement séparée de l'amnésie. L'aphasique n'est pas un amnésique, et nous parlons de l'aphasique de Wernicke, car l'anarthrique n'est pas un aphasique. Dans l'aphasie de Broca (aphasie de Wernicke associée à l'anarthrie), plutôt que dans l'aphasie de Wernicke, on peut observer de l'affaiblissement intellectuel, de l'amnésie, à cause des lésions circonscrites multiples de l'encéphale, mais le fait n'est peut-être pas constant. L'aphasique ne comprend ni le langage parlé, ni le langage écrit, partiellement ou en totalité; c'est un phénomène indépendant de l'état de la mémoire. Cela pourtant ne signifie pas qu'un aphasique ne puisse pas présenter de l'amnésie. Il n'y a pas d'aphasie amnésique : celle-ci est tantôt de l'amnésie verbale, tantôt de l'aphasie sensorielle.

Agnosie. — Dans l'agnosie on constate, à l'occasion des sensations, des troubles de la perception et de la reconnaissance dont le sujet se rend compte et qu'il analyse avec une certaine précision. La fonction de reconnaissance est une fonction cérébrale spéciale. Il existe des agnosies partielles et une agnosie généralisée. Les agnosies partielles sont caractérisées par le fait que les troubles de la perception et de la reconnaissance portent sur un système sensoriel spécial. Ce sont : l'astéréognosie (troubles de la reconnaissance des objets et de leur usage par le toucher); — la surdité psychique ou agnosie auditive (non reconnaissance ou non identification des bruits, quoique ces bruits soient perçus); — la cécité psychique ou agnosie visuelle (non reconnaissance ou non identification par la vue : soit des objets, asymbolie; soit des lieux, agnosie topographique; soit des personnes, des couleurs, etc.) ; — l'agnosie gustative ou agueusie différentielle ; — l'agnosie olfactive ou anosmie différentielle ; — l'autoagnosie ou perte de la notion de notre moi, plutôt que de notre personnalité. — L'agnosie généralisée porte sur les divers systèmes sensoriels. — Dans tous ces cas, il y a conservation de l'intelligence; la mémoire est sensiblement normale, mais la reconnaissance n'a pas lieu.

Paramnésies. — La paramnésie (para, mnésis, mémoire, à côté) n'est pas une variété d'amnésie. C'est, si l'on veut, une illusion de la mémoire, ou un faux souvenir. Jamais la mémoire n'a conservé les faits évoqués par le patient. L'illusion du déjà vu est assez commune, mais le trouble peut porter sur n'importe quel sens et même sur plusieurs à la fois. Une amnésie de localisation n'est pas une paramnésie, mais une hypomnésie.

Paragnosies. — La paragnosie n'est pas une illusion mnésique, c'est une illusion des perceptions et de la reconnaissance. De même que le phénomène de l'agnosie doit être distingué de l'amnésie, de même la paragnosie n'est pas la paramnésie. Ces paragnosies s'observent dans certains délires (les délires d'interprétation, dont elles constituent très probablement un des troubles essentiels, et aussi dans la psychose de Korsakoff, etc.). Nous nous demandons si les illusions du déjà vu, du déjà entendu, etc., ne sont pas plutôt des paragnosies que des paramnésies.

Apraxie idéo-motrice. — L'apraxie idéo-motrice, ou simplement l'apraxie motrice, est l'impossibilité pour un individu qui n'est ni amnésique, ni agnosique, ni paralysé, ni ataxique, d'exécuter les ordres simples et précis qu'il reçoit. Elle existe généralement d'un seul côté du corps. L'acte à accomplir (faire le salut militaire, se gratter l'oreille, etc.), est exécuté maladroitement et incomplètement, et cela, non seulement lorsqu'il est commandé, mais encore lorsqu'il est imité ou spontané; le plus souvent il n'est pas terminé, quoique l'intention soit précise. Le trouble est, ici, une altération simple de l'idéomotilité : la mémoire est intacte.

Apraxie idéatoire. — L'apraxie idéatoire est un trouble d'ordre intellectuel; elle a été décrite spécialement, semble-t-il, chez les déments précoces ; elle ne s'observe que dans les actes compliqués, c'est-à-dire nécessitant l'accomplissement d'une série d'actes partiels ou de gestes successifs; elle consiste dans l'inexécution d'un ou de plusieurs de ces actes partiels (on fait exécuter, par exemple, l'acte d'allumer une cigarette, ou de donner la mon-

naie, etc.). Il y a là, plutôt qu'un trouble de la mémoire, probablement un trouble de l'attention, ou un trouble hypothymique.

C. **Il s'agit bien d'amnésie : celle-ci est-elle un phénomène essentiel ou un phénomène accessoire ?** — Cette question est aisée à résoudre dans le premier cas ; elle l'est beaucoup moins dans le second. Elle est toujours d'une importance considérable, pratiquement et scientifiquement parlant.

AMNÉSIE, PHÉNOMÈNE ESSENTIEL. — C'est l'amnésie des états seconds par épilepsie, hystérie et somnambulisme, quelle que soit la cause de ces états seconds. A notre avis, tous les phénomènes épileptiques s'accompagnent d'amnésie. Les faits d'épilepsie dite consciente sont à reviser. Il n'y a pas d'épilepsie sans amnésie. Cette question présente un haut intérêt. Nous ne pouvons partager les opinions émises sur ce sujet depuis quelques années.

AMNÉSIE, PHÉNOMÈNE ACCESSOIRE. — Nous touchons ici encore à une question extrêmement difficile. L'amnésie, en effet, cliniquement, doit être séparée de la démence, de l'asthénie nerveuse générale et de la confusion mentale.

Démence. — L'amnésie n'est pas la démence : c'est un signe de déficit intellectuel, mais c'est un signe souvent accessoire, surtout dans la plus commune des démences, nous voulons dire dans la démence paralytique (paralysie générale progressive). Là l'amnésie est moins importante que les troubles du jugement et du raisonnement. L'amnésie, cependant, est un signe probablement essentiel de la démence sénile, de la démence qui suit la psychose de Korsakoff, et aussi de certaines démences dites organiques (alcoolique ou traumatique), etc.

Asthénie nerveuse. — Le syndrome asthénie nerveuse générale ou dépression nerveuse générale, caractérisé par des phénomènes d'asthénie musculaire et d'asthénie mentale — syndrome qui n'altère pas la conscience du patient — est souvent confondue avec l'amnésie. C'est que l'anidéation, la difficulté de la remémoration, le ralentissement des processus psychiques et des associations d'idées, sont prises pour un état de simple amnésie. Cela explique aussi que, maintes fois, l'asthénie psychique est confondue avec la démence (par exemple chez les traumatisés).

Confusion mentale. — Le syndrome confusion mentale est caractérisé par des troubles profonds, généralisés et non conscients, des perceptions, de la reconnaissance et de l'attention ; les sensations isolées, provoquées ou spontanées, existent, mais elles sont nettement perverties dans leur ensemble. Il est très probable que l'état de confusion mentale coexiste avec des phénomènes d'amnésie de fixation et de reproduction, mais ceux-ci ne sont ni suffisants, ni essentiels pour créer le syndrome.

D. **Diagnostic étiologique.** — Les causes des amnésies sont multiples et souvent fort complexes.

Lorsque l'amnésie est le phénomène essentiel, il faut rechercher l'épilepsie, les causes morales (contrariétés, hystérie, chagrins, angoisses, etc.), les intoxications (spécialement l'alcoolisme aigu ou chronique), les traumatismes crâniens ou généraux, les infections, etc.

Lorsque l'amnésie est un phénomène de plus ou moins second ordre, il faut penser à la démence (paralysie générale, démences « organiques », démence sénile, etc., au syndrome asthénique (anidéation et amyosthénie), à la confusion mentale épisodique ou durable. La dépression nerveuse est le même état que l'asthénie nerveuse ; l'asthénie mentale s'accompagne toujours d'asthénie musculaire ; l'asthénie psychique n'existe pas à l'état isolé. Ce que l'on appelle la psychasthénie représente les phobies-obssessions et les doutes.

BIBLIOGRAPHIE

BALL et CHAMBARD. Art. DÉMENCE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1882, p. 559. — BENON (R.). Les amnésies, étude clinique, *Gaz. des hôpit.*, 13 juin 1908, p. 795, n° 67 ; — L'amnésie dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 5 août 1911, p. 1315, n° 88; *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, p. 761 ; — Les ictus amnésiques dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 1er oct. 1908, p. 1335, n° 112 ; — Les ictus amnésiques dans les démences organiques, *Ann. méd.-psychol.*, mars-avril 1909, t. I; — Syndrome de Korsakoff et confusion mentale post-traumatiques, *Ann. méd.-psych.*, août-sept. 1914, t. II (paragnosie) ; — Amnésie et simulation, *Revue neurol.*, déc. 1917, — De l'épilepsie larvée, *Progrès méd.*, 1er nov. 1919, p. 435, n° 44. — BERGSON. *Matière et mémoire*, Alcan, 1896. — BIERVLIET (J.-J. VAN). *La Mémoire*, O. Doin, 1902. — BOLDT (Iéna). Etude sur les troubles de la mémoire de fixation, *Monats. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1905, p. 97, et *Revue neurol.*, 1905, p. 1164. — BOURBON (B.). Influence de l'âge sur la mémoire immédiate, *Revue philosophique*, 1894, p. 148. — BRÉCY. Art. AMNÉSIE de la *Pratique médico-chirurgicale*. — BURNHAM (W. H.). L'amnésie rétrograde : cas mettant ce phénomène en lumière et essai d'explication, *Amer. Journ. of psychol.*, juillet-oct. 1903, in *Journ. de psychol.*, 1904, p. 491.

CALKINS (Mlle). Etude sur la mémoire et l'association des idées, *Psychol. Review*, 1898, p. 451, et *Revue neurol.*, 1899, p. 57. — CALMEIL. Art. AMNÉSIE ET DÉMENCE du *Dictionnaire en trente volumes*.

DROMARD et LEVASSORT. *L'Amnésie*, F. Alcan, 1907. — DUGAS. La perte de la mémoire et la perte de la conscience, *Revue philosophique*, juillet 1899. — DUPRÉ. Revue policlinique des démences, *Bull. méd.*, 1907, p. 11 et 119.

ESQUIROL (E.). Art. DÉMENCE du *Dictionnaire des sciences médicales en soixante volumes*, 1814 ; — Art. DÉMENCE, *Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris 1838. — EBBINGHAUSS. *Ueber das Gedächtniss*, 1885.

FALRET (Jules). Art. AMNÉSIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1865 ; — Troubles de la mémoire, *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Baillière, 1890, p. 41, extrait des *Arch. gén. de méd.*, oct. 1860. — FOURNIER. *Syphilis cérébrale*, 1879, p. 279 (ictus amnésique). — FOVILLE (père). Art. ALIÉNATION MENTALE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. — FOVILLE (fils). Art. DÉMENCE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XI, p. 95. — FRY (F. R.). Saint-Louis. Perte de la compréhension des noms propres, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1908, t. XXXIV, p. 617, *Revue neurol.*, 1909, t. II, p. 1230.

GARNIER. Les amnésies (séméiologie et médecine légale), *Bull. méd.*, 7 janv. 1905. — GRASSET. *Plan d'une physiopathologie clinique*, 1905. — GUARDIA (J.-M.). Les maladies de la mémoire, *Revue scient.*, 1881, t. I, p. 742. — GUICCIARDI. Contribution expérimentale et statistique à l'étude de la mémoire, *Cong. de la Soc. phreniat.*, Gênes 1904 ; — *Riv. speriment. di frenat. et méd. lég. d'aliénat. ment.*, *Ann. méd.-psychol.*, 1908, t. II, p. 459.

JANET (P.). Art. AMNÉSIE, *Dictionnaire de physiologie* de Ch. Richer, 1895, t. I, p. 431.

KONRAD (E.). Un cas d'amnésie rétrograde, *Orvosi Hetilap Beilage. Elme es Idegkortan*, n° 3, Ungarisch ; — *Arch. f. psychiat.*, 1907, t. XLII, p. 949 ; — *Revue neurol.*, 1908, p. 942. — KRAFFT-EBING. Art. MÉMOIRE, *Traité de psychiatrie*, 1897, p. 84, trad. E. Laurent, 5e édit. allem. — KRAEPELIN. Ueber Erinerun Fälschungen, *Arch. f. Psychiat.*, 1886-1887.

LEGRAND DU SAULLE. Les maladies de la mémoire : troubles morbides multiples; conditions pathogéniques et étiologiques; valeur diagnostique et pronostique, *Gaz. des hôpit.*, 1884. — LOUYER-VILLERMAY. 1° Essai sur les maladies de la mémoire, in *Mémoire de la Soc. de méd. de Paris*, 1817; — 2° Art. MÉMOIRE du *Dictionnaire des sciences médicales*, 1819, t. XXXII, p. 305.

MAXWELL. L'amnésie au point de vue de la médecine judiciaire, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1902, p. 481.

PICK (A.). Contribution à la pathologie de la mémoire, *Arch. f. Psychiat.*, t. XVII, p. 1, in *Arch. de neurol.*, 1885, t. XV, p. 444. — PIÉRON. *L'Evolution de la mémoire*, Flammarion, 1910.

RIBOT. *Les Maladies de la mémoire*, 1881; — Recherches sur la mémoire affective, *Revue philosophique*, 1894, p. 376; — Les états affectifs et la mémoire, *Revue neurol.*, 1894, p. 33. — RICHET. Art. MÉMOIRE, *Grande Encyclopédie*. — ROUILLARD. 1° Essai sur les amnésies (étiologie), *Th. de Paris*, 1885; — 2° Communication à la *Soc. de méd. légale*, 1886; — 3° Observation d'amnésie traumatique, *Ann. méd.-psychol.*, 1886, 7e série, t. III, p. 39; — 4° Les amnésies, *Encéphale*, 1888; — 4° Les amnésies, *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 509.

SÉGLAS. *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, art. DÉMENCES, p. 178; art. AMNÉSIES, p. 188. — SOLLIER. *Les Troubles de la mémoire*, Rueff, 1892; — *Guide pratique des maladies mentales*, art. AMNÉSIES, p. 192; — *Le Problème de la mémoire*, F. Alcan, 1900, Bibliothèque de philosophie contemporaine.

TAINE. *De l'Intelligence*, 1878, t. I, 9e édition, 1900, p. 150 et suivantes.

VOISIN (Aug.). Art. AMNÉSIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. II, p. 52.

WINSLOW (T.). *On obscure diseases of the brain and disorders of the mind*, London 1860.

ZABOROWSKI. La mémoire et ses maladies, *Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris*, 1881.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MARS 1924)

Une hypothèse sur la loi qui régit l'intensité du métabolisme des homéothermes. — M. E.-F. TERROINE.

Loi d'action de la laccase : influence de la concentration du gaïacol et de la pression de l'oxygène. — M. Paul FLEURY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MARS 1924)

L'invention du cinématographe. — M. RICHET, à cette question : « Quel est l'inventeur de cette merveilleuse découverte? », répond, sans hésiter, « c'est Marey ». A l'appui de cette opinion il met sous les yeux de l'Académie les divers appareils à l'aide desquels Marey, dès 1882, a pu réaliser l'admirable reproduction du mouvement des ailes de l'oiseau. Telle fut la première des découvertes de Marey. Il en est une seconde qui date de 1890, c'est la reproduction d'images successives avec intervalles. Enfin, il en est une troisième qui est la reproduction des images sur l'écran, devant un nombreux public. Telle fut la base incontestable de l'invention du cinématographe qui, il faut le reconnaître, a été perfectionné par Lumière. Quand il constata les perfectionnements de Lumière, Marey en fut le premier émerveillé et, dans sa modestie et dans sa générosité d'âme, il loua ces progrès, tout en constatant qu'ils étaient la réalisation de ses propres découvertes. Marey est donc incontestablement l'inventeur de la cinématographie et ce serait de l'ingratitude que de le méconnaître.

En terminant, M. Richet propose que l'Académie émette le vœu que sur la plaque commémorative du 28 décembre 1899 il soit inscrit que l'invention de Marey, grâce aux perfectionnements apportés par Lumière, a pu réaliser la photographie animée.

Eloge de Valin. — M. VAILLARD prononce l'éloge de Valin. Cette lecture est accueillie par de nombreuses approbations.

Natalité et mortalité depuis 117 ans. — M. CALMETTE rappelle avoir montré, dans de précédentes études, la diminution de la mortalité par maladies infectieuses résultant des découvertes pastoriennes. Dans ce nouveau travail, il nous montre la marche de la natalité, d'une part, et, d'autre part, celle de la mortalité depuis 117 ans, c'est-à-dire depuis l'année 1806 jusqu'à 1920. Sur un tableau statistique dressé d'après la Société internationale du mouvement de la population par M. Moine, statisticien, on voit les deux tracés, celui de la natalité et celui de la mortalité depuis 1806. Ces tracés n'ont trait qu'à la population civile. On y constate tout d'abord cette cruelle vérité que la courbe de la natalité n'a jamais cessé de décroître. Quant à la mortalité, si nous en suivons le tracé, nous voyons qu'elle s'est beaucoup accrue à certaines époques, par exemple en 1814 par le fait de la guerre, du typhus, de la dysenterie, de la fièvre typhoïde, en 1832 par le choléra, les maladies infectieuses, la variole, en 1849 par le choléra et la variole, en 1855 par la guerre, le choléra, la variole et les maladies infectieuses, en 1859 par les maladies infectieuses, en 1871 par la guerre, la fièvre typhoïde, les infections intestinales, la variole, en 1890 par une pandémie grippale, en 1911 par une mortalité infantile très élevée, enfin en 1918 par une épidémie de grippe.

La grande guerre n'a pas seulement coûté quinze cent mille hommes, mais elle a encore fait descendre considérablement le taux des naissances.

Au moment, dit en terminant M. Calmette, où la France se recueille pour les élections prochaines, il semble du devoir de l'Académie d'insister auprès des Pouvoirs publics pour réaliser le plus possible d'économies humaines par le développement de la médecine préventive, de la prophylaxie et de l'hygiène, par une application rigoureuse des lois protectrices de la natalité.

— Cette importante communication de M. Calmette est renvoyée à une commission composée de MM. Léon Bernard, Marfan et Calmette, rapporteur.

Incompatibilité du médecin traitant et du médecin contrôleur ou expert. — M. BALTHAZARD appelle l'attention sur ce fait que beaucoup de compagnies d'assurances, beaucoup d'administrations ont recours aux médecins traitants comme contrôleurs. Il y a là une erreur. Il y a incompatibilité entre le médecin traitant dont le rôle est de viser surtout l'intérêt de son malade et le médecin contrôleur dont le rôle est plutôt de défendre les intérêts des compagnies d'assurances ou des administrations. Il y a tout d'abord une question de respect du secret professionnel. Le médecin traitant qui envoie une fiche, concernant son malade, au patron de ce malade, livre le secret professionnel. Il est également bien évident que le médecin expert, qui ne relève que des tribunaux, ne peut être ni le médecin du malade, ni celui du patron.

En conséquence, M. Balthazard propose que l'Académie émette le vœu que soit formellement déclarée l'incompatibilité du médecin traitant et du médecin contrôleur ou du médecin expert.

— Cette proposition est renvoyée à une commission dont M. Balthazard est nommé rapporteur.

Essai de titrage de l'insuline. — M. DESGREZ, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Thierry et Rathery, fait une communication d'où il résulte que l'insuline ne devrait être titrée que d'après le poids.

— Suit une courte discussion à laquelle prennent part MM. Marcel Labbé, Hallion, Chauffard et Desgrez.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MARS 1924)

A propos des adénites sériques généralisées. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT. Les adénites généralisées, secondaires aux injections de sérum, ne sont pas exceptionnelles. Quand on les observe, elles accompagnent ordinairement l'érythème sérique. Parfois elles précèdent de plusieurs jours cet érythème. D'autres fois, enfin, elles sont le seul signe de la réaction sérique.

Dissociation auriculo-ventriculaire complète chez un enfant de trois ans. — M. LECOMTE présente une fillette de trois ans, atteinte de bradycardie permanente à 44-48, due à une dissociation auriculo-ventriculaire complète. Cette bradycardie semble avoir une origine complexe : d'une part, l'enfant a eu à un an et demi une diphtérie au cours de laquelle aucun phénomène cardiaque n'aurait été noté ; d'autre part, il existe une sténose mitrale et un souffle systolique à maximum au troisième espace intercostal gauche. On peut donc se demander si la lésion du faisceau de His est due à cette lésion congénitale comme il en a été signalé quelques cas, ou à l'action surajoutée des toxines diphtériques.

Trois cas de rétrécissement mitral associé à des troubles endocriniens. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Pierre BLAMOUTIER présentent trois jeunes gens de dix-sept ans atteints de rétrécissement mitral avec nanisme chez qui l'on a constaté des signes d'insuffisance testiculaire : organes génitaux petits et absence des caractères sexuels secondaires.

Amaurose chez un sujet probablement intoxiqué par l'oxyde de carbone. (A propos de la communication de MM. Lévy-Valensi, Louis Claude et Rochard.) — MM. F. RATHERY et GOURNAY rapportent l'observation détaillée d'un malade présenté la semaine dernière et qui fut observé par eux lors de son intoxication.

Ils insistent sur la difficulté qu'il y a à préjuger de la nature de l'amaurose présentée par le malade.

Endocardite blennorragique guérie par la sérothérapie antigonococcique. — MM. AUBERTIN et GAMBILLARD rapportent un cas d'endocardite aortique survenue peu après une blennorragie aiguë en même temps qu'un rhumatisme polyarticulaire chez un jeune homme de dix-huit ans. Il existait un souffle d'abord systolique, puis double, puis diastolique, une fièvre quotidienne à grandes oscillations comme dans l'endocardite ulcéreuse classique, de l'anémie avec leucocytose et myélémie. Mais pas d'embolies et les hémocultures restèrent négatives. Après échec de la vaccinothérapie et de l'uroformine intraveineuse, on institua le traitement par le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur en injections musculaires et sous-cutanées. A la huitième injection de 40 centimètres cubes, la température était redevenue normale et l'état général très amélioré. Actuellement le malade a repris ses occupations mais conserve un souffle diastolique d'insuffisance aortique bien tolérée.

Néphrite chronique. Athérome généralisé. Hypertrophie cardiaque avec infarctus ancien du myocarde. Infarctus multiples récents des organes et hémorragie cérébelleuse ayant déterminé un syndrome de paralysie alterne du type de Millard-Gubler. — MM. P. MÉNÉTRIER et J. SURMONT rapportent l'observation curieuse d'un homme de cinquante-neuf ans, vieil emphysémateux et polyscléreux, non syphilitique, chez qui ils observèrent, en dehors de nombreux infarctus de divers viscères, une hémiplégie du type de Millard-Gubler, consécutive à une hémorragie occupant presque la moitié du lobe cérébelleux droit, mais ayant envahi le quatrième ventricule. Par contre, il y avait intégrité complète de la protubérance vérifiée sur les coupes histologiques. Ce syndrome semble donc dû uniquement à la compression protubérantielle par le foyer hémorragique cérébelleux. (Présentation de pièces.)

Gangrène pulmonaire traitée par la trachéo-fistulisation. — MM. CAUSSADE, ROSENTHAL et SURMONT ont eu à traiter un homme de trente-trois ans, non syphilitique, ni tuberculeux, atteint de dilatation bronchique remontant à huit ans et ayant subi depuis plus de deux ans l'évolution vers la gangrène qui s'était ensuite propagée aux poumons.

Avant d'être traité par trachéo-fistulisation, le patient avait été soumis depuis un an environ à des injections intra-trachéales d'huile goménolée, au sérum antigangréneux à fortes doses, à la teinture d'ail, à l'arsenobenzol et aux autovaccins. Malgré ces traitements divers et énergiques, la cachexie était assez prononcée, l'amaigrissement était très marqué, la diarrhée était profuse, les membres inférieurs étaient œdématiés, l'expectoration très fétide était très abondante (800 centimètres cubes environ), la fièvre était élevée (40 degrés).

La trachéo-fistulisation fut décidée, comme susceptible d'une certaine efficacité en permettant, grâce à une canule laissée en permanence, après une opération faite une fois pour toutes, d'injecter suivant les circonstances et à des intervalles plus ou moins rapprochés, des substances médicamenteuses diverses sur une vaste surface suppurée et gangrénée (bronchectasies multiples et plusieurs foyers pulmonaires).

Les auteurs attirent l'attention sur l'anesthésie préopératoire de la trachée qui, de 2 à 5 centigrammes de novocaïne ou d'allocaïne au début de la trachéo-fistulisation, a pu être parfaite dans la dernière quinzaine du traitement à des doses bien moindres ; la trachée devenant de moins en moins sensible.

Les huiles iodées très purifiées furent spécialement injectées ; au début la quantité était de 6 centimètres cubes, puis, en raison de l'augmentation de la tolérance de la trachée, elle fut portée à 20 centimètres cubes (dernière quinzaine du traitement) injectée tous les deux ou trois jours, en une seule séance.

La résorption était aussi rapide que dans un poumon sain (vingt-quatre heures environ, quarante-huit heures au plus). En une seule séance 8gr10 d'iode métalloïdique (15 centimètres cubes de lipiodol) furent injectés dans les poumons. Jamais il n'y eut aucun accident, pas la moindre hémoptysie.

L'avenir des pleurétiques. — M. BRELET (de Nantes). Sur quarante-deux anciens pleurétiques examinés plusieurs années après la pleurésie, six sont devenus des tuberculeux pulmonaires ; seize sont complètement guéris sans séquelles appréciables ; les vingt autres ont un bon état général mais présentent des signes cliniques et radioscopiques de pachypleurite plus ou moins étendue.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1924)

Syndrome myoclonique d'origine syphilitique. — M. A. THOMAS et Mme LONG-LAUDRY montrent une femme de quarante-six ans, dont la maladie à début insidieux, en 1922, a présenté d'abord les caractères d'un Parkinson localisé au bras droit, mais avec un signe d'Argyll-Robertson et une réaction de Wassermann fortement positive.

Quelques mois après, le tableau clinique s'est modifié, le tremblement étendu à la face, à la langue, les troubles de la parole, l'inertie psychique font penser à une paralysie générale. Actuellement, elle présente surtout des clonies prédominants à la face gauche, de deux rythmes différents, plus rapides sur la moitié supérieure, plus lentes sur la moitié inférieure, et le peaucier avec hypertonie permanente de ces muscles. Les clonies s'exagèrent avec les mouvements actifs et les excitations périphériques.

L'origine syphilitique est confirmée par l'étude du liquide céphalo-rachidien et le résultat satisfaisant du traitement arsenical.

Hémorragie rachidienne tardive chez les opérés de tumeurs médullaires. — MM. SICARD et LAPLANE ont observé sur onze cas de tumeurs médullaires opérées avec succès par Robineau deux faits d'hémorragie rachidienne tardive, survenus après le lever des malades, l'un cinq semaines, l'autre six semaines, à la suite de l'acte opératoire. En quelques heures s'établit un syndrome de compression médullo-cérébrale avec algies des membres inférieurs, céphalée,

vomissements et même coma chez l'un des opérés. Le liquide rachidien se montra sanguinolent et amicrobien. Quoique la guérison se soit faite complète, en quelques jours, il y a lieu, à cause de la possibilité de ces accidents à allure alarmante, de conseiller aux opérés de tumeur médullaire, une extrême prudence dans la reprise de la vie normale.

Compressions médullaires et lipiodol intrarachidien. — MM. Babinski et Jarkowski.

A propos du signe de Babinski dans la paralysie infantile spinale (poliomyélite antérieure aiguë). — MM. Souques et Ducroquet montent un malade, qui présente une paralysie infantile spinale limitée aux muscles de la face postérieure de la jambe et à ceux de la face plantaire du pied gauche, et chez lequel l'excitation de la plante provoque l'extension de l'orteil. Chez ce malade, les muscles de la loge antéro-externe, c'est-à-dire les extenseurs du pied et des orteils sont donc intacts; la paralysie et l'atrophie frappent particulièrement les interosseux des orteils, l'abducteur, l'adducteur et le court fléchisseur du gros orteil : il en résulte un pied bot dit griffe pied creux. La première phalange du gros orteil ne peut être fléchie volontairement. L'examen électrique montre une D R totale sur l'interosseux des orteils et les fléchisseurs de la première phalange du gros orteil.

Dans 12 cas de paralysie spinale infantile analogues au précédent, les auteurs ont observé l'extension de l'orteil 4 fois.

Pour expliquer l'extension de l'orteil dans la paralysie infantile, on admet que le foyer poliomyélitique spinal a envahi le faisceau latéral de la moelle. Il doit en être ainsi dans les cas graves à foyers étendus, et il s'agit alors du signe de Babinski. Mais, dans les cas légers à petits foyers, analogues à ceux rapportés par MM. Souques et Ducroquet, des réserves s'imposent. Ces auteurs pensent que, dans ces derniers cas, l'atrophie des fléchisseurs de la première phalange du gros orteil peut suffire pour déterminer l'extension de l'orteil : les fléchisseurs atrophiés ne peuvent répondre (à l'excitation de la plante) par la flexion de la première phalange; c'est alors l'antagoniste, c'est-à-dire, l'extenseur propre du gros orteil qui, en se contractant synergiquement, entraîne le phénomène de l'orteil.

Spasme professionnel à forme de torticolis spasmodique d'un côté et contracture unilatérale et permanente unilatérale, et permanente des pectoraux de l'autre côté. — M. G. Heuyer et Mlle Zimmer présentent un malade de cinquante-deux ans qui est atteint depuis douze ans d'un spasme du sterno-cléido-mastoïdien gauche et d'une contraction permanente des pectoraux droits, ayant débuté à l'occasion d'un geste professionnel. Il s'agit d'un spasme professionnel dont les auteurs admettant la nature organique, par lésion mésocéphalique de nature indéterminée. Ils proposent un traitement chirurgical : résection du spinal gauche et alcoolisation ou résection des nerfs des pectoraux droits.

Mal comitial, troubles sensitivo-moteurs, alexie, agraphie et affaiblissement intellectuel consécutifs à une encéphalite épidémique. — M. A. Litvak insiste sur l'intérêt de ce cas qui consiste, d'une part dans son évolution extrêmement lente et progressive avec plusieurs poussées (la somnolence est apparue en 1918 et le hoquet six ans après), d'autre part dans les troubles très rares observés (mal comitial, hémiparésie, hémianesthésie, aphasie).

Sept cas d'intoxication oxycarbonée avec signes cliniques d'atteinte du névraxe. — MM. Ch. Bourdillon et E. Hartmann apportent les observations de sept malades intoxiqués, à des degrés divers, par l'oxyde de carbone ou par le gaz d'éclairage.

Chez quatre d'entre eux ils ont observé des signes nets d'atteinte de la voie pyramidale : signe de Babinski uni ou bilatéral, réflexe de défense, ces signes existant isolément ou simultanément.

Dans les trois autres cas le seul signe objectif observé consistait en un mouvement d'adduction et de rotation interne du pied, avec contraction isolée du jambier antérieur, après friction énergique de la face interne du tibia.

Ce signe, sur lequel MM. Cl. Vincent et Et. Bernard ont attiré l'attention en juillet 1922, a une valeur pathologique certaine, car on ne le trouve jamais à l'état normal, mais son interprétation est délicate.

Faut-il, avec MM. Vincent et Bernard, le considérer comme une manifestation de l'hypertonie consécutive à certaines altérations des noyaux gris centraux? Les lésions trouvées fréquemment à l'autopsie de sujets morts d'intoxication oxycarbonée viendraient à l'appui de cette hypothèse.

Ne faut-il pas plus simplement y voir une modalité atténuée du réflexe de défense. Les signes pyramidaux constatés dans les quatre premiers cas pourraient le faire penser.

Les auteurs ne concluent pas.

Les signes rapportés par MM. Bourdillon et Hartmann, bien que ne constituant pas une notion clinique courante au cours de l'intoxication oxycarbonée, n'ont rien qui puisse surprendre si l'on s'en rapporte aux données fournies par l'anatomie pathologique (lésions d'hémorragie ou de ramollissement en différents points du névraxe). La légèreté et la fugacité de ces signes, dans certains cas, semble prouver que cette atteinte du névraxe peut n'être elle-même que minime et passagère.

Enfin, les auteurs signalent que dans deux cas d'intoxications graves ils ont trouvé des liquides céphalo-rachidiens normaux, ne contenant pas de sang. MM. Legry et J. Lermoyez, dans une série de cas présentés à l'Académie de médecine (juillet 1920), avaient trouvé des liquides hémorragiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PRESCRIPTION DES SUBSTANCES TOXIQUES

M. Grinda, député, ayant demandé à M. le ministre de l'Hygiène si les médecins d'hôpitaux, lorsqu'ils prescrivent une substance toxique, doivent établir, pour chaque malade hospitalisé, une ordonnance comportant les indications prescrites par le décret du 14 septembre 1916, savoir : le mode d'emploi, la date, la signature, le nom et l'adresse du médecin, a reçu la réponse suivante :

« L'article 20 du décret du 14 septembre 1916, portant règlement d'administration publique pour la loi du 12 juillet 1916 précise que : « L'auteur de la prescription des subs-« tances des tableaux A et B est tenu, sous peine des sanc-« tions prévues par la loi du 19 juillet 1845, de la dater, de « la signer et de mentionner lisiblement son nom et son « adresse. » Les médecins sont tous soumis à ces obligations, aussi bien à l'hôpital que dans leur clientèle privée. A l'hôpital, des mesures peuvent être prises pour faciliter l'application de cet article 20, sans cependant y apporter de dérogation. C'est ainsi que, dans les hôpitaux de l'administration de l'Assistance publique de Paris, les prescriptions des substances des tableaux A et B, faites à la visite du matin, sont inscrites sur le cahier de visite en regard du numéro de lit de chaque malade; que le cahier de visite est daté par les soins de l'administration et signé, chaque jour, par le médecin; les substances des tableaux A et B prescrites en dehors des heures de la visite aux malades hospitalisés doivent être inscrites en toutes lettres sur un bon spécial, pour chaque malade, portant le timbre du chef de service, daté et signé, soit par lui, soit par l'interne de service, autorisé, par arrêté préfectoral, à exercer temporairement les fonctions de docteur en médecine; les prescriptions des tableaux A et B faites à la consultation externe sont rédigées en toutes lettres sur une feuille d'ordonnance portant le timbre de l'hôpital et celui du chef de service, datée et signée par lui ou par son interne, autorisé à exercer temporairement les fonctions de docteur en médecine. Cette manière de faire satisfait à l'esprit et au texte de la loi, et du décret, en empêchant les fautes et les abus; elle met les médecins et l'administration à l'abri des fraudes qui ne manqueraient pas de se produire si les prescriptions n'étaient pas obligatoirement signées par le médecin ou son interne. » (*J. O.*, 14 mars 1924.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


OVULES ROCHE
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.
R. C., 127.006, Seine.


DIURÉTIQUE
D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE
Pure
Digitalique
Strophantique
Spartéinée
Scillitique
Phosphatée
Lithinée
Caféinée
Ne se délivrent qu'en cachets.
THÉOSALVOSE
Cachets dosés à 0 gramme 25 et à 0 gramme 50 de Théosalvose.
DOSE MOYENNE : 1 à 2 grammes par jour.
THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure
Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Gravelle — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses
Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS
R. C., 2.160, Seine.

Nº 27. — MARDI 1er & JEUDI 3 AVRIL 1924. 97e ANNÉE. MARDI 1er & JEUDI 3 AVRIL 1924. — Nº 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 28 mars — MM. Gouverneur, 29; Gatellier, 22; Petit-Dutaillis, 26; Pascalis, 25.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 mars. — MM. Miégeville, 17; Ramadier, 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a désigné le professeur J. Guyot comme délégué titulaire au Comité de l'Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine, en remplacement du professeur X. Arnozan.

CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE STRASBOURG. — Un arrêté, signé par le garde des Sceaux, le ministre de l'Instruction publique et le ministre de l'Hygiène, approuve le règlement concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional de lutte contre le cancer de Strasbourg qui prend le nom de centre Paul Strauss.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission à deux places d'interne titulaire en médecine et en chirurgie à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, à Fresnes, et pour la désignation de quatre internes provisoires, s'ouvrira le 28 avril, à la préfecture de police.

S'inscrire avant le 12 avril, à la préfecture de police (bureau du personnel).

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. Deligny (Emile), préparateur de radiologie à l'hôpital civil de Mustapha, à Alger, victime du devoir professionnel.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Gouzien, président du Conseil supérieur de santé des colonies, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé des troupes coloniales.

— (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. Langlois.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Blary, Fischer, Chaudoye, Fournereaux, Cochois.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Jacquemart, Reynaud, Anglade, Larroque, Odinot, Croidieu, Augé, Querleux, Vanlande, Lemonon, Izard, Sanson, Junquet, Ortal.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Chambelland, Vidal, Prunet, Berlandi, Cieutat, Guillet, Ricbourg, Ben Aouda, Gaché, Pruvost, Volf, Chalon, Galliot, Bonneterre, Féliman, Pousse, Tripeau, Dalbera, Déchet, Garigues, Roques, Seilhan, Zimmermann.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. Talbot.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Fulconis, Mul, Cartron.

Au grade de médecin-mojor de 1re classe. — MM. Bodet, Duliscouet, Arlo, Pichon, Guyomarc'h, Perreaux, Clapier, Chantenay, Bourgarel.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Agenet, Richer, Vaucel, Hilleret, Dodoz, Thomas, Laigret, Bravard, Bossert, Bouron, Jeansotte, Connesson.

MARINE. — Des concours seront ouverts au cours du deuxième semestre 1924, à des dates et dans les ports qui seront fixés ultérieurement pour les emplois de professeur et prosecteur énumérés ci-après :

Ecoles annexes de médecine navale. — 1° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à Rochefort;

2° Professeur d'anatomie à Toulon;

3° Professeur d'histologie et de physiologie à Brest, Rochefort et Toulon;

4° Professeur de chimie biologique à Brest et Toulon (pharmacien);

5° Professeur de physique biologique à Brest (pharmacien);

6° Prosecteur d'anatomie à Brest, Rochefort et Toulon.

Les conditions de ce concours sont fixées par l'arrêté du 29 juin 1908, *B. O. M.*, vol. XIII, p. 46.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — M. Daniel Vincent, député, est nommé ministre du Travail et de l'Hygiène, en remplacement de M. Peyronnet, ministre du Travail et de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, dont les démissions sont acceptées.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret règle le fonctionnement du service central de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère de l'Hygiène. Le personnel temporaire placé sous l'autorité d'un inspecteur général des services administratifs comprend un médecin adjoint au chef de service. Ce médecin touchera une indemnité annuelle allant de 18.000 à 22.000 par augmentations successives de 2.000 fr. (*J. O.*, 28 mars 1924.)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — MM. Faivre et Rondel, inspecteurs généraux des services administratifs, atteints par la limite d'âge, seront admis à la retraite en 1924.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 27 mars publie un arrêté fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

LES MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — On annonce la fondation de la Société « Les médecins parisiens de Paris ». Elle a pour président d'honneur le professeur Charles Richet, membre de l'Institut; pour président le professeur Balthazard. Ont été ensuite élus : vice-présidents, les docteurs Vimont et Dartigues; secrétaire général, le docteur Prost; trésorier, le docteur Bongrand.

SOCIÉTÉ DES GENS DE LETTRES. — Le docteur Raoul Blondel, syndic honoraire de l'Association de la Presse médicale française et le docteur Pierre-Louis Rehm ont été élus membres de la Société des gens de lettres.

V. M. S. 1924. — Le voyage organisé par la Faculté de Strasbourg aura lieu du 6 au 12 juin à la Bourboule, Châtel-Guyon, Le Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire, Sail-les-Bains et Vichy.

Il y a 100 places disponibles. Prix comprenant, frais de toute nature, chemins de fer en 2e classe, hôtels, pourboires : étudiants, 225 fr. ; docteurs, 275 fr. ; dames, 325 fr.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant aux bureaux du secrétaire général, 1, place de l'Université, à Strasbourg.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu lieu le lundi 28 avril 1924.

Par exception, cette réunion aura lieu à 20 h. 30 très précises, dans un amphithéâtre de l'Ecole supérieure de guerre, 43 C, avenue de la Motte-Picquet (Ecole militaire).

Elle sera consacrée à un exercice pratique, conférence avec projections, par M. le médecin-major de 1re classe Schickelé, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre.

Le dîner mensuel n'aura pas lieu en avril.

CHRONIQUE

UN HOMMAGE A LA MÉMOIRE DE LEGRAND DU SAULLE.

Le Conseil municipal de Dijon vient de décider qu'une des rues de la ville porterait le nom de Legrand du Saulle.

Cet hommage rendu à la mémoire de l'illustre aliéniste nous touche particulièrement car Legrand du Saulle fut un des collaborateurs les plus éminents et les plus aimés de la *Gazette des hôpitaux*.

Legrand du Saulle, né à Dijon le 16 avril 1830, est décédé à Paris le 6 mai 1886. Médecin de Bicêtre, puis de la Salpêtrière, il a laissé une œuvre considérable. Citons : *La Folie devant les tribunaux*, *Le Délire des persécutions*, *La Folie héréditaire*, *La Folie du doute*, *L'Etude médico-légale sur les épileptiques*, *L'Etude clinique sur la peur des espaces (l'agoraphobie)*, *Les Signes physiques des folies raisonnantes*, *Les Etudes médico-légales sur les testaments et l'interdiction des aliénés, les hystériques*, etc., et enfin le *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale* en collaboration avec G. Pouchet pour la partie chimique, et le regretté Georges Berryer, son gendre, pour la partie judiciaire.

Tout jeune étudiant, Legrand du Saulle avait débuté à la *Gazette des hôpitaux* en publiant les célèbres leçons de Trousseau. Pendant toute sa vie il demeura un collaborateur assidu de ce journal, et le jour même de sa mort paraissait dans nos colonnes son beau travail sur *La Politique et la folie*.

Legrand du Saulle ne fut pas seulement un grand savant, ce fut aussi un noble caractère. Pendant les journées tragiques de la Commune de Paris, il resta à son poste de médecin chef du dépôt de la préfecture de police où sa bonté et son courage lui permirent de rendre les plus grands services aux otages. Du 18 mars au 24 mai 1871, huit cents mises en liberté furent ordonnées sur certificats individuels signés par lui, sur sa propre responnabilité au péril de sa liberté et de sa vie. « Qui saura jamais, écrivait Brochin père, à qui nous empruntons ces détails (1), tout ce qu'il a tiré des trésors de son cœur et des ingénieuses ressources de son esprit, pour adoucir, autant que cela était en son pouvoir, d'aussi cruelles situations, pour inspirer à tous ces malheureux une confiance, qu'à peine il devait avoir lui-même, et relever leur courage à bout? »

La récompense de sa bonté, Legrand du Saulle la trouvait en lui-même. « Dans la profession médicale, disait-il, il y a des joies silencieuses et profondes, des orgueils discrets et doux... »

« Quelle admirable profession, disait-il encore, que celle qui place un homme au-dessus de tous les événements qui troublent et ensanglantent un pays ; qui lui donne accès partout et lui procure l'occasion de faire également le bien partout ; qui lui permet de tout voir, de tout entendre et de garder le silence; de ne trouver, dans les individus les plus égarés, les plus malheureux ou les plus coupables, que des malades dignes d'une égale sollicitude ; de n'être influencé par aucun des bruits du dehors et de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le vainqueur ou le vaincu, le mendiant sur son grabat ou l'archevêque de Paris dans son cachot, l'espion prussien à la pistole ou le président de la Cour suprême dans une cellule de condamné à mort et de recevoir de tous les mêmes marques de déférence et le même remerciement ! »

Peut-on faire une plus saisissante esquisse de l'idéal médical?

Au moment où sa ville natale lui rend un pieux hommage, c'était un devoir pour nous d'adresser un fidèle et respectueux souvenir à la mémoire de Legrand du Saulle.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 2 avril. — Jury : MM. Hartmann, président; Broca (Auguste), Couvelaire et Le Lorier. — M. HARTMANN (E.). La neurotomie rétro-gassérienne. — M. DAUDE (G.). Un cas de tuberculose ascendante des articulations du membre supérieur chez l'enfant. — M. GONZALEZ (Abel). Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. — M. RADICHITCH. Exostoses ostéogéniques de la partie inférieure du cubitus. — M. DESBRUÈRES (J.-B.). Étude statistique sur les gros enfants.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1886, p. 433.

TUMEUR DES MÉNINGES CERVICALES SUPÉRIEURES

RADIODIAGNOSTIC LIPIODOLÉ. — INTERVENTION

PAR MM.

H. ROGER — Professeur de clinique neurologique
L. IMBERT — Professeur de clinique chirurgicale
A. DARCOURT — Radiologiste des hôpitaux

DE MARSEILLE.

A l'heure où on discute les indications et les avantages de la méthode de Sicard (injection sous-arachnoïdienne de lipiodol) pour le diagnostic des compressions médullaires, nous versons aux débats cette observation, où l'intervention a confirmé les données combinées de la clinique et du laboratoire.

Début par algie scapulaire droite. Quadriplégie spasmodique à évolution lente (cinq ans), à prédominance droite, avec Brown-Séquard (en particulier dissociation syringomyélique gauche) et atrophie du membre supérieur droit. Hypoesthésie s'arrêtant à la clavicule. Réflexes de défense très vifs, se diffusant au bras droit. Cyphoscoliose dorsale supérieure.

Liquide céphalo-rachidien : syndrome de Froin lombaire, légère réaction méningée du liquide atloïdo-occipital.

Radiographie : Apparence d'élargissement latéral droit de C^4-C^5 et, de profil, images lacunaires occupant le canal rachidien.

Lipiodiagnostic sous-arachnoïdien : Arrêt à C^4 et double traînée le long des faces antérieure et postérieure de la moelle remontant jusqu'à la face antérieure du bulbe.

Intervention : Tumeur intraméningée (petite amande) correspondant à C^3-C^5, adhérente à droite et difficilement énucléable. Morcellement de la tumeur. Petite hémorragie et tamponnement léger. Accélération rapide du pouls. Mort quelques heures après en état syncopal.

Examen histologique : Fibrosarcome.

Corm..., dix-sept ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX. — Père, mère, un frère âgé de quinze ans, en bonne santé. Une sœur morte, jeune, de variole.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Au moment de l'épidémie de 1918, grippe sévère avec troubles délirants assez accusés.

Enfant intelligent ayant fait de bonnes études au lycée interrompues par la maladie actuelle.

Cou congénitalement court, comme d'ailleurs chez la sœur et un grand-père.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Vers l'âge de douze ans, tendance à l'inclinaison de la tête vers le côté droit : attitude assez nette sur les photographies de groupes familiaux prises à diverses reprises depuis lors.

Vers cette époque, *en 1918*, Corm... se plaint de *douleurs lancinantes siégeant dans l'épaule et l'omoplate droites* qui durent plusieurs mois et sont mises sur le compte de la gymnastique scolaire.

En 1919, il accuse une faiblesse du pied droit qu'il tord fréquemment (usure inégale des contreforts de la chaussure). En même temps ou peu après apparaît un léger tremblement du membre supérieur droit pour l'écriture.

En *octobre 1920*, un de nos confrères constate des signes d'*hémiparésie* droite. Il n'y a pas de sucre ni d'albumine urinaires. Le liquide céphalo-rachidien présente une *dissociation albumino-cytologique* (0g75 d'albumine pour une proportion normale d'éléments à la cellule de Nageotte), glucose normal, pas de bacilles de Koch, réaction de Bordet-Wassermann négative. Une radiographie cervicale, face et profil, ne décèle pas de lésion osseuse appréciable.

Dès cette période, l'interruption des études est conseillée.

Vers le mois de mars 1921 apparaît une parésie du membre supérieur gauche, cependant que l'hémiparésie droite s'accentue.

Nous voyons ce malade en consultation avec son médecin le *23 juillet 1921* : cou fléchi et légèrement incliné vers la droite avec cyphose dorsale supérieure à grande courbure sans signes de douleurs rachidiennes provoquées par la percussion vertébrale, mais avec quelques algies cervicales droites spontanées.

Marche possible (le malade a pris le tramway pour venir au cabinet médical), mais difficile : genoux légèrement fléchis, parésie et contracture crurales (sans arthrite), grosse exagération bilatérale des rotuliens et achilléens avec clonus du pied et Babinski.

Du côté des membres supérieurs, dont se plaint surtout ce jeune homme, parésie plus marquée à droite avec contracture et atrophie d'ensemble de ce membre prédominant à la racine (contractions fibrillaires à ce niveau); réflexes vifs. Pas de troubles sensitifs nets, sauf en ce qui concerne le sens stéréognostique, nettement touché à droite.

Pas de troubles de la parole ni de la déglutition. Facies peu mobile.

A noter une plus grande irritabilité du caractère et quelques idées mélancoliques.

On discute les diagnostics de sclérose cérébro-médullaire (cérébrale à cause du début en apparence hémiplégique, médullaire à cause des contractions fibrillaires brachiales droites), de syringomyélie (en raison de la quadriparésie, de la cyphose, mais pas de dissociation des sensibilités, pas de troubles trophiques des extrémités), de sclérose latérale amyotrophique (à cause de l'hyperréflectivité, mais atrophie ne siégeant qu'au membre supérieur droit, sans type Aran-Duchenne).

N'attachant pas assez d'importance au syndrome algique (dont les détails n'ont d'ailleurs été précisés par la famille que deux ans après) et à la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, nous ne nous arrêtons pas assez longuement au diagnostic de compression médullaire, et concluons à celui de *sclérose médullaire diffuse* à type anormal.

Nous ne revoyons ce malade que deux ans après, *fin août 1923*.

Voici son état en *octobre 1923*, époque où nous pouvons l'observer plus longuement :

Sujet de corpulence forte, immobilisé depuis plus d'un an au lit ou sur la chaise longue.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Attitude à peu près immuable, en *extension incomplète à gauche*, en demi-flexion à droite, avec *adduction des deux cuisses* et tendance à l'adduction du pied droit.

Contracture à peu près invincible, surtout pour l'adduction. A certains moments cependant, le malade, après avoir malaxé de sa main gauche les muscles abdominaux, obtient une légère diminution de la raideur qui permet de mobiliser partiellement les segments cruraux; il peut alors, soutenu sous les bras par deux aides, et les chevilles ayant été au préalable bien posées à plat sur le sol, faire quelques pas en pivotant autour de son axe.

Au lit, le membre gauche peut exécuter quelques petits mouvements, le droit reste immobile.

Clonus du pied inépuisable et réflexes rotuliens polycinétiques avec *trépidation épileptoïde* du membre.

Hypoesthésie légère du membre inférieur droit, plus accusée à gauche aux divers modes, surtout à la douleur et aux sensations thermiques : le malade raconte sentir déjà depuis deux ans beaucoup moins les piqûres faites à la fesse gauche.

La recherche des *réflexes de défense*, particulièrement vifs, détermine non seulement le retrait des membres inférieurs, surtout du droit, mais encore un retrait du membre supérieur droit, avec souvent tremblement de ce dernier. A l'occasion des mouvements spontanés du tronc ou du bras gauche, le malade éprouve parfois du retrait des membres inférieurs avec trépidation brachiale droite.

TRONC. — *Cyphoscoliose* cervico-dorsale à grande courbure à sommet correspondant aux Ve-VIe dorsales.

Sphincters. — Très grosse constipation, grande lenteur à uriner (jamais de sondage), pas d'incontinence.

Sensibilité diminuée dans son ensemble avec prédominance

de l'hypoesthésie du type syringomyélique à gauche. *Limite de l'hypoesthésie assez nette au niveau de la clavicule.*

Réflexes de défense s'arrêtant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du mamelon.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — *A gauche*, parésie avec réflexes vifs et contracture légère, permettant tous les mouvements, hypoesthésie légère surtout cubitale.

A droite, *parésie et contracture* en flexion plus accusée, compatibles cependant avec la plupart des mouvements; dans l'attitude du serment, tendance à la main de prédicateur.

Atrophie d'ensemble prédominant à l'épaule et plus encore à l'éminence thénar et aux interosseux. *Réflexes* stylo-radial, bicipital, tricipal *très vifs*, dont la recherche détermine une trépidation épileptoïde du membre. Tout effort musculaire de ce membre (ou des autres membres) entraîne la même trépidation épileptoïde ; de même toute excitation cutanée du bras. *Signe de l'adduction du pouce* par chatouillement palmaire très positif. Hypoesthésie du membre prédominant à la région cubitale.

COU. — Court, courbé en avant et un peu incliné à droite, peu mobile. Aucun point douloureux à la percussion directe des vertèbres ou par la percussion du crâne. Pas de douleur spontanée. Pas d'atrophie musculaire. Sensibilité normale. Implantation basse des cheveux.

FACE. — Pas de paralysie.

YEUX. — Normaux, pupilles égales, régulières et contractiles.

INTELLECT. — Intact; caractère un peu anxieux et mélancolique.

ETAT GÉNÉRAL. — Bon. Adipose généralisée. Cœur et poumons normaux. Bon appétit, pas de troubles dyspeptiques. Pas d'albumine ni de sucre urinaires. Pas de fièvre.

En résumé, quadriplégie spasmodique : prédominante à droite avec dissociation syringomyélique gauche (Brown-Séquard) ; limite des troubles sensitifs au niveau de la clavicule, hypoesthésie cubitale bilatérale prédominant à droite. Réflexes de défense particulièrement vifs, diffusant au membre supérieur droit. Atrophie de ce membre, surtout de la main ; signe de l'adduction du pouce. Cyphose dorsale supérieure.

Pareil syndrome ne pouvait guère être attribué qu'à une compression de la moelle cervicale.

Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par la *ponction lombaire* :

Liquide *fortement xanthochromique, coagulé en masse* quand il arrive au laboratoire : hyperalbuminose de 3g60, un leucocyte par millimètre cube.

Le *liquide extrait par ponction atloïdo-occipitale* montre une hyperalbuminose légère, 0g50, et une lymphocytose discrète, 8 lymphos par millimètre cube.

Quel est le SIÈGE exact de cette compression médullaire?

La *limite supérieure* (arrêt des troubles sensitifs au niveau de la clavicule) correspond au IVe segment cervical. La *limite inférieure* est plus difficile à établir : la compression paraît ne pas descendre au-dessous de C^5 (réflexes de défense étendus au membre supérieur droit).

La compression siège plutôt à *droite* : algie cervicoscapulaire droite initiale, atrophie musculaire brachiale droite, prédominance hémiplégique droite opposée à l'hémihypoesthésie algothermique gauche.

Elle est *vraisemblablement intraméningée*, en raison de son peu d'étendue et de la prédominance unilatérale des lésions.

Ces données auraient sans doute suffi à poser une indication opératoire nette. Quelques hésitations pouvaient cependant provenir du fait de l'atrophie, il est vrai peu accusée, du membre supérieur droit, à type périphérique, pouvant faire supposer une participation de C^7, et du fait de la limitation des réflexes de défense au tronc à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la ligne mamelonnaire, soit aux segments D^2-D^3.

Il n'était donc pas inutile de vérifier le diagnostic clinique par les méthodes de laboratoire : radiographie, injection de lipiodol.

RADIOGRAPHIE. — Colonne dorsale et lombaire normale. Pas de réduction numérique cervicale, malgré le cou congénitalement court.

Les radiographies cervicales (dr. Darcourt) montrent :

1° *De face* : une apparence d'élargissement, un peu flou, des masses latérales droites des vertèbres C^4-C^5.

2° *De profil* : L'image assez curieuse, se projetant sur



CALQUE I. — *Radiodiagnostic*.

les images des lames vertébrales et paraissant occuper la cavité rachidienne, de *trois ombres*, à contours irréguliers, mais nets, ovalaires à grand axe vertical plus sombre (sur le film) que le tissu osseux s'échelonnant de C² à C⁶. La première, au niveau de l'axis et la seconde, plus petite, au niveau de C³, n'occupent pas tout le canal. La troisième, la plus grande, se profile de C⁴ à C⁶ et paraît déborder en arrière le canal rachidien, empiétant sur la base des apophyses épineuses.

La concordance de ces ombres sur trois clichés, prises à plusieurs jours d'intervalle, exclut l'hypothèse d'un défaut de la plaque.

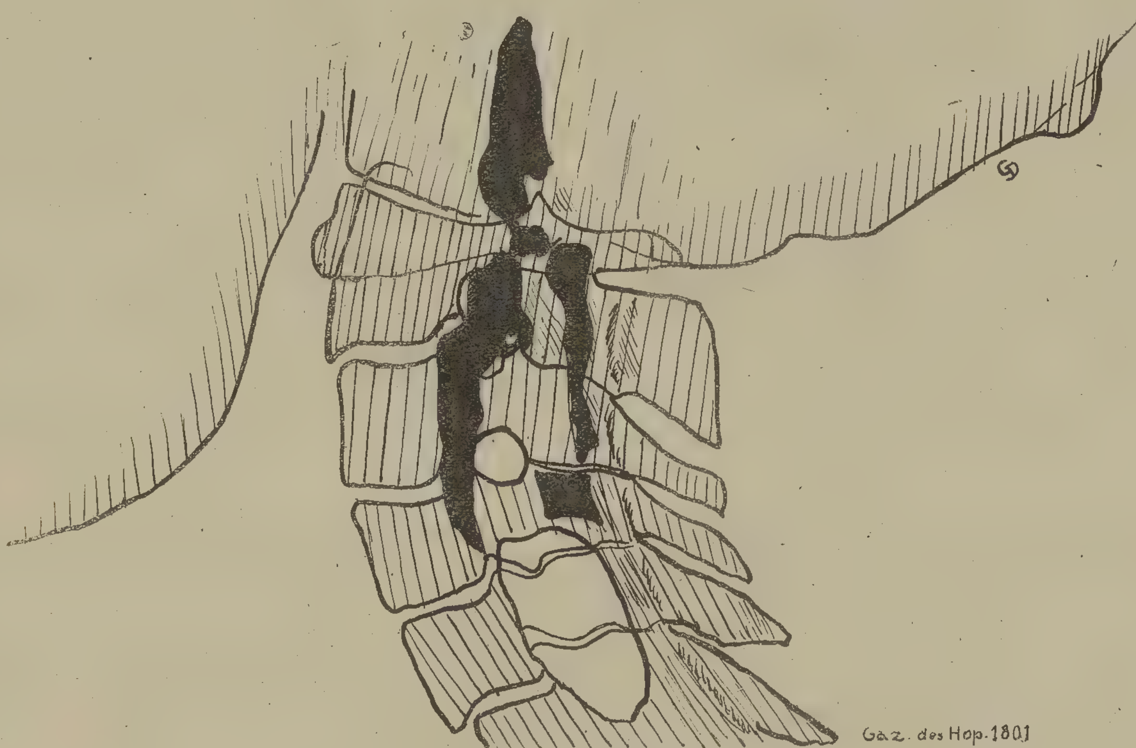
Elles sont d'interprétation délicate : elles paraissent traduire une raréfaction osseuse, une destruction partielle unilatérale des lames, probablement du côté droit (en raison de la prolifération des masses latérales droites aperçue sur le cliché de face), sans doute par une néoplasie méningée à début latéral. Les hypothèses de kyste hydatique méningé, de gliome kystique intramédullaire sont discutées et rejetées.

Pour expliquer ces trois images, il faudrait admettre, ou trois néoplasies distinctes, ou plutôt une néoplasie étendue avec trois foyers destructifs osseux, échelonnés de C² à C⁶, ce qui ne correspondrait pas à la localisation clinique.

Lipiododiagnostic. — Pour plus de précisions, on pratique l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien.

Ponction atloïdo-occipitale sur la ligne médiane, soustraction de 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien pour servir à l'analyse du liquide céphalo-rachidien suslésionnel (1), puis injection d'un centimètre cube et demi de lipiodol sont faites sans incidents. Les radiographies sont prises quelques heures après.

De face, le lipiodol dessine une colonne médiane continue, s'étendant de C⁴, où elle s'étale légèrement, jusqu'au-dessus du trou occipital, mais n'occupant pas toute la largeur du canal rachidien.



Calque II. — *Lipiododiagnostic.*

De profil, le lipiodol se divise en deux traînées de longueur et d'épaisseur inégales. L'antérieure (au ras des corps vertébraux) va de C⁴, où elle s'amincit, jusqu'au-dessus du trou occipital (à la hauteur du conduit auditif externe) où elle se renfle, avec interruption au niveau de l'axis. La postérieure (à la base des apophyses épineuses) va de C¹ à C⁴ ; beaucoup plus mince que l'antérieure, elle ne s'élargit qu'à ses deux extrémités.

En ce qui concerne leurs rapports avec les images lacunaires précédemment décrites, toutes deux s'arrêtent au-dessus de l'ombre inférieure volumineuse ; elles encadrent la moyenne ; la traînée lipiodolée antérieure masque partiellement l'ombre lacunaire supérieure.

Le *lipiodol s'est donc arrêté au-dessus de* C⁴, par suite d'un obstacle vraisemblablement néoplasique ; il s'est étalé sur les faces antérieure et postérieure de la moelle qu'il délimite, *et est remonté jusqu'à la face antérieure du bulbe.*

L'injection du lipiodol est suivie de quelques douleurs légères cervico-scapulaires droites et d'une réaction thermique à 38°3 le lendemain, 37°6 le surlendemain.

Pour éliminer d'une façon plus sûre le diagnostic de kyste hydatique, nous faisons pratiquer par MM. Ranque et Senez une *réaction de Weinberg* du sang qui est négative, et une formule leucocytaire, polys neutrophiles-76, éosinophiles-1 ; grands monos-5 ; moyens monos-11, lymphos-7.

En présence de ces signes de tumeur primitive des méninges paraissent occuper les segments C⁴, C⁵, une opération est décidée, dont on ne néglige pas d'indiquer le danger à la famille, en raison de la localisation cervicale haute.

Intervention, le 11 novembre 1923 (professeur Imbert). Anesthésie à l'éther. Malade en décubitus latéral.

Laminectomie de C² à C⁶, qui montre des lames normales tant du côté droit que du côté gauche.

Pas de lésions extraméningées. A la palpation à travers la dure-mère, on sent une *masse indurée correspondant à* C³ C⁴ C⁵.

Incision de la dure-mère : *tumeur du volume d'une petite amande* occupant tout le fourreau méningé, sauf la partie inférieure où l'on reconnaît le ruban médullaire fortement comprimé, et la partie supérieure où on aperçoit une petite plaque méningée blanc ocre de consistance un peu dense ; — tumeur solide, qui, en raison de ses dimensions et de ses adhérences, surtout à droite, n'est pas énucléable et qu'on enlève par morcellement. Une hémorragie en nappe gêne

(1) Cette soustraction n'est pas habituellement à recommander dans l'épreuve du lipiodo-diagnostic pour deux raisons : décompression parabulbaire pouvant entraîner un état syncopal passager, — surtout danger d'accolement des feuillets méningés sous-jacents, gênant la descente du lipiodol. Ici, elle n'avait aucun inconvénient, étant donnée la dilatation du lac sous-arachnoïdien immédiatement sus-jacent à la compression.

beaucoup et nécessite, pendant quelques instants, un léger tamponnement.

L'accélération du pouls et le fléchissement cardiaque obligent à terminer rapidement l'intervention.

Dans l'après-midi, on continue les injections d'huile camphrée, d'adrénaline, de sérum glucosé. Le malade a parfaitement repris connaissance. Mais un nouvel état syncopal l'emporte à 7 heures du soir.

L'autopsie, même partielle, n'a pu être réalisée (malade opéré dans une maison de santé).

Examen histologique (Dr M. Lagarde). — Tumeur constituée par des faisceaux fibrillaires assez riches en noyaux enroulés par endroits sur eux-mêmes en tourbillons, et se présentant sous des incidences variables. Par places, orifices de tailles inégales et de formes variées, représentant des conduits sanguins, le plus souvent gorgés de globules.

Les faisceaux fibrillaires sont constitués par des éléments à protoplasma allongé, fusiformes, pourvus de noyaux ronds ou ovoïdes. On note d'assez nombreuses irrégularités de ces noyaux, leur bourgeonnement, leur atypie, constatations en faveur d'une malignité relative de la néoplasie.

En résumé, *fibrosarcome*.

Divers points de cette observation méritent d'être mis en lumière.

1. Particularités cliniques. — a. *Difficulté du diagnostic de compression médullaire arrivée cependant à un certain stade évolutif.* — Il y a deux ans, le diagnostic de compression médullaire ne s'imposait pas, quoique le début remontât déjà à trois ans. Les troubles de la sensibilité objective étaient peu nets, et la dissociation albuminocytologique ébauchée A l'heure actuelle, après le rapport de Foix et les communications de juin 1923 à la Réunion annuelle de neurologie consacrée aux compressions médullaires, nous ne saurions attacher plus d'importance à cette dissociation ainsi qu'aux algies du début, oubliées même du malade et qu'un interrogatoire orienté dans ce sens nous a fait seul retrouver, lors de notre second examen deux ans après.

Si, dès cette époque, nous avions eu à notre disposition la méthode du lipiodol rachidien, il est vraisemblable qu'elle nous eût permis un diagnostic assez affirmatif pour poser l'indication opératoire. L'intervention, faite sur une tumeur moins volumineuse, aurait eu plus de chance de succès.

Lorsque nous avons revu, deux ans plus tard, le malade, le diagnostic était plus facile. Nous ne reviendrons pas sur la discussion concernant le siège de la compression, que nous avons envisagé au cours de l'observation clinique.

b. *L'extension des réflexes de défense.* — Une excitation cutanée des membres inférieurs, ou même d'une autre partie du corps, détermine un retrait, et parfois de la trépidation épileptoïde, du membre supérieur droit. Froment a récemment insisté sur cette extension des réflexes de défense.

c. *Le syndrome de Brown-Séquard fruste* (prédominance droite de l'hémiparésie, hémihypoesthésie gauche surtout marquée pour les sensations thermiques et douloureuses), réalisé assez nettement par cette tumeur méningée.

d. *La cyphoscoliose dorsale supérieure*, rare dans les compressions médullaires, et qui, dans ce cas où il existait une hémidissociation syringomyélique de la sensibilité, aurait pu en imposer pour un gliome intramédullaire.

2. Liquide céphalo-rachidien. — La constatation d'un *syndrome de Froin* est devenue banale au cours des compressions médullaires ; mais il ne faut pas attendre son apparition pour porter pareil diagnostic. Une dissociation albuminocytologique nette (0,75 d'albumine pour un chiffre normal de leucocytes) aurait dû nous faire chercher plus à fond les signes compressifs.

Une mention doit être réservée à l'examen du liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction atloïdooccipitale. Comme Sicard, Foix, divers auteurs l'ont constaté, et, comme nous avons pu le vérifier dans quelques cas, le *liquide céphalo-rachidien prélevé au-dessus d'une lésion compressive*, mais à son voisinage immédiat, sans être aussi altéré que le liquide sous-lésionnel (liquide de stase en vase clos) montre souvent de légères lymphocytose et albuminose, témoins du processus méningé sous-jacent.

3. Radiographie. — Celle-ci a montré, sur la vue de profil, des *ombres un peu curieuses*, se projetant sur la cavité rachidienne, que nous avons longuement décrites. Nous avions cru pouvoir les rapporter à une usure unilatérale des lames vertébrales. Or, celles-ci ne se sont pas montrées lésées lors de la laminectomie. L'absence d'autopsie ne nous permet pas d'en fixer l'exacte interprétation.

4. Epreuve du lipiodol sous-arachnoïdien. — Faite suivant la méthode de Sicard au niveau de la fente atloïdooccipitale — ici d'ailleurs on ne pouvait la faire plus bas — l'injection n'a déterminé d'autre réaction que le réveil passager de quelques douleurs cervico-scapulaires et une élévation thermique d'un degré à un degré et demi durant quarante-huit heures. (Habituellement nous n'avons guère constaté que sept à huit dixièmes, parfois un degré, pendant moins de vingt-quatre heures.) Cette différence tient peut-être au siège parabulbaire.

L'obstacle étant haut situé, au niveau de C^4, le lipiodol s'y est nettement arrêté. Mais ne trouvant pas assez de place pour s'étaler, il remonte en avant et en arrière de la moelle qu'il engaine : en arrière, il ne dépasse pas le trou occipital, en avant il s'élève jusqu'à la face antérieure du bulbe, sans provoquer de réaction du côté de l'hypoglosse ou des autres nerfs bulbaires.

L'épreuve lipiodolée rachidienne a fort bien rempli sa tâche, ici comme dans bien d'autres cas où nous avons eu l'occasion de l'employer. Elle a confirmé les données de la clinique et précisé le siège de cette tumeur.

5. Intervention opératoire. — Celle-ci conduit sur une néoplasie intraméningée localisée aux segments C^3-C^5, indiqués par la clinique et le lipiododiagnostic.

La tumeur est plus adhérente à droite, où sans doute elle a pris naissance, comme le faisaient prévoir les symptômes d'algie scapulaire droite, d'atrophie brachiale droite et le syndrome de Brown-Séquard avec hémihypoesthésie gauche.

Les dimensions de la tumeur (petite amande), ses adhérences et surtout le voisinage du bulbe contre-indiquent une extirpation en bloc, dangereuse par son tiraillement sur les centres vitaux. Mais le morcellement entraîne une hémorragie en nappe fort gênante pour l'opérateur et qui nécessite pendant quelques instants le léger tamponnement qui, dans cette région, n'est pas lui aussi sans danger.

Bientôt surviennent des accidents tachycardiques et hypotenseurs qui obligent à terminer rapidement l'intervention.

Leur reproduction, quelques heures après, est la cause de l'*exitus*.

Ces tumeurs cervicales supérieures sont malheureusement, à cause du voisinage des centres bulbaires, celles des néoplasies médullaires dont le pronostic opératoire reste le plus sombre.

ACTUALITÉS

LE MÉDECIN ET LES HUMANITÉS

Les batailles livrées pour la réforme de l'enseignement secondaire ne sont pas encore terminées; nous sommes même très loin de leur fin, car, si notre ministre de l'Instruction publique a essayé de réparer les graves erreurs de la loi de 1902, il faut s'attendre à ce que son successeur donne un coup de barre en sens inverse et revienne à la multiplication des équivalences pour achever la ruine d'une élite intellectuelle pourtant plus nécessaire que jamais.

La question fondamentale est de savoir si une société doit être hiérarchisée. Nulle personne de bon sens n'en peut nier la nécessité. Mais la démocratie s'occupe d'autre chose. Ayant inscrit le principe d'égalité dans son Evangile, elle est tenue de tout niveler : l'enseignement comme le reste, et de ne tenir compte que du nombre, c'est-à-dire des médiocres. Elle accueille les techniciens, parce qu'elle ne peut absolument pas s'en passer; mais la technique est à la portée de tout le monde. Si utile qu'il soit, un bon contremaître ne saurait remplacer le savant; il peut perfectionner un procédé ou un outil, exécuter à la perfection, grâce à l'habitude, une manœuvre difficile; il ne peut être ni un animateur, ni un découvreur, car on n'a pas développé en lui, par une éducation spéciale et appropriée, la faculté de juger critiquement du rapport réel des choses. C'est justement parce que l'élite intellectuelle possède cette faculté que les démocraties s'en méfient, moins peut-être en raison du démenti que, par sa seule existence, cette élite donne au principe d'égalité, que parce qu'elles craignent d'y trouver les adversaires les plus autorisés des idées absurdes qui servent de base à leur propagande parmi la foule. Voilà pourquoi les démocraties, loin de favoriser la formation d'une élite, y mettent obstacle ou la rendent si difficile qu'on cesse bientôt de s'en préoccuper. Et pourtant, comme l'a montré J. Izoulet, la valeur d'une nation se mesure à l'importance de son élite. A voir la prépondérance croissante du monde ouvrier et des métiers manuels, il est à redouter que la culture classique soit prochainement en péril et que la généreuse initiative de M. L. Bérard n'ait que de courts lendemains.

* * *

Quoi qu'il en soit, le médecin a un grand intérêt au maintien de cette culture et à y participer. Cependant certaines personnes sont assez disposées à ne plus voir en lui qu'un technicien dont le rôle se bornerait à employer des instruments et des procédés de diagnostic, à en enregistrer les résultats conduisant automatiquement à un certain traitement. Dès lors, à quoi lui serviraient les « Humanités »? On n'a point besoin d'avoir lu et médité le « Banquet » de Platon ou les « Lettres à Lucilius » de Sénèque pour faire une radiographie, une analyse de sang ou une culture de microbes, pour pratiquer une ponction ou injecter un sérum. Dans un rapport adressé au ministre de l'Instruction publique, au nom du Comité de la Corporative des étudiants en médecine de Paris, le docteur Mordagne proteste contre cette interprétation fausse et dangereuse de la fonction du médecin. Ce dernier, comme tous ceux qui pratiquent une science ou un art, a besoin, certes, d'être un bon technicien, mais il doit posséder d'autres qualités et des plus éminentes que, seules, peuvent lui conférer l'éducation classique. Les Humanités, on l'oublie trop souvent, ont pour but essentiel, non point d'apprendre le latin et le grec, moins utiles dans la vie quotidienne que l'anglais ou l'allemand, mais d'initier à une discipline, à une méthode de travail qu'aucune autre connaissance ne saurait fournir plus parfaite pour nous, attendu que la pensée gréco-romaine est à la base même de notre mentalité historique. Il ne faut pas méconnaître que l'enfant, en se familiarisant avec Athènes et avec Rome, retrouve les étapes qu'a suivies l'âme de sa race et réveille les souvenirs inconscients que l'hérédité lui a transmis. Notons-le : il s'agit ici bien moins de faits du passé que de certaines dispositions intellectuelles et morales, lentement acquises au cours de l'histoire, et dont l'état mental actuel n'est que l'aboutissant. Comme le disait A. Comte, les morts parlent par notre bouche bien plus que les vivants. Or, il n'est pas de méthode pédagogique plus logique et plus fructueuse que celle qui consiste à enseigner à l'enfant la période de la culture humaine qui correspond à son âge. La loi de Serres-Muller est vraie en tout; de même que l'ontogénèse de l'homme reproduit la phylogénèse de son espèce, ainsi le développement psychologique de l'enfant rappelle celui de ses ancêtres. C'est pourquoi l'enfant vit si intensément au contact des temps périmés; sa sensibilité perçoit bien mieux que la nôtre la beauté des mythes et des légendes, car elle en forge elle-même, et sa raison naissante sait dégager, de la vie des grands hommes de l'Antiquité, des mœurs qu'on lui raconte, des institutions qu'on lui décrit, ces règles élémentaires de la conduite qui, désormais incorporées à son esprit, le guideront presque inconsciemment tout le long de son existence. C'est pourquoi aussi, à mesure que l'enfant grandit, que s'installe l'adolescence, l'éducation le rapproche progressivement de l'époque contemporaine, jusqu'à ce qu'enfin elle y aboutisse, au terme des études classiques, mettant le jeune homme à même de vivre complètement notre vie, de la comprendre et d'en profiter, parce que, ayant lui-même revécu toutes les étapes du développement de sa race et profitant ainsi d'une expérience accumulée, il se trouve dans les meilleures conditions pour saisir les raisons de ce qui est et de ce qui se fait, juger des circonstances qui surviennent d'après les règles morales et esthétiques et, à chaque instant, y adapter son comportement. Désormais, il est l'homme apte à tout apprendre, parce qu'il possède la méthode qu'a employée la recherche humaine, luttant, génération après génération, pour la maîtrise du monde; et il est l'homme capable de tout réussir, parce qu'il a constaté, au cours de la tragédie des siècles, que ce qui l'emporte ce n'est ni la force brutale, ni même l'esprit brillant et souple, mais la fermeté du caractère.

Rien de pareil avec l'enseignement moderne ou primaire supérieur. Ici, l'enfant ne reçoit que la connaissance à son terme actuel, quelque élémen-

taires que soient les premières notions fournies; il n'en voit pas les sources; il n'en suit pas les progrès; certes, on lui apprend l'histoire, mais il n'y participe pas; le panorama se déroule et il le trouve plus ou moins magnifique, mais il ne se reconnaît dans aucun des personnages qui successivement défilent sous ses yeux. Cette culture, si étendue qu'elle semble, reste primaire et livresque, c'est-à-dire dépourvue de la force mouvante et de l'expérience acquises au contact intime de la pensée des hommes qui ont créé la civilisation dont nous jouissons et la société à laquelle nous appartenons. L'adolescent ayant reçu cet enseignement se trouve dans la situation de l'individu qui, destiné à passer son existence dans un certain pays, se contente de feuilleter les ouvrages et de regarder les images qui le concernent, alors que celui dont l'éducation a été classique, sans négliger ce travail, s'y prépare en interrogeant ceux qui ont vécu dans ce pays et en se familiarisant avec leurs pensées. Lequel des deux a reçu la meilleure préparation?

*
* *

Assurément la culture classique n'est pas destinée à toutes les intelligences, et il s'en faut que les jeunes gens qui le reçoivent puisse en profiter également. Seule, une élite, et c'est ce qui permet sa sélection, est apte à en tirer le plus grand profit. Or, le médecin doit appartenir à cette élite, attendu que son rôle devient essentiel dans la société et dans l'Etat. Même le praticien de la campagne la plus sauvage, le toubib du poste le plus avancé dans la brousse ne peut se contenter d'être un bon technicien, sachant poser un diagnostic et instituer une thérapeutique. C'est beaucoup sans doute, ce n'est pas assez; il a, en effet, toujours affaire à des hommes, et il faut qu'il les connaisse pour pénétrer leur état d'âme, s'imposer à eux, leur inspirer cette confiance sans laquelle il n'y a ni sécurité des renseignements, ni garantie que le traitement sera scrupuleusement suivi. Bien mieux encore : le médecin a souvent des décisions graves à prendre, quand il s'agit d'un mariage ou d'une grossesse, d'une déclaration ou d'un internement, et de lourds secrets à garder; il a des difficultés à vaincre, des désespoirs à calmer, des passions à assagir, des préjugés à combattre et, sous peine d'être inférieur à sa tâche, il est dans la nécessité de triompher de tout, car il a la charge des corps et des âmes. Et quand il a ainsi dépensé sans compter sa science, ses forces, sa charité, il doit encore intervenir auprès des Pouvoirs publics pour démolir les routines ou encourager les innovations et défendre la santé de tous contre les intérêts mal compris de quelques-uns. Et cet homme, ce médecin, à qui la société demande plus qu'à aucun autre, il ne faudrait pas le préparer par une éducation qui sélectionne les meilleurs, de telle sorte que s'il n'apparaît pas parmi les célèbres et les illustres, il demeure au moins toujours à la hauteur de la mission qu'il a librement choisie? Aussi, M. Mordagne, dont je citais tout à l'heure le rapport, a-t-il bien raison de s'opposer à toutes ces équivalences du baccalauréat classique, lequel doit seul ouvrir la carrière, parce qu'elles introduisent dans le corps médical des gens pleins de bonne volonté, mais mal préparés à la tâche qui leur incombera. C'est là une erreur et une faute : le niveau moral baisse et la profession se déconsidère — nous en avons des preuves sous les yeux — et finalement c'est le public, moins bien soigné parce que moins confiant, qui pâtit de cette défaillance.

Beaucoup de gens le comprennent à présent, qui discernent le rôle puissamment éducateur des Humanités. Imposons cette culture préparatoire à tous ceux, sans exception, qui veulent embrasser la carrière médicale et l'exercer chez nous, afin que la profession continue d'y former une élite, entre toutes admirable par son savoir, sa dignité et son abnégation.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1924)

Occlusion intestinale postappendiculaire. — M. Roux-Berger, à propos de la communication faite dans l'avant-dernière séance par M. Mathieu, rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-six ans opéré d'urgence pour une appendicite perforée avec péritonite purulente. Vingt jours après, il présente des phénomènes d'occlusion intestinale. Laparotomie médiane, adhérences nombreuses du grêle, iléostomie, insuccès.

Dans une nouvelle intervention, il fallut réséquer 20 centimètres d'intestin et faire une anastomose termino-terminale.

De nouveaux accidents d'occlusion nécessitent une troisième intervention. Guérison.

M. Sauvé, sur le même sujet, apporte deux cas. Le premier concerne un jeune soldat atteint d'appendicite avec des troubles d'occlusion. Appendicectomie. Trois jours après, vomissements, mais le malade rend encore des gaz; le onzième jour, état très grave, presque désespéré. Fistule intestinale. La situation s'améliore. Le malade se remet. Nouveaux accidents graves. M. Sauvé se contente d'établir une fistule intestinale, guérison.

Deuxième cas : malade ayant un passé gastrique. Appendicite avec syndrome d'occlusion intestinale. Excision de l'appendice qui est rempli de pus. Occlusion, fistule intestinale, guérison. Ces cas d'occlusion d'origine appendiculaire sont rares. Dans les cas désespérés, la fistule intestinale peut sauver les malades.

M. Auvray apporte au débat deux cas d'occlusion post-appendiculaire. 1° Femme opérée le 26 janvier; appendicectomie difficile, éraillure du cæcum, drainage. Huit jours après, vomissements, occlusion intestinale. Laparotomie médiane : la portion terminale de l'iléon est coudée en canon de fusil. Libération. Guérison.

Dans un second cas, l'obstruction était causée par des adhérences. Il serait utile dans ces cas de recourir à l'exploration dont a parlé M. Lardennois. Dans ces formes graves d'appendicite, il vaudrait mieux recourir d'emblée à l'incision médiane.

M. Auvray insiste sur l'allure chronique que présentent ces occlusions. Aussi croit-il que les lésions causales de ces occlusions sont généralement antérieures à l'appendicectomie.

Abcès sous-phrénique. Rachianesthésie suivie de mort. — M. Dujarier rapporte l'observation d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué une pleurésie gauche. Après plusieurs vomiques, M. Dujarier résèque une côte, trouve la plèvre oblitérée. Il ne trouve aucune collection. Il draine. La radioscopie montre cependant nettement une collection. Nouvelle intervention sous rachianesthésie. Mais la respiration s'arrête, syncope cardiaque. Injection intracardiaque d'adrénaline. Mort. A l'autopsie on trouva une collection purulente sous-diaphragmatique. Le diagnostic était difficile. La mort, ajoute M. Dujarier, a été due certainement à la rachianesthésie.

M. Chifoliau a recours à la rachianesthésie depuis 1901. Etant dans le service de son maître Tuffier, il a commencé

avec la cocaïne, puis ensuite avec la novocaïne. Sur un chiffre de plus de 2.000 anesthésies rachidiennes, il n'a eu à déplorer aucune mort et il n'a pas constaté de grands accidents. Il a observé toutefois quelques cas de paralysies momentanées, un cas de réaction méningée, etc., il a constaté que les effets de la rachianesthésie sont très variables suivant les sujets. Il a une tendance à y renoncer pour les opérations au-dessus de l'arcade crurale. Enfin la rachianesthésie lui semble contre-indiquée chez les grands choqués, chez les sujets à tension artérielle basse. Dans ces cas il a recours au protoxyde d'azote qui lui donne d'excellents résultats.

M. BARTHÉLEMY apporte deux cas de mort par rachianesthésie. Il s'agissait de cure radicale de hernies. L'un de ces malades est mort de méningite. L'autre est mort subitement. M. Barthélemy a fait des expériences sur le cadavre qui montrent que le liquide injecté dans le canal médullaire monte jusqu'au bulbe.

M. GRÉGOIRE a observé un cas d'épanchement sous-diaphragmatique analogue à celui de M. Dujarier. La radiographie avait montré qu'il existait quelque chose. Résection de la dixième côte. Ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz qui donne du pus. Incision. Guérison.

M. HARTMANN, à propos de l'observation de M. Dujarier, cite le fait d'un malade qui, au cours d'une anesthésie par l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne, est pris de cyanose et meurt malgré une injection intracardiaque d'adrénaline. L'autopsie a montré qu'il existait une hypertrophie du thymus.

M. DELBET a eu connaissance de deux morts au cours d'anesthésies par l'éther. Dans ces deux cas il y avait hypertrophie du thymus.

Incontinence urinaire essentielle. — M. BROCA fait un rapport sur une observation adressée par MM. Wilmoth et Lagraux dans laquelle il s'agit d'une incontinence dite essentielle due à une lésion rachidienne révélée par la radiographie. Injection intrarachidienne de lipiodol, arrêt de l'incontinence d'urine qui se maintenait depuis deux mois. M. Broca ajoute qu'il y a des cas similiaires dans lesquels l'injection de lipiodol reste inefficace.

M. DELBET estime que l'injection de lipiodol est un bon moyen de diagnostic, mais qu'elle n'a jamais d'effet thérapeutique.

Faux croup d'origine staphylococcique. — M. BAZY analyse un travail de M. Brisset (de Saint-Lô). Ce travail est basé sur une dizaine d'observations dans lesquelles il s'agit d'enfants présentant tous les symptômes du croup, tirage, asphyxie, etc., on fait la trachéotomie, car les injections de sérum antidiphtérique sont restées sans résultat. Il s'agissait, dans ces cas, de faux croups d'origine staphylococcique.

Le vaccin antistaphylococcique amène la guérison de ces malades en quelques heures.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1924)

Dilatation bronchique de l'enfant étudiée par le lipiodol. — MM. ARMAND-DELILLE, DUHAMEL et MARTY présentent des radiographies et images stéréoscopiques d'un cas de volumineuse dilatation des bronches multiple du poumon gauche. Après injection de lipiodol on voit dans la position horizontale deux larges taches obscures dont les limites se confondent, mais en position verticale on voit une série d'ombres en croissant à concavité supérieure disposées en branche de glycine qui permet de se rendre compte que le liquide s'est déposé au fond de chacune des cavités bronchiques et détermine ainsi l'étendue de la lésion.

MM. ARMAND-DELILLE et Robert LÉVY présentent des radiographies après lipiodol d'un autre cas de dilatation bronchique. On observe également en position horizontale des ombres de la dimension d'un grain de raisin, au nombre d'une vingtaine, disposées autour de la bronche inférieure gauche ; en position verticale, on voit le même aspect en petit croissant, mais les limites des bronches dilatées sont nettement définies. Ce cas permet d'interpréter le mode de production des grosses cavités de l'observation précédente.

Chorée suivie d'encéphalite et de syndrome parkinsonnien. — MM. LESNÉ et BARUK présentent un malade de dix-sept ans atteint d'un syndrome parkinsonnien typique qui est apparu à la suite d'une chorée de Sydenham, tout à fait caractéristique, ayant duré deux mois. Succédant immédiatement à la chorée, quelques symptômes d'hypersomnie entrecoupés de périodes d'excitation permettant de rattacher à une encéphalite fruste ce cas de chorée de Sydenham de même que le syndrome de Parkinson.

A propos de la tuberculose pulmonaire chez les fillettes de dix à quinze ans. — M. BARBIER rapporte les résultats de ses tentatives de traitement de la tuberculose pulmonaire à l'hôpital Herold, hôpital situé sur la hauteur, presque à la campagne, muni de galeries permettant la cure en chaise-longue. Outre le repos, le grand air, le traitement a comporté une alimentation riche avec 60 grammes de viande crue par jour, et comme seul médicament la teinture d'iode à haute dose (CL à CC gouttes par jour) qui a toujours été bien tolérée. Il a soigné ainsi des fillettes de dix à quinze ans qui présentent en général des formes graves, à évolution rapide. Il rappelle, à ce propos, les dangers de l'apprentissage (grande fatigue, poussière, alcoolisme) chez des adolescents non sélectionnés. Les résultats sont bons dans l'ensemble. Il n'y a eu que deux cas de mort par hémoptysie foudroyante dans des cas très étendus. M. Barbier présente quatre malades, dont trois peuvent être considérées comme guéries, la quatrième encore en traitement. Il considère comme signes de guérison : 1° La stabilisation de la température; 2° la disparition des bacilles et des crachats ; 3° l'état général florissant ; 4° la disparition des signes stéthoscopiques.

Mais ces guérisons sont instables et on observe des rechutes, si on replonge ces malades dans le milieu parisien. Il faut prévoir pour ces malades l'existence à la campagne avec une profession hygiénique.

Syndrome adiposo-génital avec diabète insipide. — MM. APERT et KERMORGANT présentent un enfant de douze ans et demi, adipeux et polyurique dès le jeune âge. Il présente actuellement la taille d'un enfant de sept à huit ans, et urinait 7 litres par jour. L'antipyrine et l'hypophyse employées alternativement ont fait baisser sa polyurie à 3 litres, mais pas plus bas.

Il présente des troubles de la dentition, ses prémolaires sont tombées et n'ont pas été remplacées, la radiographie les montre dans le maxillaire.

Discussion. — M. LEREBOULLET n'est pas sûr que ce syndrome soit lié à une lésion de l'hypophyse. Les lésions infundibulaires, une méningite hérédospécifique par exemple, peuvent donner lieu et à la polyurie et au syndrome adiposogénital. L'amélioration de la polyurie par l'ingestion d'hypophyse n'est pas une preuve.

M. BABONNEIX est du même avis, il rappelle qu'il a vu, avec Denoyelle, un malade présentant le syndrome adiposo-génital, diabète insipide et névrite optique, dû à une méningite chronique de la région infundibulaire.

Trichotellomanie et taches mongoliques chez une fillette de couleur. — MM. APERT et GARCIN présentent une petite quarteronne qui présentait une alopécie par taches dont on ne pouvait trouver l'origine, quand on découvrit qu'elle s'arrachait les cheveux par poignées et les avalait. Elle présente, en outre, dans le dos des taches mongoliques très étendues et foncées. Ceci est rare chez le nègre et ne se voit, en général, que quand il est mélangé de race jaune, ici, la mère était mulâtresse et le père blanc.

Syndrome de Little chez un hérédosyphilitique avec habitus acromégalique. — MM. LEREBOULLET, LANCE et HUC présentent un garçon de seize ans atteint de syndrome de Little avec démarche spasmodique caractéristique. Né à huit mois, hérédosyphilitique non douteux, il présente, en outre, un habitus acromégalique assez caractéristique avec mains et pieds énormes (il chausse du 44), sans modifications très marquées du crâne et du maxillaire inférieur. La radiographie montre une selle turcique normale et absence des modifications squelettiques des extrémités propres à l'acromégalie.

Ces dystrophies osseuses des extrémités notées dans

diverses observations récentes associées à l'encéphalopathie (Lereboullet et Denoyelle) ou liées à l'hérédosyphilis (Gilbert, Bernard et Talon) doivent être distinguées de l'acromégalie vraie avec lesquelles elles n'ont, d'ailleurs, qu'une ressemblance apparente. Ici, à côté de l'encéphalopathie et de l'hérédosyphilis on relève, d'ailleurs, une influence familiale nette, de même que dans une série d'autres cas publiés antérieurement (Apert, Lereboullet et Denoyelle).

Discussion. — M. BABONNEIX rappelle que certains auteurs nient la présence de la trépidation épileptoïde et des réflexes de Babinski en extension dans l'encéphalopathie. Il est heureux de voir que ces deux symptômes ont été constatés de façon nette chez ce malade.

Un cas d'ectromélie longitudinale intercalaire hémisegmentaire unilatérale. — MM. MOUCHET et RŒDERER. Il s'agit d'un bébé de trois mois dont le membre inférieur droit d'un tiers plus court que le gauche, de volume plus réduit, de forme générale tronc conique, sans articulation intermédiaire, est terminé par un petit pied doué de mouvements actifs en position dirigée en dedans, ne portant qu'un premier et un deuxième orteil syndactiles.

La radiographie montre un fémur réduit dans ses dimensions, mais d'aspect normal, un tibia luxé sur ce fémur et remonté jusqu'à la moitié de la diaphyse de celui-ci, une absence du péroné, de la lignée externe des os du tarse et du métatarse. Ce tibia est fortement incurvé à concavité interne.

Discussion. — M. MADIER rappelle qu'il a publié avec M. Marie un cas d'ectromélie dans lequel il y avait absence du tibia. Avec un fémur se bifurquant à l'extrémité inférieure, si bien qu'on peut se demander si l'une des branches ne représente pas un tibia soudé au fémur.

M. OMBRÉDANNE pense qu'il y a tous les intermédiaires entre ces cas et le genu recurvatum congénital. Le tibia se luxe en arrière du fémur et peut s'y souder.

Atrophie infantile due à l'alimentation par un lait maternel de composition chimique anormale. — MM. RIBADEAU-DUMAS et FOUET. Il s'agit d'un nourrisson atrophique présentant de l'eczéma, des œdèmes. On analyse le lait de la mère qui contient peu de beurre et d'albumine, mais une énorme quantité de lactose. Mis au lait de vache, il guérit rapidement. Les auteurs rappellent que M. Marfan a montré que l'eczéma des nourrissons peut être dû à du lait de femme trop riche en beurre ce qui n'est pas le cas ici.

M. BARBIER, dans ces cas, ne donne pas de lait de vache, mais tente de modifier, par un régime spécial de la mère, la teneur de son lait en beurre.

Note sur la calcémie d'un enfant et de sa mère atteinte de tétanie. — MM. RIBADEAU-DUMAS et FOUET. Il s'agit d'une mère atteinte de tétanie vraie avec hypocalcémie réelle qui voulut allaiter son enfant âgé de trois mois.

Le sang de l'enfant présente une calcémie notable. Mais une teneur formidable en potassium (255 au lieu de 160). Il présentait du cranio-tabes et pas d'hérédosyphilis.

On peut se demander si la présence du potassium n'empêchait pas l'assimilation du calcium d'où le cranio-tabes.

Discussion. — M. DEBRÉ fait remarquer la fréquence actuelle considérable de la spasmophilie observée chez les nourrissons ce qui va bien avec cette opinion qu'elle survient par périodes, selon les saisons.

Il est certain que la teneur du calcium sanguin joue un rôle non discutable dans les tétanies latentes ou avérées.

M. NETTER. Cette observation confirme ce que j'avais observé autrefois que les mères atteintes de tétanie et nourrices ont d'habitude des enfants sans tétanie.

Encéphalite léthargique chez un enfant de trois ans. — M. ESCHBACH (de Bourges) rapporte l'observation d'encéphalite à type léthargique chez une fillette de trois ans. Début par des convulsions : ictus en pleine santé, puis symptômes léthargiques, torpeur, un peu de symptômes méningés, liquide céphalo-rachidien, quarante-quatre lymphocytes par millimètre cube ; puis phénomènes paralytiques variés et passagers, ensuite aphasie absolue pendant huit jours, ptosis, nystagmus, mydriase ; quelques secousses myocloniques. Guérison complète depuis juillet 1923. Traitement intensif avec urotropine intraveineuse, 1 gramme par vingt-quatre heures, pendant deux mois, malgré cuissons vésicales.

Traitement des paralysies diphtériques par des mélanges hyperneutralisés de toxine et d'antitoxine diphtériques. — MM. Jules RENAULT, Pierre PAUL-LÉVY et André RICHET apportent les résultats de leurs essais de traitement de 5 cas de paralysies diphtériques par des mélanges de toxine et d'antitoxine diphtériques. Le sérum antidiphtérique, dans des cas assez nombreux, est impuissant à amener la guérison. Les auteurs, dans l'espoir de provoquer une réaction de foyer capable de libérer la toxine fixée sur la substance nerveuse, ont désiré tenter une véritable vaccinothérapie.

L'emploi de la toxine pure serait dangereux ; l'innocuité des mélanges hyperneutralisés devait engager à tenter ces essais.

Ils ont utilisé deux sortes de mélanges : l'un est le vaccin T + A ordinaire qui contient 1 centimètre cube de toxine et 0cc3 de sérum antidiphtérique ; l'autre contient 1 centimètre cube de toxine et 20 centimètres cubes de sérum.

Les injections ont été uniquement sous-cutanées dans les cas de paralysies diphtériques d'apparence bénigne. Dans un cas extrêmement grave, aux injections sous-cutanées a été adjointe une injection intrarachidienne de mélange toxo-antitoxique.

Chaque enfant a reçu quatre à cinq injections, représentant au total 1.200 à 1.500 unités toxiques. Aucune réaction importante n'a été notée.

Les auteurs pensent avoir écourté la durée des paralysies dans les cas bénins.

Dans une des cinq observations, il s'agissait d'une paralysie extrêmement grave, généralisée, accompagnée de troubles cardio-respiratoires et paraissant devoir se terminer par la mort. En huit jours, tout danger était écarté ; en un mois l'enfant était guéri.

Les auteurs se proposent d'étendre l'usage thérapeutique des mélanges toxo-antitoxiques aux angines diphtériques malignes et aux manifestations diphtériques traitées trop tardivement.

Ils proposent aussi de remplacer les injections préventives de sérum par des injections de mélanges toxo-antitoxiques, joignant ainsi à l'immunité passive de courte durée conférée par le sérum antidiphtérique, l'immunité à longue échéance conférée par la toxine.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des organes génito-urinaires de l'homme (1), par LE FUR. Tome XXII du *Traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Carnot.

L'auteur a complété et remanié cette édition, désormais au courant des publications et travaux les plus récents. Signalons les chapitres suivants dont la lecture mérite d'être complète : les prostatiques jeunes ; les ulcérations simples de la vessie ; les troubles vésicaux d'origine nerveuse ; la vaccinothérapie en urologie, spécialement dans la blennorragie. L'expérience personnelle de Le Fur y est savamment condensée. Tel qu'il est conçu et rédigé cet ouvrage trouvera sa place dans la bibliothèque de tout spécialiste et sera consulté avec fruit par le médecin en quête d'un renseignement précis.

DE BERNE LAGARDE.

Questions de garde d'accouchement (2), par le docteur Emile CAMBON, chirurgien de la maternité des hôpitaux de Marseille.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Marseille vient de publier un recueil de questions de garde d'accouchement dont le docteur Emile Cambon a bien voulu accepter la rédaction. C'est dire avec quel soin et quelle compétence a été rédigé ce recueil qui vient compléter de la façon la plus heureuse la Collection des questions de médecine et de chirurgie publiées par l'Association il y a deux ans.

L. C.

(1) Un vol. de 328 pages et 56 fig. — Paris, Baillière.
(2) In-8. — Prix : 13 fr. — Librairie Carbonnel, 56, allées de Meilhan, à Marseille.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE DUPUYTREN

Dupuytren a décrit, en 1819, une fracture qu'il individualisait à trois points de vue :

Anatomique. — Fracture de la malléole interne à sa base, du péroné à deux pouces et demi de sa pointe.

Pathogénique. — Fracture consécutive à un mouvement d'abduction du pied : la malléole interne est d'abord arrachée par le ligament latéral interne ; puis le péroné se brise par le mécanisme de la flexion.

Clinique. — Ensemble symptomatique traduisant la subluxation du pied en dehors et en arrière, si caractéristique « qu'il crève les yeux par la grossièreté de ses signes » (Trélat).

Les études ultérieures, cliniques, expérimentales, radiologiques, ont montré aux points de vue de :

L'anatomie : La fréquence de lésions osseuses ou articulaires **atypiques** (Dupuytren basse) ou **plus complexes** :

— Troisième fragment, souvent constitué par le tubercule antéro-externe du tibia (Tillaux).

— Diastasis tibio-péronier inférieur (Quénu et Chaput).

— Fragments marginaux antérieur et surtout postérieur (Destot).

La pathogénie : L'extrême complexité du mécanisme, tel que l'expérimentation semble impuissante à le démontrer avec certitude.

La clinique : L'importance d'un examen clinique et radiologique minutieux, pour dépister les **lésions associées**, facteur principal du pronostic.

Anatomie pathologique. — 1° *Fracture de Dupuytren type, geni supra-malléolaire de Quénu.* — *A.* **LÉSIONS OSSEUSES.** — *a.* TIBIA. — **Trait** : A la base ou à la partie moyenne de la malléole, transversal.

Déplacement : Le fragment malléolaire « file » en bas et en dehors.

b. PÉRONÉ. — **Trait** : A deux pouces et demi au-dessus de la pointe de la malléole externe, oblique en bas, en avant et en dedans, pouvant atteindre l'articulation.

Déplacement : Le fragment supérieur reste en place, l'inférieur se déplace en arrière et en dehors.

B. **LÉSIONS ARTICULAIRES.** — *a.* TIBIO-TARSIENNE : L'astragale se subluxe suivant l'axe normal de l'articulation, dirigé de dedans en dehors et d'avant en arrière; elle glisse donc en dehors et en arrière. Hémarthrose importante. Déchirure de la synoviale.

b. TIBIO-PÉRONIÈRE INFÉRIEURE. — Peut être indemne ; tout au plus y a-t-il disjonction, non diastasis qui constitue une complication (Quénu).

C. **LÉSIONS DES PARTIES MOLLES.** — Les **gaines tendineuses voisines** (jambiers, péroniers, fléchisseurs) sont distendues ou parfois déchirées. Delbet a insisté sur l'importance de ces lésions.

La **peau** comprimée par la tranche du fragment tibial supérieur, peut se sphacéler secondairement : d'où ouverture du foyer de fracture.

2° *Fracture de Dupuytren basse, geni sus-génienne de Quénu.* — *A.* **LÉSIONS OSSEUSES.** — *a.* TIBIA : Arrachement soit du ligament latéral interne, soit de la malléole.

b. PÉRONÉ : Trait siégeant au niveau de la jonction tibio-péronière, oblique en bas, en dedans, et en avant, isolant un fragment malléolaire externe ; ce fragment peut ne pas être déplacé; le plus souvent il remonte le long du péroné, avec bascule en dehors et valgus, le fragment supérieur restant accolé au tibia.

B. **LÉSIONS ARTICULAIRES.** — Plus fréquentes que dans la fracture de Dupuytren type.

3° *Lésions associées : fractures avec troisième fragment tibial.* — *A.* FRACTURE CUNÉIFORME DU TIBIA. — Signalée par Tillaux qui l'a observée au cours de ses expériences ; étudiée surtout par Destot (1900). C'est un coin osseux d'épaisseur variable, allant de la grosseur d'un pois à l'épaisseur totale de la surface articulaire, constitué le plus souvent par le tubercule antéro-externe du tibia.

B. FRACTURE MARGINALE POSTÉRIEURE. — De beaucoup la plus fréquente des lésions associées.

Trait : Oblique d'arrière en avant et de haut en bas, aboutissant à l'interligne tibio-tarsien.

Fragment : Très variable ; tantôt minime, tantôt comprenant une partie importante de la face postérieure du tibia, atteignant 4 centimètres de hauteur, 2 centimètres de largeur; tantôt double; tantôt englobant la moitié postérieure de la malléole interne.

Déplacement : Ce fragment peut rester bien coapté; il peut basculer, sa pointe supérieure s'écartant de la face postérieure du tibia ; il peut remonter derrière les deux os de la jambe, produisant une dénivellation de la face articulaire tibiale.

C. FRACTURE MARGINALE ANTÉRIEURE. — Plus rare que celle du rebord postérieur ; le fragment est, en général, beaucoup plus petit.

Physiologie pathologique. — 1° Toute fracture de Dupuytren est une **FRACTURE ARTICULAIRE**, dont les fragments sont revêtus de périoste d'un seul côté, et ne se consolident que très lentement.

2° Les lésions associées déterminent :

A. La destruction de l'**APPAREIL DE DIRECTION**, constitué par les joues de la mortaise : l'écartement permanent des malléoles caractérise le *diastasis* et relève, soit de l'arrachement du ligament interosseux avec le périoste qui recouvre le tibia ; soit de l'interpostion entre tibia et péroné, de fragments parcellaires ligamenteux ou osseux. Il peut se compliquer d'interposition du bord externe de la poulie astragalienne.

B. La destruction de l'**APPAREIL DE SUSTENTATION**, ou pilon tibial, par fracture marginale antérieure ou postérieure. De cette dernière, isolée (Destot) ou compliquée de lésions mortaisiennes libérant la malléole externe par rapport au tibia (Quénu) peut résulter une luxation du pied en arrière. De même, une fracture marginale antérieure peut entraîner une luxation du pied en avant.

Pathogénie et mécanique. — Le mécanisme de la fracture de Dupuytren a été étudié à maintes reprises par des expérimentateurs, qui s'efforçaient de grouper les variétés en remontant à la pathogénie.

DUPUYTREN (1819) attribue toutes les fractures situées au-dessus de la jonction tibio-péronière à un mouvement d'abduction.

MAISONNEUVE (1840) substitue au type de l'abduction de Dupuytren, le type de fracture par divulsion : au cours de la rotation de la pointe du pied, l'astragale appuyant sur le bord postérieur de la malléole interne, et sur le bord antérieur de la malléole externe, fracture les joues de la mortaise.

BONNET (1845), HUGUIER (1848) montrent les premiers combien les facteurs qui régissent la production des lésions osseuses sont complexes.

TILLAUX (1872) découvre le troisième fragment tibial ; il insiste sur la complexité des mouvements forcés nécessaires pour produire une lésion donnée.

Il faut conclure (Quénu), que l'expérimentation est impuissante à reproduire exactement les lésions traumatiques, telles que nous les observons en clinique.

Ces lésions, en effet, résultent de mouvements complexes, rapides et successifs; de plus, elles varient suivant la résistance des ligaments, des gaines tendineuses, le tonus musculaire ; suivant, enfin, la contraction défensive d'un muscle ou d'un groupe de muscles. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — SAMEDI 5 AVRIL 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 5 AVRIL 1924. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Par dérogation aux dispositions de l'article 220 du règlement général sur le Service de santé, les internes de quatrième année appartenant à la promotion entrée en fonctions le 1er juin 1920 et ayant accompli quatre années d'internat, sont autorisés à prendre part aux concours de médecin et chirurgien des hôpitaux qui doivent s'ouvrir respectivement le quatrième lundi des mois de février et mars 1925 à la seule condition qu'ils aient obtenu le diplôme de doctorat en médecine avant le 1er juin 1924.

— Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 31 mars. — MM. Caïn, 17,34; Léon-Kindberg, 17,36; Gautier (Claude), 19,72; Rouillard, 20.

Séance du 1er avril. — MM. Pruvost et Paraf, 20; Mouzon, 19,45; Nathan, 19,63.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 31 mars. — MM. Monod, 25; Moulonguet, 21; Fey et Madier, 26.

Séance du 2 avril. — MM. Girode, 28; de Gaudart d'Allaine, 25; Michon, 23; Maurer et Charrier, 24.

Hôpitaux consignés : Hôtel-Dieu, Charité, Lariboisière, Beaujon et Laënnec.

Prochaine séance 30 avril, à 16 heures, à la Charité.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve clinique.* — Séance du 31 mars. — MM. Bonnet, 17; Durand, 18.

Séance du 2 avril. — MM. Bloch, 19; Bouchet, 18.

Prochaine séance lundi 7 avril, à 9 heures, à Clamart.

— Banquet de l'internat. — Le banquet annuel de l'internat aura lieu le samedi 3 mai, à l'hôtel Lutetia, sous la présidence du docteur Moulonguet (d'Amiens).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place de médecin spécialiste des hospices pour l'électro-radiologie sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le lundi 30 juin 1924.

ASILES D'ALIÉNÉS DES BOUCHES-DU-RHONE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Massad, Gaillard et Bapt.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Grâce à la libéralité de M. David Weill, l'Université de Paris disposera encore cette année de cinq bourses de séjour dans les Universités étrangères de 6.000 francs chacune.

Les docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe se destinant à l'enseignement peuvent adresser leurs demandes au recteur de l'Académie de Paris, avant le 10 mai prochain.

RÉCEPTION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉCOSSAIS. — Comme chaque année à pareille époque cinquante étudiantes et étudiants écossais de la Faculté de médecine d'Edimbourg viennent effectuer un stage dans nos cliniques obstétricales. Fidèle à sa tradition, la section de médecine de l'Association générale des étudiants s'est chargée d'organiser le séjour de leurs camarades et les a reçus à leur arrivée à Paris dimanche soir.

Lundi, à neuf heures du matin, M. le Doyen leur a souhaité la bienvenue en présence de MM. les professeurs Brindeau, Couvelaire et Jeannin, et il procéda ensuite à leur répartition dans les cliniques obstétricales de la Pitié, de Baudelocque et de Tarnier.

La section de médecine offrira aux professeurs et aux étudiants écossais une soirée artistique le jeudi 10 avril 1924.

SECTION DE MÉDECINE DE L'A. — Le bureau de la section de médecine vient d'être renouvelé, il est ainsi composé :

Président honoraire : M. Crouzat; président : M. E. Bloch; vice-présidents : MM. Mathieu et Lieutaud; secrétaires : MM. Hyronimus et Raymond; trésorier : M. Chamalet; bibliothécaires : MM. Cantal, Robin et Goutallier.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ÉLECTION DU PRÉSIDENT GÉNÉRAL. — L'élection du président de l'Association générale des médecins de France aura lieu le *dimanche 27 avril 1924*.

Le président est élu tous les cinq ans par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, convoqués à cet effet dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de chacune des Sociétés locales.

L'élection a lieu par bulletin secret et à la majorité relative des suffrages exprimés.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu le *dimanche 18 mai 1924* dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir aura lieu le *banquet* au palais d'Orsay. En dehors des invités, tous les membres de l'Association peuvent y prendre part en envoyant leur adhésion et le prix du banquet (40 francs), à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (8e), avant le 15 mai.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. (ROME 1924.) — Le Comité italien ne pouvant organiser le Congrès pour la date primitivement fixée, 27 avril, a décidé de le remettre à octobre prochain.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX a décerné le prix Barthe au docteur C. Colbert (de Cambo) pour son livre sur le *Traitement de la tuberculose pulmonaire*.

LIGUE FRANCO-AMÉRICAINE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le mardi 8 avril, à 17 heures précises, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Paul Strauss, ancien ministre de l'hygiène.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs François Bastard (de Pézenas), Eure (de Marvejols), Giuseppe Guarnieri (de Tunis), Raymond Guibal (de Montpellier), Judet de la Combe (de Thiviers), Lacôme (de Samatan), Arthur Lebon (de Maubeuge), F. Leclerc, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon), et A. Vève (de Paris).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les docteurs Metzger, Le Lorier, Ecalle, agrégés, accoucheurs des hôpitaux ; Vaudescal, agrégé ; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, chef de clinique et anciens chefs de clinique ; Réglade, Cerné, chefs de clinique adjoints ; Chomé, assistés de MM. de Manet, Joanny, Vidal et La Burthe, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 7 avril 1924. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Le nombre des auditeurs est limité à 20.

Le nombre des auditeurs étant limité à 20, se faire d'abord inscrire par M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 100 francs.

INSTITUT DU RADIUM. — FONDATION CURIE. — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 28 avril, à 9 heures du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon ; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 5 mai, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

GARIEL (1841-1924).

Que de générations d'étudiants ont tremblé à l'idée de se trouver, au moment d'un examen, en face de Gariel ! Grand et mince, la physionomie sévère avec ses cheveux blancs en brosse, sa moustache et sa barbiche blanches, avec ses yeux vifs et perçants derrière les verres des lunettes, il déconcertait les moins timides.

Et cependant, malgré sa réputation d'examinateur terrible, Gariel était un excellent homme dont la vie toute de dignité et de travail peut être donnée en exemple.

Né à Paris le 9 août 1841, Charles Gariel en sortant de l'Ecole Polytechnique entra dans le corps des Ponts et Chaussées. Professeur de physique et de chimie à l'Ecole des Ponts, il fut attiré par la physique médicale, passa sa thèse de doctorat en 1868, devint agrégé en 1869 et professeur de physique à la Faculté de médecine en 1887. C'est à lui que l'on doit l'organisation de l'enseignement de la physique médicale.

Pendant le cours de cette belle carrière scientifique qui lui permit de devenir à la fois inspecteur général des Ponts et Chaussées et président de l'Académie de médecine, Gariel publia un grand nombre d'ouvrages et de travaux. Citons le *Traité de physique médicale*, le *Traité pratique d'électricité*, des *Etudes d'optique géométrique*, et enfin un nombre considérable d'articles de revues ou de dictionnaires.

Doué d'une grande puissance de travail, Gariel s'occupait encore activement de l'Association française pour l'avancement des sciences ; il fut président de la Société d'hygiène publique, de la Société de Physique, de la Société de Météorologie, et enfin vice-président du Touring-Club de France.

F. L. S.

NOTE DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée................	} *àâ* 15 gr.
Magnésie calcinée..............	
Bicarbonate de soude...........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

RENSEIGNEMENTS

VOULEZ-VOUS UN BON MASSEUR ADROIT ET INSTRUIT ? — Téléphonez à l'Œuvre des masseurs aveugles de guerre, 14, rue Daru (8e), tél. 60-13. Tous ont passé brillamment leur examen devant un jury médical. En faisant travailler ces braves, vous aurez « un as du massage » et vous ferez une bonne action !

REVUE GÉNÉRALE

L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
ET SON TRAITEMENT

Par le docteur DU PASQUIER (de Saint-Honoré),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Tandis que diverses insuffisances organiques avaient, depuis bien des années, attiré l'attention des cliniciens et que l'insuffisance hépatique, rénale, thyroïdienne ou surrénale faisait l'objet de nombreux travaux, il est curieux de constater que l'insuffisance respiratoire est restée longtemps dans l'ombre, et ce n'est qu'à une époque récente qu'on a enfin compris son importance, et que les médecins ont commencé à s'intéresser au fonctionnement de l'appareil respiratoire. Et cependant, la respiration n'est-elle pas la fonction la plus importante de la vie? n'est-elle pas à la base de tous les échanges organiques par l'oxygène qu'elle permet d'absorber? et c'est l'intensité de ces combustions internes qui sert de mesure dans les recherches récentes du métabolisme basal. La proportion de l'oxygène absorbé n'est pas indifférente au bon fonctionnement de l'économie et l'on conçoit facilement à quels troubles multiples et variés peut conduire la carence de cet agent oxydant.

Sous le nom d'*insuffisance respiratoire* nous envisagerons la diminution habituelle de la fonction respiratoire indépendante de toute lésion pulmonaire ou pleurale suffisamment étendue pour limiter mécaniquement le champ de l'hématose. Il faut donc la distinguer de la dyspnée qui n'est qu'une gêne respiratoire momentanée traduisant un trouble circulatoire ou la suppression d'un champ respiratoire plus ou moins étendu.

Cependant, l'absence de lésion n'est pas toujours absolue dans l'insuffisance respiratoire et on peut considérer comme insuffisants respiratoires des sujets chez lesquels le trouble fonctionnel survit à la lésion qui l'a créé, même s'il persiste de cette lésion quelque séquelle chronique, durable, mais trop minime pour entraver par elle-même le fonctionnement pulmonaire. L'insuffisance respiratoire, c'est le déficit de la fonction et non pas de l'organe.

Historique. — L'étude de la respiration resta longtemps dans le domaine de la physiologie de laboratoire avec Claude Bernard, Hutchinson, Paul Bert, Marey, et n'entra dans la clinique qu'en 1890 avec le traité de l'hypohématose de Maurel (de Toulouse). Celui-ci distingua fort bien l'insuffisance respiratoire des adolescents et conseilla son traitement par la rééducation respiratoire. Il n'y a rien à ajouter aujourd'hui à la précision des observations qu'il publia, mais il ne fut pas suivi dans cette voie. Cependant, Joal, vers la même époque, comprit l'intérêt de la spirométrie chez les sujets atteints d'obstruction nasale. Georges Rosenthal, dans sa thèse, en 1900, et dans de nombreux travaux ultérieurs, insista sur l'importance du déficit fonctionnel de la respiration, et systématisa la kinésithérapie respiratoire. Marcel Natier consacra de multiples mémoires à l'insuffisance respiratoire et à son traitement par la gymnastique rationnelle.

Plus récemment, V. d'Heucqueville, avec Hirtz, étudia l'acte respiratoire et sa rééducation, Pescher se fit l'apôtre de l'entraînement spiroscopique pour combattre les troubles occasionnés par une hématose incomplète qu'il baptisa du nom d' « anhématose ».

Signalons encore les travaux de Pech sur le débit respiratoire maximum, mesuré à l'aide de son masque manométrique, et de Sergent sur l'insuffisance respiratoire partielle et principalement des sommets du poumon.

Étiologie. — L'origine de l'insuffisance respiratoire est le plus souvent dans l'enfance, tout au moins pour l'insuffisance purement fonctionnelle, sans altération pleuro-pulmonaire; elle tient à ce que le sujet ne « sait pas respirer », parce que sous l'influence d'un obstacle à la respiration normale, il a pris peu à peu l'habitude de respirer incomplètement. Cet obstacle siège, le plus ordinairement, dans le nez qui constitue suivant une expression imagée « la clef des voies respiratoires ». C'est une déviation de la cloison, une hypertrophie des cornets, un coryza chronique, un polype, mais surtout le plus fréquemment, l'obstruction nasale dépend de l'existence de végétations adénoïdes. L'hypertrophie des amygdales. l'adénopathie trachéobronchique, les déformations du thorax dues au rachitisme, au mal de Pott ou à la scoliose peuvent également être la cause de l'hypofonctionnement respiratoire.

Plus tard, interviennent les affections pulmonaires ou pleurales qui, quoique guéries, laissent persister le trouble fonctionnel qu'elles ont fait naître, ou bien se prolongent par quelque séquelle minime, susceptible cependant de gêner le bon fonctionnement du poumon. C'est ici qu'il faut citer les adhérences pleurales, les scléroses pulmonaires consécutives à un foyer de tuberculose, à une plaie de poitrine, à une atteinte de gaz toxique, à des lésions d'emphysème pulmonaire. Notons également les reliquats de certaines affections chroniques des organes abdominaux qui entravent le jeu normal du diaphragme, hypertrophie du foie, de la rate, appendicite, salpingite, péritonite tuberculeuse, aérophagie, etc. Enfin, certains névropathes peuvent devenir insuffisants respiratoires à la suite de chocs nerveux répétés, de dépression générale, de causes purement névropathiques par inhibition bulbaire en quelque sorte.

Il s'agit, dans tous ces cas, d'insuffisance respiratoire acquise, plus ordinairement constatée chez l'adulte.

Mais, chez tous ces malades, il existe un élément étiologique commun qui conditionne le trouble fonctionnel respiratoire et sa persistance, c'est une hypotonicité musculaire spéciale de tous les muscles en général, et des muscles respiratoires en particulier, principalement du diaphragme qui est le muscle capital de la respiration.

Symptômes. — Les signes les plus importants qui permettent de reconnaître l'insuffisance respiratoire sont surtout les *signes physiques*. Ils peuvent se diviser en signes de présomption appréciables par l'examen clinique et signes de certitude qui permettent d'affirmer et de mesurer le degré de cette insuffisance.

Le type de l'insuffisant respiratoire est généralement un adolescent de quatorze à dix-huit ans, d'aspect malingre et chétif, long, mince, efflanqué, anémique.

Son thorax est étroit, souvent déformé, aplati d'avant en arrière ou latéralement, thorax en carène, en entonnoir, marqué d'une dépression latérale en gouttière, au niveau des VIIe et VIIIe côtes. Les muscles des membres supérieurs et de la ceinture thoracique sont grêles faisant contraste avec la moitié inférieure du corps normalement développée. Le dos est voûté, les épaules tombantes, les omoplates saillantes. Souvent il existe un certain degré de scoliose, parfois un peu de rétraction d'un des côtés du thorax, suite d'une pleurésie antérieure.

Lorsqu'on regarde respirer le sujet, on constate que la respiration est le plus souvent buccale (par suite d'obstacle nasal) et plus rapide que normalement. On note 25, 30, 35 respirations par minute. Les mouvements respiratoires sont superficiels et soulèvent à peine la paroi thoracique et abdominale. L'auscultation en conséquence permet de percevoir un murmure vésiculaire affaibli, mais sans aucun bruit anormal. On peut même trouver aux deux bases un peu de submatité, de l'obscurité respiratoire des vibrations diminuées, véritable syndrome pseudo-pleurétique signalé par Rosenthal comme conséquence de l'inertie du diaphragme.

La *certitude* complète et surtout la mesure de l'insuffisance respiratoire sont fournies par l'étude plus minutieuse de la fonction respiratoire à l'aide de certaines épreuves et d'appareils spéciaux dont quelques-uns sont assez simples pour pouvoir être utilisés en clinique par tout médecin consciencieux.

Tout d'abord, il faut mesurer le *périmètre thoracique* (plessimétrie), soit au niveau des mamelons, soit au niveau du diamètre supérieur axillaire, ou inférieur xiphoïdien, pendant l'inspiration et pendant l'expiration forcées. La différence entre ces deux chiffres constitue l'*indice respiratoire de Hirtz* et mesure le degré de l'élasticité thoracique ; sa valeur est en moyenne, chez l'homme normal, de 7 centimètres. Le périmètre thoracique de l'insuffisant respiratoire est, en général, faible par rapport à la taille, aussi chez lui l'indice de Pignet (soustraire de la taille la somme du poids et du périmètre thoracique) est-il toujours élevé traduisant une minime robusticité.

Rosenthal a imaginé un « centimètre symétrique » qui permet de mesurer séparément le jeu des deux moitiés du thorax et peut rendre des services dans les rétractions thoraciques et autres asymétries, suites de pleurésies.

Une épreuve intéressante et facile à pratiquer est celle de l'*apnée volontaire* étudiée par Bourgeois. Elle consiste à rechercher pendant quel temps maximum le sujet peut rester sans respirer après une grande inspiration. Un homme normal doit pouvoir rester ainsi en apnée volontaire pendant quarante-cinq secondes. L'insuffisant respiratoire tiendra trente, vingt, quinze secondes quelquefois moins.

L'examen au *spiromètre* renseigne sur la *capacité respiratoire* ou *capacité vitale*, représentée par le volume d'air qui peut être expulsé dans une expiration forcée après une inspiration maxima. Son chiffre est égal chez l'adulte normal à 3l500 et varie beaucoup suivant l'âge, la taille et l'état de la fonction respiratoire. Divers spiromètres permettent cette mesure ; parmi les plus simples, faciles à utiliser en clinique, citons le spiroscope de Pescher, le pnéoscope de d'Heucqueville, le spiromètre de Blum et celui de Verdin. Il suffit de faire souffler à fond le sujet dans l'appareil après une inspiration forcée et de lire le chiffre atteint pour obtenir la capacité vitale. Il est préférable de faire plusieurs épreuves et de prendre la moyenne.

Ces mêmes spiromètres permettent la mesure de l'*air courant*, c'est-à-dire de la quantité d'air mise en mouvement dans une inspiration et une expiration normale au repos. A l'aide d'un dispositif spécial, constitué surtout par la soupape de Tissot, on fait faire au sujet un certain nombre d'expirations normales dans le spiromètre et on obtient le chiffre de l'air courant en divisant le total marqué, par le nombre de respirations. Normalement, l'air courant est d'environ 420 centimètres cubes par respiration, chez l'adulte.

Les variations de l'air courant ne sont pas toujours parallèles à celles de la capacité vitale. Tel sujet qui a une capacité vitale presque normale à 3.400 centimètres cubes peut avoir une respiration très faible qui déplace seulement 250 centimètres cubes d'air courant. Ses organes sont sains et susceptibles d'un effort, mais il ne sait pas les utiliser convenablement.

De même, il est possible d'augmenter très notablement l'air courant sans modifier sensiblement la capacité vitale.

Le chiffre de l'air courant qui traduit l'état habituel de la respiration est donc des plus importants pour juger de l'insuffisance respiratoire.

Le *pneumographe*, appareil enregistreur qui permet d'obtenir un tracé des mouvements respiratoires est d'un maniement plus compliqué et difficilement applicable en clinique. On peut ainsi établir graphiquement la fréquence, l'amplitude, le rythme et le type spécial des mouvements respiratoires ; mais ces divers éléments peuvent être appréciés, quoique avec une précision moindre par une inspection attentive, en regardant respirer le sujet, le torse nu.

De même, la recherche par la *pneumatométrie* de la pression respiratoire, négative dans l'inspiration, positive dans l'expiration, n'est guère facile en clinique et ne fournit pas des résultats indispensables.

Plus importante est la mesure du *débit respiratoire maximum*, c'est-à-dire de la quantité d'air maxima que le sujet peut faire passer dans ses poumons en une seconde, au cours de respirations forcées. On l'obtient à l'aide du masque manométrique de Pech et les travaux récents tendent à accorder à cette épreuve une certaine valeur dans l'appréciation de la capacité fonctionnelle de l'appareil respiratoire. Toute altération pathologique des organes respiratoires entraînerait une diminution plus ou moins marquée du débit respiratoire maximum.

Il n'est guère possible aujourd'hui de faire un examen complet de la fonction respiratoire sans s'adresser à la *radioscopie*. Celle-ci montre la position et la mobilité des côtes et précise surtout le fonctionnement du diaphragme, dont le centre n'a souvent qu'une incursion réduite à 1 ou 2 centimètres au lieu de 5 à 7 normalement. Elle renseigne également sur l'existence possible de quelques lésions latentes telles qu'adénopathie trachéo-bronchique, adhérences pleurales, sclérose pulmonaire. Le cœur mérite également un examen attentif, sa position est parfois modifiée chez les insuffisants respiratoires. Il apparaît presque médian dans un thorax étroit, pendant à la façon d'un battant de cloche; c'est l'aspect décrit sous le nom de « cœur en goutte ».

Les *symptômes fonctionnels* de l'insuffisance res-

piratoire sont des plus variés. En effet, le déficit en oxygène dont souffre l'organisme par suite de la quantité d'air insuffisante pénétrant dans le poumon à chaque inspiration, peut se manifester particulièrement sur tel ou tel organe dont le fonctionnement se trouve altéré. Il est un fait certain c'est que l'hématose au niveau des alvéoles pulmonaires se trouve entravée dans son activité, et que le sujet en état d'hypohématose ou d'anhématose n'a qu'une vie diminuée; ses organes fonctionnent « au ralenti » pour ainsi dire, et il peut apparaître comme un anémique, comme un intoxiqué, un névropathe déprimé, un cardiaque, un dyspeptique ou un ptosique.

Il y a lieu de distinguer diverses *formes cliniques* de l'insuffisance respiratoire suivant la combinaison des symptômes, ou suivant la localisation même de l'hypoactivité fonctionnelle à la totalité du poumon ou à un territoire limité de cet organe.

La *forme généralisée* est plus habituelle à l'enfance et à l'adolescence. Il s'agit d'ordinaire d'un sujet long, mince, pâle, aux membres grêles, au thorax étroit allongé verticalement et aplati d'avant en arrière, le dos voûté et les omoplates saillantes. La respiration nasale est défectueuse. L'enfant est toujours fatigué, s'essouffle au moindre effort, aime à rester tranquille et manque d'énergie et de vivacité pour ses jeux comme pour son travail. C'est en général un mauvais élève, mou, nonchalant et paresseux. Les fonctions digestives sont parfois altérées avec dyspepsie atonique, météorisme et constipation. Mais souvent aussi l'appétit est conservé, la digestion est bonne, et les parents s'étonnent que l'enfant n'augmente pas de poids « avec tout ce qu'il mange ».

Cette forme de l'adolescence peut persister chez l'adulte qui reste toute sa vie maigre et efflanqué, malingre et sujet à des malaises variés.

Martinet a signalé l'abondance des carbophosphates dans les urines des insuffisants respiratoires par excès d'acide carbonique dans le sang.

Les *formes localisées* peuvent être unilatérales à la suite d'une compression ganglionnaire, d'une pneumonie ou broncho-pneumonie, d'une pleurésie.

L'hypoactivité respiratoire peut être limitée aux bases, conditionnée par l'insuffisance du diaphragme, bien étudiée par Rosenthal, et s'accompagner du syndrome pseudo-pleurétique (submatité et obscurité respiratoire) qu'il a décrit. Mais la forme la plus intéressante est l'insuffisance respiratoire des sommets bien mise en lumière par Sergent et qui pourrait être confondue facilement avec la tuberculose. En effet, anémie, amaigrissement, dépression générale, dyspnée d'effort, sont des signes communs aux deux affections. Il existe une légère diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire aux sommets. La radioscopie montre également une diminution de la transparence; mais ces sommets, sous l'influence de la toux ou d'une respiration forcée, peuvent s'éclairer complètement et reprendre un aspect normal qui permet d'écarter l'hypothèse de lésions tuberculeuses.

De plus, l'insuffisance respiratoire est toujours apyrétique, signe distinctif important.

Notons encore la *forme nerveuse* caractérisée par une dyspnée intense à l'occasion du moindre effort, une irrégularité complète des mouvements respiratoires (allorythmie) et un état névropathique accentué. C'est dans cette catégorie qu'on peut faire rentrer les incontinents respiratoires de Pescher qui ne peuvent conserver un instant l'air dans la poitrine après la fin de l'inspiration, et le laissent échapper aussitôt dans une expiration brusque. Du même ordre est l'aboulie respiratoire décrite par Lermoyez où l'impossibilité de la respiration nasale est purement psychique en l'absence de tout obstacle réel.

L'insuffisance respiratoire ne présente pas par elle-même un **pronostic** grave, car elle est compatible avec une longue vie; mais elle constitue une véritable infirmité qui, outre qu'elle provoque de nombreux malaises et entretient un état de chétivité persistante, diminue la vitalité du sujet et le rend plus vulnérable et moins résistant aux diverses infections et à la tuberculose en particulier.

Le **diagnostic** de l'insuffisance respiratoire est facile pour un médecin averti; il suffit d'y penser et sa certitude s'affirme par les différentes épreuves que nous avons énumérées. Cependant la *chlorose* présente souvent des symptômes analogues; Maurel insiste sur la conservation de l'appétit et l'intégrité du tube digestif dans l'hypoactivité pulmonaire comme signe de diagnostic avec la chlorose qui s'accompagne en général d'inappétence et de troubles digestifs.

Il ne faut pas prendre l'insuffisant respiratoire pour un *cardiaque* à cause de la dyspnée d'effort et des palpitations qui sont fréquentes. Il est reconnu aujourd'hui que la *pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance* a pour origine l'insuffisance respiratoire qui conditionne l'étroitesse du thorax trop peu développé pour le cœur qui y est contenu.

L'hypofonctionnement des sommets du poumon ne sera pas confondu avec la *tuberculose pulmonaire au début*. Nous avons énuméré plus haut divers signes distinctifs.

Parfois le résultat du traitement sera le meilleur élément de diagnostic.

Certains enfants chétifs, apathiques et asthéniques soupçonnés d'insuffisance endocrinienne seront souvent améliorés par la rééducation respiratoire.

De même un traitement rééducateur de la respiration fera parfois disparaître une albuminurie persistante, une insomnie rebelle, une dyspepsie chronique.

Traitement. — Le seul traitement de l'insuffisance respiratoire est le *traitement kinésithérapique*, la rééducation physiologique de la respiration, ramenant à la normale la fonction respiratoire plus ou moins altérée et déviée.

Quels sont donc les caractères que l'on doit considérer comme normaux pour la respiration physiologique?

Répétons avec tous les auteurs qui ont étudié la question que la respiration doit être :

1° *Nasale*, c'est-à-dire se faire exclusivement par le nez, à l'inspiration comme à l'expiration, car l'air inspiré se réchauffe, se débarrasse des poussières et s'humidifie dans les cavités du nez, et l'air expiré chargé de vapeur d'eau restitue à la muqueuse nasale l'humidité dont elle a besoin. Un sujet sain doit pouvoir, d'après Rosenthal, faire sans aucune gêne vingt respirations de suite par une seule narine en obstruant à l'aide du doigt la narine opposée. La perméabilité nasale sera facilement contrôlée à l'aide du miroir de Glatzel; les taches de buées

doivent être étendues et symétriques. Cette épreuve aura lieu avant toute cure de rééducation, et en cas d'obstacle nasal ou pharyngé il faudra d'abord confier le sujet au spécialiste pour faire chirurgicalement l'ablation de l'obstacle et rétablir la perméabilité nasale.

2° *Totale*, c'est-à-dire que la dilatation du thorax doit à chaque respiration se faire dans les trois sens : hauteur, largeur, épaisseur, sans qu'il y ait de prédominance costale supérieure, inférieure ou diaphragmatique. Le poumon doit respirer également dans ses diverses portions, aussi bien à la base qu'au sommet.

3° *Symétrique*. — L'ampliation thoracique doit être égale des deux côtés.

4° *Régulièrement rythmée*, sans saccades, l'inspiration étant toujours notablement plus courte que l'expiration. Le nombre des respirations, au repos, est normalement de 25 par minute chez l'enfant de cinq ans, et de 15 à 17 chez l'adulte. Ce rythme peut d'ailleurs être modifié par une foule d'influences physiques ou psychiques.

Il faudra donc, dans toute cure de rééducation respiratoire, restituer à la respiration ses caractères normaux en qualité et en quantité.

L'acte respiratoire habituellement inconscient pouvant cependant être soumis au contrôle de la volonté, c'est par une série d'exercices volontaires judicieusement gradués qu'on arrivera à rééduquer les réflexes et à rétablir dans son intégrité physiologique la fonction de la respiration.

On doit exercer d'abord le malade à respirer par le nez, en dilatant régulièrement sa cage thoracique et suivant un rythme normal. C'est l'entraînement éducatif ou de qualité (Pescher).

Puis on s'efforcera d'améliorer la respiration dans sa quantité, et d'augmenter la capacité respiratoire et l'air courant.

Diverses techniques se disputent la faveur des kinésithérapeutes, mais elles peuvent se résumer en deux méthodes principales.

La première entraîne directement la fonction respiratoire en augmentant son amplitude par une série de respirations forcées qu'on exécute à l'aide de certains spiromètres comme le spiroscope de Pescher, ou le pnéoscope de d'Heucqueville.

Le spiroscope de Pescher a le mérite de la simplicité, et se compose essentiellement d'une grande bouteille en verre de trois litres dans laquelle on souffle pour déplacer l'eau qu'elle contient. Il permet les exercices modérés, les exercicee athlétiques qui nécessitent la totalité de l'effort respiratoire, et les exercices dits intensifiés en augmentant la résistance à l'expiration à l'aide d'un robinet ingénieusement gradué. C'est l'*entraînement spiroscopique* de Pescher qui n'utilise que les exercices expiratoires.

Le pnéoscope de d'Heucqueville consiste en deux flacons communiquants remplis d'eau à demi, et les exercices ont pour résultat de déplacer l'eau d'un flacon dans l'autre. Cet appareil permet les exercices inspiratoires aussi bien qu'expiratoires.

La seconde méthode entraîne surtout les muscles respiratoires par une série de mouvements appropriés, c'est à proprement parler la *gymnastique respiratoire*. La cage thoracique se dilate par ces exercices et l'amélioration respiratoire suit l'entraînement musculaire.

La base de la gymnastique respiratoire sera l'entraînement du diaphragme, et, pour aider à son bon fonctionnement, l'entraînement accessoire des muscles de la paroi abdominale qui doit être vigoureuse et avoir une tonicité normale pour maintenir les organes abdominaux fournissant un point d'appui au diaphragme. La rééducation du diaphragme se fera dans la position couchée en entraînant le sujet à faire une série de respirations diaphragmatiques, rythmées au commandement, en provoquant le gonflement inspiratoire de l'abomen. C'est la « respiration diaphragmatique d'exclusion » de Rosenthal.

Divers mouvements de flexion d'extension, d'inclinaison latérale et de circumduction du tronc fortifieront les muscles abdominaux.

Les muscles inspirateurs qui provoquent l'élévation des côtes en prenant point d'appui sur la tête et le cou ou sur les omoplates seront exercés par des mouvements variés de la tête et surtout des bras : élévation, abduction, circumduction, qu'il serait trop long d'énumérer ici en détail. Ces mouvements devront être passifs au début, réglés par le médecin, pour éviter toute fatigue et seront pratiqués activement à un stade plus avancé d'entraînement ; mais les premières séances de rééducation seront toujours uniquement respiratoires, sans mouvements, car il ne faut pas oublier que la respiration doit toujours primer l'attention dans ces exercices et que l'entraînement musculaire n'est qu'accessoire et secondaire.

Laquelle de ces deux méthodes faut-il préférer? A la vérité, il s'agit là d'une question d'espèce, et suivant les cas, l'une ou l'autre sera préférable. Il sera toujours plus facile, par exemple, d'obtenir d'un jeune enfant (moins de dix ans), des exercices respiratoires en l'amusant à souffler et à faire des bulles dans le spiroscope de Pescher, que de lui faire exécuter des mouvements de gymnastique qu'il aura de la peine à faire correctement et qui ne tarderont pas à lui paraître ennuyeux et monotones.

D'autre part, puisque, comme nous l'avons indiqué plus haut, il y a toujours dans l'insuffisance respiratoire un facteur d'atonie et de faiblesse des muscles respiratoires, il est évidemment rationnel, comme le soutient Rosenthal, de ne pas négliger l'entraînement direct et méthodique de ces muscles affaiblis.

C'est plutôt aux adolescents et aux adultes que s'appliquera la gymnastique respiratoire.

Sans prendre parti exclusivement pour l'une ou pour l'autre de ces deux méthodes, il semble que la vérité est dans la combinaison de ces deux variétés d'entraînement respiratoire : exercices pulmonaires, d'une part, avec les appareils : exercices musculaires d'autre part, avec la gymnastique rationnelle, en insistant suivant les cas sur les uns ou les autres en particulier, sans oublier que l'entraînement, spiroscopique ou musculaire, doit être pratiqué avec ménagement, car, comme l'a fait remarquer Rosenthal, il n'est pas toujours dépourvu d'inconvénients chez les tuberculeux en particulier.

Les **résultats** d'un traitement de rééducation bien conduit sont constants et faciles à apprécier.

La capacité vitale augmente rapidement, en général, jusqu'à la normale; l'air courant s'accroît plus lentement. La dyspnée d'effort diminue et disparaît.

L'indice de Hirtz d'élasticité thoracique subit un

accroissement qui est suivi plus lentement par le chiffre du périmètre du thorax.

L'amélioration de l'état général est nette et importante, et se traduit par une augmentation du poids et de la taille chez les enfants, la disparition de la fatigue, un état d'euphorie caractéristique.

Bref, c'est souvent en quelques mois une véritable transformation qu'on voit s'opérer chez les adolescents soumis à la rééducation respiratoire.

C'est pourquoi le médecin ne devra rien négliger pour dépister l'insuffisance respiratoire et lui appliquer sans délai le traitement kinésithérapique qui lui réservera les plus brillants succès.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et BINET. *Examen fonctionnel du poumon*, Masson, 1922.
BINET (Léon). Les coefficients respiratoires chez l'enfant, *Bull. méd.*, 27 déc. 1922.
BOURGEOIS (Maurice). Épreuve du maximum d'apnée volontaire, *Th. de Paris*, 1920.
CHABROL. L'insuffisance respiratoire, *Th. de Paris*, 1921.
DESFOSSES. *La Gymnastique respiratoire chez les enfants*, Masson, 1911.
DOUAY (E.). Le thorax et l'emphysème, *Th. de Paris*, 1914.
GUÈS (E.). La mesure du débit respiratoire maximum à l'état normal et à l'état pathologique par la méthode et le masque manométrique de Pech, *Th. de Paris*, 1922.
HASSLER. Le fonctionnement respiratoire et la robustesse de l'individu normal et du tuberculeux, *Th. de Lyon*, 1922.
HEUCQUEVILLE (Vigneron D'). L'acte respiratoire. Essai sur la rééducation respiratoire, *Th. de Paris*, 1910; — Des diverses méthodes de rééducation respiratoire, ? — Rééducation respiratoire par les exercices pnéoscopiques, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, fév. 1920; — Entraînement respiratoire. Exercices à la soupape, *Bull. méd.*, 3 août 1921.
JOAL. Recherches spirométriques dans les affections nasales, *Revue de laryngol.*, 1890.
LERMOYEZ. L'aboulie respiratoire, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 janv. 1899; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1er juillet 1904.
MARTINET. *Presse méd.*, 2 déc. 1922.
MAUREL (E.). *Traité de l'hypohématose*, Toulouse 1890.
NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH. *Kinésithérapie*, Bibliothèque Gilbert et Carnot; — *Atlas-manuel de gymnastique orthopédique.*
NATIER (Marcel). Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez les névropathes, *La Parole*, juin 1901; — Neurasthénie et respiration. Education physiologique de l'enfant, *Bull. officiel des Soc. méd. d'arrondissement de Paris*, 5 août 1902; — La gymnastique respiratoire. Procédé rationnel et certain de développement général de l'enfant, *Mois littéraire et pittoresque*, janv. 1909; — Hypertrophie amygdalienne et gymnastique respiratoire, *Soc. de méd. de Paris*, 23 mars 1912; — Paresse scolaire et gymnastique respiratoire, *Ier Congrès de médecine scolaire des médecins de langue française*, Paris, juin 1912.
NOBÉCOURT et SCHREIBER. *Hygiène sociale de l'enfance*, Masson, 1922.
PAILLARD. L'exploration clinique de la fonction diaphragmatique, *Journ. méd. franç.*, oct. 1920.
PECH. *Th. de Montpellier*, 1920.
PESCHER. *L'Entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique*, Maloine, 1921.
PREVEL. Les états d'obésité et de maigreur d'origine digestive-respiratoire. L'indice respiratoire d'usure, *Presse méd.*, 12 août 1922.
ROSENTHAL. *Th. de Paris*, 1900; — *Maladies respiratoires. Méthode de l'exercice physiologique de la respiration*, Alcan, 1912; — L'exercice physiologique de respiration dans le traitement de l'emphysème, *Journ. méd. franç.*, août 1911; — Les différentes variétés de gymnastique respiratoire, *Journ. de physiothérapie*, fév. 1913; — Les faux insuffisants respiratoires, *Journ. de physiothérapie*, mars 1914; — La culture physique dans le traitement des maladies des voies respiratoires, *Journ. méd. franç.*, août 1921.
SABRAZÈS. La durée maxima de la pause apnéique volontaire, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 2 fév. 1902.
SERGENT. *Les Grands syndromes respiratoires*, fasc. 1, Doin, 1924; — *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, Maloine, 1923; — L'insuffisance respiratoire des sommets, *Acad. de méd.*, 20 mai 1920; — *Bull. méd.*, 20 mai 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 MARS 1924)

La sensibilité de l'organisme vis-à-vis des régimes carencés. — MM. MOURIQUAND, Paul MICHEL et BERNHEIM.

Sur la cause physico-chimique de l'absence de la fatigue dans les centres nerveux au cours de leur action — M. P. LASAREFF.

Recherches sur la radioactivité des cellules vivantes. — M. Albert NODON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1924)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Gariel, ancien président, et, en signe de deuil, lève la séance.

Celle-ci est reprise après quelques instants.

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Lambling (de Lille), membre correspondant.

Organisation antituberculeuse du département de la Seine. — MM. Fernand BEZANÇON et Léon BERNARD, présidents des commissions des sanatoriums et des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, montrent le magnifique effort réalisé par le Conseil général de ce département dans la lutte antituberculeuse depuis la création de l'Office en 1918 : ouverture de plus de quarante dispensaires, création de nouveaux sanatoriums et préventoriums, préservation de l'enfance. L'intérêt de ces efforts réside surtout dans leur coordination; les différents rouages du mécanisme ne pouvant fonctionner les uns sans les autres. Tout en jugeant à leur valeur les mesures d'hygiène générale urbaine, le désencombrement, la lutte contre le taudis, l'alcool, etc., MM. Bezançon et Bernard estiment que la prophylaxie de la tuberculose doit être assurée pour une grande part par l'action directe destinée à lutter contre la contagion, et qu'à ce point de vue l'efficacité du dispensaire nécessite impérieusement l'existence de nouveaux débouchés et principalement de lit de sanatorium et d'hôpital-sanatorium ainsi que des disponibilités de préventorium et de placement familial.

Méthode clinique d'acidimétrie urinaire. — La détermination du degré d'acidité de l'urine a une grande importance pour le diagnostic et le traitement des maladies de la nutrition et des maladies du rein; mais jusqu'ici les médecins ne possédaient aucun moyen de la déterminer. Ni la teinture de tournesol, ni les analyses chimiques ne donnent de résultats utilisables en clinique.

MM. LÉVY-DARRAS (d'Evian), Mathieu-Pierre WEIL et Ch. GUILLAUMIN exposent une méthode colorimétrique qui comble cette lacune. Cette méthode comporte un réactif-indicateur et une échelle étalonnée de huit teintes. On connaît instantanément le degré d'acidité de l'urine, en comparant aux teintes de l'échelle la teinte que prennent 10 centimètres cubes d'urine traités par x gouttes de réactif.

Plus simple qu'une recherche d'albumine ou de sucre, cette méthode paraît devoir entrer rapidement dans la pratique courante.

Typhus grave et salmonellose. — M. TRUCHE.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (4e division).

La liste de présentation porte : en 1re ligne, MM. Fano (de Rome), Schafer (d'Edimbourg); en 2e ligne, par ordre alphabétique, MM. Escomel, d'Arequipa (Pérou); Madsen, de Copenhague (Danemark); Rollier, de Leysin (Suisse); Sherrington, d'Oxford (Angleterre).

MM. Fano (de Rome) et Schafer (d'Edimbourg) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 MARS 1924)

Névrite optique chez un sujet intoxiqué par l'oxyde de carbone. — MM. Rist, Rochon-Duvignaud et Coutela ont eu l'occasion de suivre le malade observé par M. Lévi-Valensi. Il s'agissait d'un pithiatique présentant pour ces auteurs une amaurose simulée.

M. Lévi-Valensi élimine la simulation, les lésions oculaires sont en général tardives dans l'intoxication oxy-carbonée.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire, cliniquement latent, décelable par la radioscopie. — MM. Laubry et Oury présentent un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire, où le diagnostic ne peut être posé que par l'examen radioscopique. Cliniquement ce rétrécissement était resté complètement latent. Les auteurs insistent sur l'importance que peut prendre le seul claquement du deuxième ton pulmonaire dans l'histoire clinique de ces rétrécissements, et attirent l'attention sur le rôle que doit jouer la spécificité acquise ou héréditaire dans le déterminisme de la dilatation située en aval du rétrécissement.

M. Nobécourt en signale un cas avec rétrécissement mitral associé dans lequel les signes cliniques existent, mais le facteur spécifique n'entre pas en ligne de compte.

La bile B de l'épreuve de Metzer-Lyon est-elle d'origine vésiculaire. — MM. M. Chiray et M. Milochevitch, comme suite à leur précédente note sur la technique de l'épreuve de Meltzer-Lyon, abordent la question de la valeur de cette épreuve pour l'isolement de la bile vésiculaire. Après avoir rappelé les discussions importantes que cette question a soulevées à l'étranger et avoir indiqué les grandes lignes de ces discussions, les auteurs exposent le résultat de leurs recherches personnelles. Ils se rallient pleinement à la conception de Vincent-Lyon d'après laquelle la « bile B » représente la « bile vésiculaire ».

Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte consécutive à une inoculation cutanée. — MM. A. Lemierre et Léon Kindberg rapportent l'observation d'un homme de vingt-six ans, habituellement bien portant, qui, après s'être fait une légère blessure du pied droit, présenta des phénomènes de lymphangite fébrile du membre inférieur droit, suivie, au bout de quelques jours, de l'apparition de nodules gommeux sous-cutanés, intramusculaires et sous-périostés. Ces nodules évoluèrent vers la suppuration. Dans l'un d'eux enlevé par biopsie on trouva des bacilles de Koch. L'inoculation du pus de plusieurs abcès tuberculisa le cobaye. L'affection évolua pendant trois mois et demi caractérisée par une fièvre irrégulière, un amaigrissement rapide et l'apparition presque continuelle de nouvelles gommes. La mort survint par méningite tuberculeuse. La petite plaie du pied, point de départ de la maladie, ne s'était jamais cicatrisée, mais avait toujours conservé les caractères d'une simple érosion suintante sans ulcération vraie, sans infiltration, sans adénite satellite concomitante.

Pourtant l'examen histologique montra au niveau de cette plaie des lésions évidemment tuberculeuses. L'autopsie montra, d'autre part, une granulie des méninges, du foie, de la rate et des reins. Au sommet du poumon gauche existait la cicatrice d'une lésion tuberculeuse ancienne contenant à son centre un nodule caséeux ramolli.

Malgré la présence de ce foyer tuberculeux ancien et encore en activité, malgré l'aspect atypique de la lésion du pied et l'absence d'adénopathie tuberculeuse correspondant à cette lésion, sa nature évidemment bacillaire et la filiation des accidents à partir du traumatisme initial imposent l'idée d'une tuberculose d'inoculation cutanée. L'apparition précoce après le traumatisme et la gravité de cette tuberculose gommeuse disséminée correspondent également aux allures habituelles de ces tuberculoses d'inoculation.

Colibacillémie gravidique sans pyélonéphrite. — MM. A. Lemierre et Rivalier rapportent l'histoire d'une jeune femme qui, au cinquième mois de grossesse, présenta une affection fébrile d'une très grande violence. L'hémoculture donna un colibacille. La température tomba le onzième jour et la guérison survint sans qu'il se fût produit du côté du rein et des voies urinaires de complication cliniquement appréciable. L'examen des urines montra seulement la présence d'un peu d'albumine, de quelques cylindres granuleux, de quelques leucocytes et de nombreux colibacilles. La malade était atteinte d'une constipation opiniâtre. Dans cette observation, contrairement à ce qu'on observe habituellement, le cycle de l'infection colibacillaire gravidique s'est trouvé interrompu à son milieu. L'étape intestinale et l'étape sanguine de cette infection ont bien existé. La traversée du rein par l'agent pathogène s'est bien effectuée avec le minimum de dommage pour cet organe. Mais l'étape urinaire a fait défaut sans doute parce que le colibacille, même après s'être multiplié dans le bassinet, l'uretère et la vessie, n'a pas trouvé les conditions favorables à la production de lésions. A l'heure actuelle certains auteurs nient encore le rôle de l'infection descendante dans la genèse des pyélonéphrites gravidiques et considèrent ces suppurations comme le point de départ et non comme la résultante de certaines colibacillémies.

Il est donc intéressant de constater que, chez une femme enceinte, sans pyélonéphrite suppurée, s'est développée une septicémie colibacillaire, terminée spontanément par la guérison et après n'avoir exercé sur le rein qu'un retentissement assez banal et pas plus intense que celui qu'on observe habituellement dans la plupart des maladies générales.

Transfusion du sang dans un cas d'hémorragie intestinale grave de la fièvre typhoïde. — MM. E. de Massary, G. Rosenthal et Vacher rapportent une observation de fièvre typhoïde compliquée au seizième jour par des hémorragies intestinales graves. L'état de la malade était quasi désespéré quand une transfusion de 130 centimètres cubes de sang fut pratiquée suivant la technique indiquée par G. Rosenthal à la Société médicale des hôpitaux en novembre 1923. Après cette transfusion, on injecta 250 centimètres cubes de sérum sucré. Le résultat fut surprenant. Les hémorragies ne se renouvelèrent plus et la malade guérit.

Les auteurs insistent sur le rôle, hémostatique et curatif, de cette transfusion du sang.

Un cas de polynévrite tuberculeuse. — MM. Crouzon, Chavany, Ivan Bertrand et Froument.

Méningococcémie et purpura. — M. Marotte rapporte trois observations intéressantes.

Méningite aiguë avec association tuberculo-méningococcique. — MM. Ch. Achard, Sig. Bloch et G. Marchal rapportent l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de méningite aiguë. Le début traînant avait fait songer à la possibilité d'une méningite tuberculeuse, mais on ne trouva pas de bacilles de Koch dans le liquide qui renfermait des polynucléaires abondants et quelques méningocoques. Après trois jours de sérothérapie par voie rachidienne, on tenta l'injection ventriculaire. Le liquide des ventricules contenait plus de méningocoques que le liquide spinal, et la plupart à l'extérieur des cellules. Il y avait un bloquage des méninges. La mort survint quelques heures après l'intervention et l'autopsie montra, outre un exsudat méningé seulement séreux, quelques granulations tuberculeuses où le bacille de Koch fut reconnu présent. De plus, les poumons étaient farcis de granulations miliaires.

En somme, il s'agit de granulie mortelle avec des accidents méningitiques dus à l'association des bacilles tuberculeux au méningocoque de la variété B.

Purpuras chroniques sans splénomégalie guéris par la splénectomie. — MM. RICALDONI et ALBO (de Montevideo) communiquent deux intéressantes observations de purpura chronique à paroxysmes menstruels guéris par la splénectomie, bien que l'hypertrophie de la rate fît défaut. Dans le premier cas l'opération pratiquée le 23 octobre 1922 fut suivie d'une convalescence franche et complète et aucun retour purpurique ne s'est manifesté depuis, alors que le purpura, à certains moments fort grave, datait au moins de quatre ans.

Dans le second cas, le purpura remontait à janvier 1923, l'opération pratiquée le 12 décembre a été également suivie, malgré quelques incidents postopératoires, de guérison, mais la durée n'est pas suffisante pour parler du succès définitif. La rate ne pesait que 81 grammes, elle se montrait toutefois en pleine activité réactionnelle. Ces faits montrent tout l'intérêt de la splénectomie dans certains syndromes hémorragiques même lorsque la rate paraît normale.

Recherches sur le passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. SÉZARY, BARBÉ et POMARET ont recueilli le liquide céphalo-rachidien provenant de paralytiques généraux traités par des sels solubles et insolubles de bismuth et ont constaté, conformément aux recherches de MM. Jeanselme, Delalande et Terris, que le bismuth ne passe pas plus que l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 MARS 1924)

Occlusion intestinale postappendiculaire. — M. SAVARIAUD apporte six cas observés chez des enfants de cinq, dix, treize et quatorze ans. L'occlusion est apparue dans un cas trois mois après l'appendicectomie, dans un autre dix jours après, dans un autre quinze jours, dans un autre cent deux jours après l'appendicectomie. Sauf dans un cas où il s'agissait d'une appendicite opérée à froid, dans les autres il s'agissait d'appendicites graves, opérées d'urgence, à chaud. Dans aucun de ces cas il n'y eut lieu d'incriminer l'opération.

Contre les accidents d'occlusion, M. Savariaud a toujours eu recours à la laparotomie médiane. Il y a eu trois cas de mort par péritonite, foyers de suppuration ou perforation intestinale. Les causes de l'obstruction étaient, soit des brides, soit des adhérences plus ou moins larges.

Le pronostic des interventions secondaires s'est montré d'autant plus favorable qu'elles ont été plus précoces.

M. MATHIEU fait un rapport sur une observation de M. Négrier (de Rochefort) relative au même sujet. Il s'agit d'un jeune matelot qui présenta simultanément un syndrome de péritonite grave et des signes d'occlusion intestinale mécanique.

M. Négrier fit une laparotomie médiane, trouva du pus dans la cavité abdominale, rechercha vainement l'appendice, et, devant la gravité du cas, se contenta de drainer la fosse iliaque et, en raison des signes d'occlusion, de faire une entérostomie sur le grêle. Les suites opératoires furent très mouvementées. La plaie de la laparotomie suppura. Dans une seconde intervention, M. Négrier se proposa d'enlever l'appendice et de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie et de fermer l'anus artificiel. Mais en raison de la complexité des adhérences, il dut se contenter pour faire la cure de l'anus artificiel de réséquer l'anse intéressée et d'anastomoser bout à bout. Guérison.

Tumeur sanguine du crâne en communication avec les tissus. — M. HALLOPEAU communique une observation de M. Potel exactement superposable à un cas qu'il a lui-même observé. Il s'agit d'une petite tumeur du sommet de la tête, chez de jeunes enfants, tumeur molle, réductible, mais se reproduisant immédiatement. L'opération, très simple, a montré que cette tumeur communiquait, par plusieurs orifices avec le sinus longitudinal supérieur. Ces orifices sont bouchés à l'aide de fragments d'aponévrose. Guérison.

Sténose du pylore par mésentérite rétractile. — M. ROUX-BERGER fait un rapport sur une observation de M. Baudin. Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans, syphilitique, avec un passé gastrique, amaigri. La radioscopie montre une sténose pylorique.

A l'opération on constate que l'obstacle est dû à une mésentérite rétractile, au-dessous du pylore qui lui-même est libre. L'épiploon présente, par places, les mêmes lésions. Gastro-entérostomie. Guérison.

Fracture du col chirurgical de l'humérus. — M. HALLOPEAU fait un rapport sur une observation de M. Autefage relative à un enfant de dix ans qui présente une fracture du col chirurgical de l'humérus. Réduction sanglante. Cerclage par une bague métallique. Guérison.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. — M. CUNÉO analyse un travail de M. Alivisatos (d'Athènes) qui est basé sur quatre-vingt-trois observations dans lesquelles la laparotomie et l'héliothérapie, selon la méthode préconisée par M. Témoin, ont donné d'excellents résultats.

Arthrites blennorragiques. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur un travail de MM. Pigeon et Bernard (d'Alger) : six cas d'arthrites blennorragiques graves, traités par l'arthrotomie et des injections intraarticulaires de sérum antigonococcique. Selon M. Rouvillois cette application combinée de l'arthrotomie et de la sérothérapie est le traitement de choix des arthrites blennorragiques.

Rachianesthésie. — Nous revenons à la rachianesthésie. Mais on ne s'en plaindrait pas si chaque communication présentait le tour original et spirituel qui appartient à M. RICHE. Ce serait le trahir que de chercher à résumer ou à traduire sa pensée. Malgré ses détracteurs, M. Riche reste fidèle à la rachianesthésie pour les opérations à pratiquer sur les régions sous-ombilicales. M. Riche n'a oublié personne, chacun des adversaires du mode d'anesthésie qui lui est resté cher a eu à subir son aimable et souriante critique.

M. Riche a recours aux ponctions basses, aux injections de stovaïne sans l'adjonction d'aucun autre médicament. C'est un procédé simple qui lui permet de se passer d'un anesthésiste expérimenté, dont on ne saurait se passer pour l'anesthésie générale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 MARS 1924)

Spirochétose hémorragique. — M. Eugénio ETCHEGOIN décrit un spirochète qu'il a isolé de l'eau et de la boue d'une rivière. Plusieurs personnes avaient contracté, après s'être baignées dans cette rivière, une spirochétose ictéro-hémorragique, nettement caractérisée au point de vue clinique et sérologique. Le spirochète isolé rappelle morphologiquement le *Sp. ictero-hemorragiæ*, mais il en diffère par certains caractères culturaux, par ses dimensions; enfin, il ne paraît pas pathogène pour le cobaye. Deux films sont projetés.

Influence de la concentration de la glycérine sur les cultures du bacille tuberculeux. — M. FROUIN. La concentration de la glycérine n'exerce pas une action bien importante sur le poids des cultures, et la quantité de glycérine consommée est proportionnelle à son degré de concentration.

A propos des statistiques de nourrissons tuberculeux. — M. DEBRÉ. Pour que les statistiques soient valables, il faut qu'elles tiennent compte de la forme anatomique de la tuberculose de la mère, du nombre des grossesses antérieures, du fait de savoir si elle nourrit ou non.

(SÉANCE DU 22 MARS 1924)

Principes sérologiques pour une théorie des réactions basées sur la déviation du complément. — M. Maurice RENAUD, après avoir montré que la conception de l'étroite spécificité de la réaction de Bordet-Wassermann est incapable d'expliquer la plupart des faits sérologiques, conclut que ceux-ci ne peuvent être coordonnés que par une théorie tenant compte de ce qu'il y a de général en eux.

Rattachant les uns aux autres tous les cas dans lesquels se produit la disparition de l'alexine libre et l'inactivation du sérum, M. Renaud accepte que le mécanisme et la signification du phénomène sont les mêmes dans toutes les conditions où on l'observe.

La chaleur, les lipoïdes, les antigènes, ne font que favoriser la fixation qui a tendance à se faire spontanément. Les méthodes basées sur le principe de Bordet-Gengou peuvent donc en dernière analyse être considérées comme de simples mesures de vitesses de réaction, les antigènes s'y comportant à la manière des catalyseurs.

Structure granuleuse des fibres élastiques révélée par l'imprégnation à l'argent. — M. Michel de Kervily. L'imprégnation à l'argent montre que les fibres élastiques sont formées d'un chapelet de grains contenu dans un substratum qui est plus ou moins colorable par l'argent, selon que la fibre est âgée et grosse ou jeune et fine. Les colorants spécifiques des fibres élastiques (Weigert, Orcéine) colorent d'une façon massive les grains et le substratum que le nitrate d'argent permet de différencier.

Amaigrissement par l'injection des humeurs d'inanitiés. MM. Carnot et Terris se sont demandé par quel mécanisme un animal inanitié consomme ses réserves nutritives et même ses propres tissus. Ils ont constaté, en une série d'expériences, que le sérum et certains extraits d'organes (de foie notamment) d'animaux inanitiés provoquent, chez des animaux neufs, une perte de poids importante, mais passagère, avec décharge simultanée d'urée dans l'urine. L'expérience réussit même avec l'extrait désalbuminé de foie d'inanitié, mais non avec l'extrait de muscle du même animal.

Notices nécrologiques. — M. Henneguy lit une notice nécrologique sur Lambling, M. G. Bohn, l'éloge de Jacques Loeb.

Recherches sur la culture du bacille tuberculeux. — MM. C. Gessard et A. Vaudremer ont poursuivi leurs recherches sur la culture du bacille de Koch en se servant de morceaux de papier buvard, baignant dans de petites quantités de liquides nutritifs variés, contenus dans le fond de tubes à essai.

Les milieux ont été : des sérums de cheval, mouton, porc, veau, lapin. poule; des produits de broyage de muscles (bœuf, merlan); des corps de crevettes et de moules. Les bacilles de Koch ont poussé sur le papier buvard, imbibé, par capillarité, de ces différents milieux.

Les auteurs ont repris, en outre, leurs recherches sur les milieux synthétiques; ils ont vu que les milieux solidifiés au moyen de la gélose, donnaient des cultures rapides (douze jours) abondantes et repiquables en série. Tous ces milieux comprenaient soit de la glycérine à 8 p. 100, soit du glucose à 2 p. 100. La richesse des cultures a été la même dans les deux cas. Cependant, la simple décoction de pommes de terre, sans adjonction de glycérine ni de glucose, a donné des résultats supérieurs aux autres milieux (1). Ces expériences montrent la plasticité du bacille de Koch et sa conservation possible dans les conditions nutritives les plus différentes.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 17 mars 1924) :

Recherche sur l'étiologie de la rougeole. Culture du microbe de Caronia. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont obtenu dans les milieux catalysants de di Cristinaou de Tarozzi-Noguchi des cultures d'un microcoque très fin, isolé ou en diplocoque, en ensemençant le sang d'enfants ou d'adultes du premier au deuxième jour d'une éruption rubéolique.

Ce microcoque se développe assez lentement, est peu abondant dans les cultures. Il ne prend pas le Gram. Sa coloration a été réalisée avec le bleu polychrome et le bleu de Unna. Sa visibilité est faible, non tant à cause de ses dimensions que de son mélange dans la préparation avec les précipités albumineux du milieu de culture.

Ce microbe est absolument comparable à celui que Caronia et Sindoni considèrent comme l'agent de la rougeole. L'opinion des auteurs lyonnais est encore réservée sur ce point en l'absence de la reproduction par eux de la maladie expérimentale.

(1) Vaudremer. Tuberculine et milieux de culture des bacilles tuberculeux. *C. R. de la Soc. de biol.*, 30 avril 1921.

Milieux à l'esculine pour le diagnostic différentiel des bactéries du groupe strepto-entéro-pneumocoque. — M. Rochaix montre que les milieux à l'esculine peuvent servir au diagnostic différentiel des microbes du groupe strepto-entéro-pneumocoque. L'entérocoque pousse sur ce milieu et le noircit. Le streptocoque pousse et ne le noircit pas. Le pneumocoque ne s'y développe pas.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

HONORAIRES MÉDICAUX. ARRÊTÉ DU 8 JUILLET 1920

Le docteur P... avait obtenu du tribunal de paix de Saint-Ouen, le 17 février 1922, la condamnation de deux industriels à la somme de 776 francs pour soins médicaux donnés à leur ouvrier L..., victime d'un accident du travail ;

Ces industriels ont interjeté appel de la décision, offrant, comme ils l'avaient fait devant le premier juge, la somme de 470 francs correspondant au prix, selon le tarif admis, de 60 pansements ou consultations ;

En outre, ils contestaient devant le tribunal, comme en première instance, au docteur P..., *que les pansements et l'ensemble des soins avaient été donnés par le docteur lui-même* et prétendaient, en conséquence, qu'aux termes de l'article 30, paragraphe 10 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, *le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.* Et ils concluaient subsidiairement à une enquête tendant à établir que tous les pansements n'avaient pas été faits à l'ouvrier L... par le docteur P... lui-même ;

Le 26 février 1924, le tribunal civil de la Seine (7e Chambre) a rendu une décision aux termes de laquelle il déclare que l'interprétation, comme l'indiquaient les deux industriels, du texte sus-visé ne saurait être admise ;

La décision s'exprime ainsi :

« Qu'elle serait, en effet, contraire aux dispositions mêmes de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 12 avril 1922, qui stipule en son article 4 que « le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques ;

Que les pansements constituent de toute évidence les soins les plus usuels donnés aux accidentés du travail ; qu'ils donnent lieu à des frais médicaux et pharmaceutiques qui sont donc nécessairement dus par les chefs d'entreprise au médecin qui donne ses soins au blessé; *qu'on ne concevrait pas, en effet, qu'ils puissent être dus aux infirmiers qui ne font que les exécuter sur les instructions, sous la surveillance et sous la responsabilité du médecin traitant dont ils ne sont que les employés.*

Attendu que l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 prévoit toutes les interventions de spécialistes en matières d'accidents du travail, interventions qui sont le plus souvent provoquées sur l'initiative du médecin traitant ; que le rédacteur de l'arrêté précise alors, en son article 30, qu'en ce cas ce dernier ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même et non pour ceux qu'ont donnés ses confrères qu'il a cru devoir faire intervenir ;

Que c'est donc à tort que les appelants prétendent faire échec à la demande formée par le docteur P... en lui opposant les dispositions de l'article 30 in fine de l'arrêté ministériel précité, lesquelles n'ont aucune application en l'espèce actuellement soumise au tribunal ;

Qu'il n'y a donc lieu, dès lors d'ordonner l'enquête qu'ils sollicitent et qui ne saurait avoir aucune influence sur l'issue de l'instance ;

Attendu, en ce qui concerne le montant des honoraires, qu'ils ont été condamné par le jugement attaqué à payer au docteur P..., qu'il y a lieu, et par les motifs invoqués audit jugement, de le maintenir. »

Le jugement du tribunal de paix de Saint-Ouen a donc été

maintenu. Les décisions rendues tant par celui-ci que par le tribunal civil sont exactes : du moment que les soins ont été donnés sous la surveillance et la responsabilité du médecin traitant, celui-ci a droit à la rémunération telle qu'elle est prévue par le tarif ; et cela d'autant plus qu'aucune faute, quelle qu'elle soit, n'a été relevée soit contre l'infirmier, soit contre le médecin, qui d'ailleurs aurait été responsable de ce dernier, s'il avait commis une faute.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS ET LA PATENTE

La *Fédération corporative des médecins de la Région parisienne* s'est émue de la situation créée aux médecins par les nouveaux errements qui semblent devenir une règle suivie par les contrôleurs des Contributions directes chargés du recensement des imposables et de la formation des matrices de patentes, errements doublement intolérables, puisqu'ils paraissent profondément arbitraires et que cet arbitraire même s'exerce avec des variantes telles que, suivant les quartiers de Paris, l'imposition du médecin variera, pour un même chiffre de loyer, du simple au double.

Soucieuse des intérêts de ses adhérents, la Fédération a prié son conseil juridique, Me Maurice Brochin, avocat à la Cour de Paris, de lui faire part de son sentiment sur la question.

***

De cette importante consultation nous extrayons quelques passages que nos confrères liront avec intérêt.

Après avoir examiné ce qu'est l'impôt de la patente et spécialement la patente du médecin, ses bases d'établissement et la manière dont l'administration entend en tirer parti, l'avocat-conseil de la Fédération indique son *mode de calcul*.

« Avant d'entamer une résistance quelconque, le médecin devra tout d'abord calculer son principal fictif qui sera, en ce qui concerne spécialement les médecins de la région parisienne, le 1/15 de la valeur locative quand elle est inférieure ou égale à 4.000 francs, le 1/12 si elle est supérieure. Il s'agit bien entendu de la valeur locative tant des locaux occupés à Paris, que de ceux que peut occuper professionnellement ailleurs le redevable.

« Le chiffre ainsi obtenu devra être multiplié par le centime indiqué en marge de l'avertissement.

Exemple :

Loyer, 6.000 francs ; centime, 3,29.

Principal fictif $\frac{6.000}{12} = 500$.

Patente, $500 \times 3,29 = 1.645$ francs.

***

Modes de protestation du contribuable.

« Il appartient toujours au contribuable lésé par une fixation de taxe de prendre l'initiative d'une réclamation ou d'une poursuite. Il pourra agir préventivement, judiciairement, ou par voie gracieuse.

Préventivement, il lui suffira de savoir que, lors du recensement annuel auquel procède le contrôleur, les matrices restent déposées pendant dix jours au secrétariat de la mairie. Le patenté peut en prendre connaissance et transmettre sa réclamation au maire, soit par lettre, soit en utilisant le registre spécial tenu à la mairie; il peut aussi bien voir directement le contrôleur. La réclamation sera examinée par la Commission des Contributions, et c'est le directeur des Contributions qui statuera sur son sort.

Judiciairement, dans les trois mois de la publication du rôle, et en ayant soin de communiquer sa demande au maire, le réclamant saisira le Préfet d'une demande en décharge ou en réduction, établie sur papier timbré et ainsi conçue :

« Le soussigné a l'honneur de présenter au sujet de la taxation dont il a été l'objet (art. ... du rôle de la commune de .....) à l'impôt des patentes, la présente réclamation basée sur les motifs suivants :

. . . .

« En conséquence, il demande à être détaxé et considère en vertu de ce qu'il vient d'exposer qu'il ne saurait lui être réclamé qu'une somme maxima de ... francs. Il réclame donc le bénéfice de la loi du 13 juillet 1903 qui permet de différer le paiement pour tout ce qui dépasse ce chiffre.

« Il entend présenter devant le Conseil de Préfecture, par le ministère de Me X..., avocat, des explications orales et demande à être averti en temps utile de la fixation de l'audience.

Fait à Paris, le ...... »

(Extrait du *Manuel pratique* de P. Bongault.)

« Il est à noter que le Conseil de préfecture, qui n'est lié ni par les avis donnés au cours de l'instruction par les agents de l'administration, ni par les résultats de l'expertise à laquelle il a pu être procédé, statue librement et peut fixer la valeur locative, soit au chiffre demandé par le patenté, soit à celui apprécié par le contrôleur, soit même à un chiffre supérieur à celui proposé par le directeur des contributions.

« Gracieusement, enfin, et à raison de circonstances exceptionnelles ou personnelles, le patenté peut former une demande en remise ou en modération que l'administration examine souverainement.

***

« En résumé, il apparaît que la seule solution légale et logique du problème soumis à notre examen consiste à forcer l'administration, par des protestations et des actions judiciaires introduites à bon escient, à continuer de prendre pour base constante de la valeur locative les loyers de 1914, tels qu'ils résultent des baux ou déclarations de locations verbales de l'époque ; allant même plus loin, et considérant que la patente est un impôt de quotité, nous pensons que cette solution devrait être temporairement absolue, quelles qu'aient pu être les augmentations de loyer subies par une petite minorité de locataires.

« En tous cas, et dès l'instant où le contrôleur néglige délibérément de respecter les indications de prix données par un bail authentique ou sous seing privé, nous estimons qu'un recours judiciaire doit être intenté, et reste susceptible de faire obtenir satisfaction au contribuable surpatenté. »

LE NOMBRE DE DIPLOMES DE CHIRURGIENS DENTISTES DÉLIVRÉS DE 1892 A 1924

M. Bouilloux-Lafont, député, a demandé à M. le ministre de l'Instruction publique combien de diplômes de chirurgiens dentistes ont été délivrés depuis le vote de la loi du 30 novembre 1892 jusqu'au 1er janvier 1924. (*Question du 15 janvier 1924.*)

Il a été délivré, a répondu le ministre, depuis la date d'application des dispositions du décret du 25 juillet 1893 fixant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme institué par la loi du 30 novembre 1892 jusqu'au 1er janvier 1924, 5.169 diplômes de chirurgien dentiste. (*J. O.*, 27 mars 1924.)

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique aux villes d'eaux. Stations climatiques. Plages marines françaises (1), par M. le docteur L. PORCHERON.

Voici la quatrième édition de cet excellent Guide. L'auteur l'a complété avec le plus grand soin, y ajoutant cent cinquante nouvelles stations.

C'est un véritable dictionnaire qui rendra les plus précieux services aux praticiens. L. G.

(1) Quatrième édition. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 avril. — MM. Hutinel, 19; Bith, 19,54; Leblanc et Mouquin, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — La Commission administrative des hôpitaux civils de Grenoble donne avis qu'un concours sera ouvert courant juin 1924, dans une ville de Faculté désignée par le sort, pour la nomination d'un chef du laboratoire d'analyses.

Les candidats devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine et de nationalité française.

La liste d'inscription sera close le 15 mai 1924.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat général des hôpitaux civils de Grenoble, à La Tronche.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Boulanger-Pilet est délégué, du 1er mars au 31 octobre 1924, dans les fonctions de chef de laboratoire (diphtérie), en remplacement de M. Marie, démissionnaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours de l'agrégation. — Le *Journal officiel* du 6 avril 1924 publie un arrêté instituant un examen préalable que devront subir les candidats à l'agrégation.

Cet examen ne donnera droit à aucun titre ni à aucune fonction; il comprendra deux épreuves :

La première, qui aura lieu tous les ans en décembre, comprendra deux épreuves écrites.

La deuxième épreuve aura lieu tous les trois ans et comprendra la remise d'un travail inédit avec exposé de vingt minutes et une leçon de trois quarts d'heure après vingt-quatre heures de préparation.

Les candidats admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs seront dispensés de la première épreuve.

— Un décret en date du 13 mars 1924 dispose que les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont nommés pour neuf ans dans les formes prescrites par un arrêté ministériel.

Ceux qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales sont nommés sans limite de temps après un stage d'enseignement régulier de deux ans, sur la proposition de la faculté et après avis favorable de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public.

Les agrégés qui se feront inscrire à la patente postérieurement à leur nomination cesseront leurs fonctions après neuf ans d'exercice. (*J. O.*, 4 avril 1924.)

— Alger. — M. Argaud, professeur à la Faculté de Toulouse, ancien professeur à la Faculté d'Alger, est nommé professeur honoraire à cette dernière Faculté.

M. Trabut, professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie à la Faculté d'Alger, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

— Lille. — M. Polonowski, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours complémentaire de chimie analytique.

M. Delannoy, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1923-1924, de conférences de pathologie externe, en remplacement de M. Jeannenney, nommé à Bordeaux.

— Lyon. — M. Cotte, agrégé, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1924, d'un cours de chirurgie opératoire.

M. Thévenot, agrégé, est maintenu en exercice pour l'année scolaire 1923-1924.

Il est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours complémentaire d'anatomie, en remplacement de M. Cordier, en congé.

— Montpellier. — M. Gaston Giraud, agrégé, est chargé, à partir du 1er mars 1924 d'un cours d'hydrologie et de climatologie (arrêté ministériel du 23 février 1924).

— M. le docteur Pa ès est délégué, du 1er janvier au 31 octobre 1924, dans les fonctions de chef du laboratoire de radiologie.

— NANCY. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1923-1924, des cours semestriels ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Clinique des maladies contagieuses : M. Caussade ; electrothérapie et radiologie : M. Lamy.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général des troupes coloniales Lasnet, président du Conseil supérieur de santé des colonies, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Gouzien, placé dans la section de réserve.

M. le médecin inspecteur Dopter, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Georges, décédé.

M. le médecin principal de 1re classe Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre consultatif du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Dopter, nommé membre titulaire. (*J. O.*, 4 avril 1924.)

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 6 avril 1924 publie un arrêté relatif au tarif des frais médicaux en matière d'*accidents du travail*.

ARTICLE UNIQUE. — Les arrêtés des 8 juillet 1920 et 28 juin 1921, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, sont complétés par les dispositions suivantes :

« 1° En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif — et non à son interprétation — les parties intéressées pourront convenir, soit de la constitution de commissions de contrôle ou d'arbitrage, soit de la désignation d'un tiers médecin contrôleur ou arbitre.

2° Le présent tarif est applicable lorsqu'il y aura eu impossibilité pour la victime d'appeler elle-même son médecin. »

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier*. — (A titre posthume.) M. le docteur Lemaire (de Roubaix) : « A bien mérité du pays au cours de la guerre pendant l'occupation ennemie des régions envahies. »

ASILE D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Cassan (de Nîmes).

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — COURS DE VACANCES (Pâques, 14-25 avril 1924.) — *Lundi 14 avril*. — 10 h. M. le professeur Nobécourt : Ouverture du cours ; — 10 h. 1/2. M. Lereboullet : Les notions actuelles sur la diphtérie ; — 16 h. M. Tixier : Hérédo-syphilis de la deuxième enfance (1re leçon) ; — 17 h. M. Mathieu : L'encéphalite aiguë épidémique.

Mardi 15 avril. — 10 h. 1/2. M. Tixier : Hérédo-syphilis (2e leçon) ; — 16 h. M. Tixier : Anémie de l'enfance ; — 17 h. M. Babonneix : Encéphalopathies infantiles et mongolisme.

Mercredi 16 avril. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet : Les syndromes endocriniens (1re leçon) ; — 16 h. M. Janet : Les néphrites des enfants ; — 17 h. M. Babonneix : Les chorées.

Jeudi 17 avril. — 10 h. 1/2. M. Duhem : Radiologie du cœur chez l'enfant ; — 16 h. M. Lereboullet : Les syndromes endocriniens (2e leçon) ; — 17 h. M. Babonneix : La poliomyélite aiguë.

Vendredi 18 avril. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet : La tuberculose du médiastin, son diagnostic clinique ; — 16 h. M. Mathieu : Les tuberculoses aiguës de l'enfance ; — 17 h. M. Duhem : Radiographie du hile et du médiastin.

Samedi 19 avril. — 10 h. 1/2. M. Bidot : Coprologie.

Mardi 22 avril. — 10 h. 1/2 : M. le professeur Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone : Les syndromes de l'arthritisme chez l'enfant ; — 16 h. M. Paraf : Notions nouvelles sur la rougeole ; — 17 h. M. Janet : Le diabète des enfants.

Mercredi 23 avril. — 10 h. 1/2. M. le professeur Enrique Suner (de Madrid) : Observations cliniques sur la sténose pylorique des nourrissons ; — 16 h. M. Paraf : Notions nouvelles sur la scarlatine ; — 17 h. M. Nadal : L'asthme infantile.

Jeudi 24 avril. — 10 h. 1/2. M. le professeur Casasayas (de Barcelone) : Crises cycliques acétonémiques chez les enfants ; — 16 h. M. Paraf : Notions nouvelles sur la méningite cérébro-spinale ; — 17 h. M. Janet : L'épilepsie et ses nouvelles médications.

Vendredi 25 avril. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet : Les infections pneumococciques dans l'enfance et leur traitement ; — 16 h. M. Mathieu : Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques ; — 17 h. M. Nadal : Dilatation des bronches chez les enfants.

Professeur Nobécourt, à 9 h. : Conférence clinique dans les salles de la clinique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredi, vendredi, de 15 à 17 h.

NOTES DE PRATIQUE

LE BORATE DE SOUDE EN THÉRAPEUTIQUE GASTRIQUE

MM. Maurice Loeper et R. Turpin ont eu l'idée de substituer au bromure le borate de soude dans les dyspepsies nerveuses et dans les réactions nerveuses au cours des états gastriques.

Il résulte de leurs recherches (1) que le borate de soude a une *action multiple*, *tonique*, *alcalinisante*, *antiseptique* et *sédative* qui trouve ses indications non seulement dans les états gastriques à forme douloureuse sans lésions organiques, mais encore dane les gastrites avec localisations ulcéreuses et néoplasiques.

Posologie : Le borate de soude peut être employé sous forme de bi ou de tétraborate en solution à dix pour deux cents, additionné ou non de partie égale de glycérine et dans la proportion de 2 à 3 grammes par jour.

Dans les lésions organiques, il est préférable de l'administrer une demi-heure avant l'ingestion d'un aliment quelconque, dans un peu d'eau, deux à trois fois dans la journée.

Dans les troubles inorganiques ou fonctionnels, surtout dans les réactions cardiaques ou vasculaires à distance, on peut le donner avec les aliments.

Il doit être administré par périodes de huit à dix jours, suspendu pour éviter l'accoutumance et repris ensuite aux mêmes doses et pendant le même temps.

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

(1) *Presse méd.*, 2 avril 1924.

VARICOCÈLE PELVIEN

Par M. Maurice AUVRAY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

Le varicocèle pelvien est caractérisé par la dilatation permanente des veines du bassin et, en particulier, de celles qui siègent dans le ligament large et plus spécialement dans l'aileron tubaire.

Il a été signalé pour la première fois par Richet dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* en 1860; cet auteur en donne la relation suivante d'après l'autopsie d'une femme qui avait eu huit enfants et avait succombé à un cancer de l'estomac : « Il existait de chaque côté de l'utérus une tumeur régulière, bosselée, molle, fluctuante, occupant l'épaisseur des ligaments larges... Le doigt, introduit dans le vagin, permettait d'apprécier, sur les côtés de l'utérus, sa mollesse qui donnait plutôt la sensation de fongosités molles et pâteuses que d'une véritable fluctuation. Après avoir lié la veine cave au-dessous de l'embouchure des veines ovariennes pour forcer le sang à s'y introduire, Richet constata qu'en exerçant des pressions sur le thorax, sur le foie ou directement sur la veine cave, on faisait facilement gonfler les deux tumeurs variqueuses. La dissection lui montra que les deux tumeurs étaient exclusivement formées par les ramifications du plexus utéro-ovarien énormément dilatées; çà et là dans le tissu cellulaire des ligaments larges, il trouva comme des noyaux apoplectiques isolés des parois veineuses, et dont la formation, en raison de la coloration du sang contenu dans le foyer, paraissait remonter à une époque déjà fort éloignée. Il est probable qu'autrefois il s'était formé là des épanchements sanguins par suite de la rupture de quelques-unes de ces nombreuses bosselures veineuses. »

La description des lésions anatomiques donnée par Richet mettait en évidence de la façon la plus nette l'existence des lésions veineuses variqueuses observées dans le varicocèle pelvien.

Le varicocèle pelvien a été étudié dans la thèse de Devalz, élève de Richet (Paris 1858), dans des travaux de Coe (1883), de Dudley (1888), de Petit dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie*, dans les thèses de Roussan (Paris 1892), de Camuset (Lyon 1903). En 1920, dans *Gynécologie et obstétrique*, Chalier et Dunet (de Lyon) ont consacré un article au varicocèle tubo-ovarien qu'ils considèrent comme rare et dont ils décrivent deux variétés : le *varicocèle secondaire* à une lésion utérine, annexielle ou recto-sigmoïdienne, et le *varicocèle tubo-ovarien essentiel*, lésion cliniquement primitive, sans rapport avec une lésion pelvienne quelconque.

Kelsall, dans un article paru dans *American Journ. of surgery* (New-York 1921), admet que les varices du ligament large ou varices du plexus pampiniforme sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Elles seraient plus fréquentes à gauche comme le varicocèle de l'homme, et pour les mêmes raisons.

Dans un article de la *Prensa medica argentina* publié en 1921, Castano (de Buenos-Aires) a défendu lui aussi cette idée que la fréquence du varicocèle est beaucoup plus grande qu'on ne le pense généralement.

Parmi les travaux les plus récents, nous devons signaler celui de Ludwig A. Emge sur les varices du pelvis chez la femme dans *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, fév. 1921, celui d'Engelmann sur le varicocèle du ligament large, dans *Centr. fur Gyn.*, 1922, n° 9, celui de Schubert dans *Centr. fur Gyn.*, 1922, n° 41, et surtout celui que Cotte (de Lyon) et Mlle D. Jezditch ont consacré au varicocèle pelvien dans *Gynécologie et obstétrique*, 1923 (n° 3, t. VII). Pour ces derniers auteurs, le varicocèle pelvien est loin d'être exceptionnel. Sur 650 laparotomies faites à la clinique d'Auguste Pollosson, ils en ont relevé sept observations typiques; mais ils reconnaissent que l'affection est d'un diagnostic extrêmement difficile. Dans leurs observations les auteurs ne retiennent que les cas dans lesquels le varicocèle représente la seule lésion objective; ils ont bien soin de le distinguer du varicocèle secondaire. Cotte rappelle que ces malades sont le plus souvent des arthritiques, à l'âge moyen de la vie, sujettes dès l'établissement de la puberté à des troubles de congestion pelvienne et à des règles douloureuses et qui ont eu des grossesses.

1° Étiologie. — Je ne fais que signaler le *varicocèle secondaire* qu'on peut observer au cours de l'évolution de tumeurs du petit bassin (fibromes, kystes de l'ovaire) gênant la circulation veineuse en retour, au cours d'infections pelviennes, dans des cas de prolapsus, de déplacements de l'utérus entraînant une torsion des vaisseaux.

C'est surtout ici l'histoire du *varicocèle essentiel, idiopathique* comme on l'appelle encore, que j'envisage. Or, la pathogénie du varicocèle essentiel est très discutée. Certaines causes peuvent évidemment prédisposer à l'apparition du varicocèle : les veines du plexus utéro-ovarien situées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ont leurs parois mal soutenues et n'opposent pas de résistance à la pression sanguine (Richet), d'autant que ces veines sont dépourvues de valvules (Dudley). Peut-être aussi peut-on, dans certains cas, invoquer, pour expliquer la production du varicocèle, une anomalie de développement du système veineux d'origine congénitale.

Pour Castano, le varicocèle pelvien s'observerait surtout chez des femmes arthritiques présentant un état congestif pelvien qui a été décrit par Richelot à propos de la congestion utérine. Pour le même auteur, la syphilis jouerait dans bien des cas un rôle dans la pathogénie du varicocèle pelvien.

Chalier et Dunet attribuent un rôle important dans la pathogénie du varicocèle aux *lésions de l'ovaire* qui sont souvent associées au varicocèle et qu'ils considèrent comme primitives. Ils rappellent le rôle attribué à la sécrétion interne de l'ovaire et aux cellules lutéiniques dans l'apparition de la menstruation et l'action capitale qu'exerce cette sécrétion sur la vascularisation de tout le système génital de la femme. Or, dans le varicocèle tubo-ovarien, il existe souvent des *lésions ovariennes scléro-kystiques* caractérisées par l'hyperplasie des cellules à lutéine. « L'ovaire voit donc augmenter le nombre de ses cellules à sécrétion interne et est en état d'hyperfonctionnement. L'hormone spécifique sécrétée en quantité anormale entraînera des troubles d'hyperovarie et la congestion menstruelle sera prolongée et intensifiée. Tous ces troubles congestifs

(1) Ce travail formera un chapitre du *Précis de gynécologie* qui paraîtra prochainement chez Doin.

s'exercent naturellement par l'intermédiaire du système vasculaire génital; il nous faut donc admettre une action spécifique et probablement directe de l'hormone lutéinique sur les tuniques vasculaires, et plus vraisemblablement sur le système nerveux vaso-moteur annexé au système vasculaire génital » (Chalier et Dunet). « Le varicocèle tubo-ovarien serait consécutif à un trouble fonctionnel de la glande ovarienne; les cellules à sécrétion interne hyperplasiées provoquant l'hyperovarie » (Chalier et Dunet). Le varicocèle serait secondaire à l'état congestif provoqué par l'hyperovarie.

Cette manière de voir conduit Chalier et Dunet à proposer la castration ovarienne comme traitement du varicocèle pelvien.

Cotte ne partage pas les idées de Chalier et Dunet; il admet que le varicocèle peut être associé à l'ovarite scléro-kystique; mais il fait remarquer que, tandis que pour les uns c'est l'ovarite qui entraîne le varicocèle, pour d'autres l'ovarite est considérée comme une lésion secondaire à l'altération veineuse, de même que l'atrophie testiculaire accompagne parfois le varicocèle chez l'homme. De plus, les lésions de l'ovaire ne sont pas constantes dans le varicocèle pelvien; Cotte rappelle, que dans la statistique de Schubert, sur 30 cas de varicocèle 4 fois seulement elles existaient; dans celle d'Engelmann, sur 20 cas, 11 fois il n'existait pas de lésions annexielles. Il en conclut naturellement qu'il est illogique de faire la castration lorsque les veines du bassin sont seules intéressées. Mais Cotte insiste au contraire sur la fréquence des rétrodéviations de l'utérus, de la mobilité exagérée de cet organe et de la tendance au prolapsus.

Il faut reconnaître que nous sommes encore, au point de vue pathogénique, dans le domaine des hypothèses, et de nouvelles recherches sont nécessaires. Mais le varicocèle pelvien me paraît, comme à plusieurs des auteurs que je viens de citer, plus fréquent qu'on ne l'admet généralement. J'en ai, en quelques semaines, observé deux cas non douteux. Peut-être bien, comme le fait observer Emge, que si on ne le constate pas plus souvent c'est que les femmes sont examinées en position horizontale et opérées en position de Trendelenburg, c'est-à-dire dans des conditions qui favorisent la réduction de la tumeur veineuse.

2° Symptômes. — Le varicocèle pelvien ne se révèle pas toujours par des signes cliniques bien nets. Cotte insistait récemment sur l'absence d'un tableau clinique caractéristique dans la plupart des cas, ce qui rend tout diagnostic incertain, et ce qui explique qu'il ait été souvent reconnu seulement au cours d'une laparotomie pratiquée avec le diagnostic de lésion annexielle chronique. Le varicocèle provoque souvent une sensation de pesanteur dans le petit bassin, plus marquée à gauche et dans la station debout, ou même une douleur assez vive, irradiée à la région lombaire gauche (Chalier et Dunet) et dans les cuisses, et qui augmente dans la station debout et les efforts. Une malade observée dans notre service présentait de véritables névralgies pelviennes qui se reproduisaient fréquemment à l'occasion de la moindre fatigue. On peut observer en même temps que les douleurs du ténesme vésico-rectal avec faux besoins.

Le varicocèle s'accompagne de troubles de la menstruation, les règles étant plus fréquentes, plus abondantes et douloureuses. Dans l'intervalle des règles des métrorragies peuvent se produire, rebelles au traitement; chez une de nos malades, elles étaient provoquées par le coït.

Il peut exister aussi des troubles nerveux généraux. On peut noter la coexistence d'hémorroïdes et de varices volumineuses. Toutes les causes qui, d'une façon générale, provoquent la congestion pelvienne et parmi elles la constipation chronique, les excitations sexuelles répétées, agissent en augmentant les troubles fonctionnels.

Castano a décrit un symptôme qu'il considère comme constant et pathognomonique, sous le nom de dispareunie; la congestion exagérée des veines clitoridiennes augmenterait les désirs génitaux de la femme, mais ceux-ci ne pourraient être satisfaits à cause de la douleur extrêmement vive réveillée par le coït (?).

L'examen local des organes pelviens est souvent à peu près négatif; on constate un peu de douleur, un peu d'empâtement des culs-de-sac vaginaux; parfois cependant on peut percevoir l'existence de paquets variqueux pelviens formant une tumeur molle, pâteuse, qui, fait important pour le diagnostic, est perceptible *dans la station debout et disparaît dans la position horizontale*. Ces notions peuvent être reconnues en examinant la malade alternativement dans la position debout et couchée. L'examen de l'utérus révèle un organe gros, congestionné, souvent rétrodévié.

L'absence de signes nets conduit souvent le médecin à conclure qu'il est en présence d'un état pelvien d'origine nerveuse, alors qu'en réalité il existe une lésion anatomique qui suffit à elle seule pour expliquer les troubles observés.

3° Traitement. — Le traitement médical peut être d'abord essayé chez les femmes que l'on suppose atteintes d'un varicocèle pelvien. Dans les formes légères un traitement décongestionnant peut suffire. Certains médicaments, tels l'hamamelis, l'hydrastis canadensis, ont été conseillés et pourraient agir en diminuant la congestion veineuse. L'opothérapie a été également préconisée. Chalier et Dunet qui, nous l'avons vu, font jouer un rôle à l'hyperovarie, à l'hypersécrétion ovarienne dans la pathogénie des accidents, rejettent l'opothérapie ovarienne, mais admettent que l'opothérapie mammaire pourrait donner des résultats.

Le traitement thermal peut être avantageusement conseillé; comme il s'agit de sujets neuro-arthritiques à manifestations douloureuses, les eaux sédatives de Néris, Luxeuil, Royat, Plombières, sont indiquées. Les eaux de Bagnoles (de l'Orne), par leur action excitante sur la circulation générale, sont également indiquées chez ces femmes qui ont une mauvaise circulation pelvienne, elles agissent en décongestionnant le petit bassin.

Peut-être aussi l'emploi des rayons X ou du radium, dans le but d'amener la sclérose veineuse et l'atrophie de l'ovaire, pourrait-il être utilisé (Chalier et Dunet)?

Devant la persistance, malgré la thérapeutique médicale, des troubles fonctionnels, le traitement chirurgical peut devenir nécessaire. C'est à la laparotomie qui renseignera exactement sur la nature et l'étendue des lésions, qu'il faudra s'adresser. Avec Cotte, je pense qu'il faut distinguer les cas où le varicocèle est pur, sans lésions annexielles, et ceux où il existe des lésions annexielles et même utérines importantes.

Dans le premier cas, différentes interventions ont été pratiquées :

Kelsall a conseillé la pose de *ligatures* sur les veines dilatées et la résection de ces veines entre les ligatures.

Keed, Sencert ont *réséqué* des paquets variqueux du mésosalpinx.

Costano a *réséqué* un segment des veines utéro-ovariennes qui accompagnent l'artère spermatique avant leur entrée dans le ligament large.

Cotte donne aussi dans les cas qui nous occupent la préférence à la *résection des paquets variqueux* qui peut porter sur le mésosalpinx ou les plans veineux situés sous le feuillet postérieur du ligament large. Mais Cotte préfère comme Costano la résection veineuse des veines spermatiques dans le ligament lombo-ovarien; il a eu l'occasion de revoir deux malades opérées depuis longtemps qui étaient restées guéries.

Il complète toujours l'intervention par la *fixation ligamentaire* de l'utérus qui est trop mobile et souvent rétrodévié. « Après la fixation, les conditions circulatoires sont tellement changées que pour certains auteurs cette intervention à elle seule pourrait suffire à faire disparaître les troubles dus au varicocèle. » Ludwig Emge a également préconisé la fixation haute de l'utérus, que j'ai moi-même pratiquée dans un cas.

Dans le second cas, s'il existe des lésions annexielles, on aura recours à la *castration*. Chalier et Dunet conseillent de s'attaquer à l'ovaire malade et d'enlever d'un seul côté à la fois l'ovaire, la trompe et le paquet des veines variqueuses. Cotte préconise également la castration qu'on fera unilatérale, bien entendu, s'il existe des lésions annexielles d'un seul côté. Les indications de la castration varieront du reste avec l'âge de la malade et l'étendue des lésions ovariennes.

Dans mon service on est intervenu deux fois, récemment, chez des malades atteintes de varicocèle pelvien.

L'une des malades a été opérée par moi-même dans les conditions suivantes : à droite, où il existait un ovaire kystique, les annexes ont été enlevées en totalité. A gauche, l'ovaire était partiellement kystique et je me contentai d'enlever par une *incision en coin* la portion dégénérée de l'organe.

Dans le mésosalpinx de ce côté, il existait des veines volumineuses dont une surtout que je réséquai; l'observation constate que les douleurs ressenties par la malade étaient surtout marquées à gauche. Enfin, je terminai en fixant l'utérus à la paroi.

L'autre malade a été opérée par l'un de mes assistants. Chez cette personne qui présentait des métrorragies persistantes provoquées par le coït et de fortes névralgies pelviennes, on trouvait par le toucher un col utérin irrégulier et le corps de l'organe un peu augmenté de volume; au spéculum, le col apparaissait légèrement ectropionné et ecchymotique; l'exploration des culs-de-sac du vagin réveillait de la douleur sans qu'on sente une tuméfaction annexielle nette. A la laparotomie, on fut frappé tout d'abord par la vascularisation et l'état congestif de tout le petit bassin; en examinant les annexes qui n'étaient pas adhérentes, on remarqua qu'elles étaient le siège d'un varicocèle surtout volumineux à gauche, certaines veines utéro-ovariennes avaient la dimension d'une saphène à son embouchure. Comme il s'agissait d'une femme dont la vie génitale était déjà avancée et qui avait eu plusieurs enfants, que l'utérus présentait des lésions de sclérose, on se décida pour la suppression des annexes et de l'utérus dans sa totalité.

Ces malades ont guéri de leur opération, mais il est impossible de dire quels seront les résultats éloignés, car les opérations sont de date encore très récente.

ACTUALITÉS

RÉFLEXIONS SUR LE CATGUT

On s'étonnera peut-être que le catgut puisse faire le sujet d'un article d'actualité. Mais il y a de vieilles questions qui demeurent toujours actuelles. On les oublie quelque temps. Un beau jour, qu'on le veuille ou non, il faut s'y intéresser ou s'en soucier à nouveau. Ainsi en est-il du catgut. Pendant de plus ou moins longues périodes, il ne fait pas parler de lui. Les chirurgiens cessent de le craindre et croient que, décidément, il est devenu le fil de tout repos dont la souplesse et la ténacité régulières égalent la parfaite stérilité. Puis le catgut se signale encore une fois. Il montre une fragilité déplorable, cassant à tout propos et hors de propos; ou bien, plus fâcheusement encore, il donne naissance à des abcès qui troublent les suites des opérations les plus aseptiques. Alors la question du catgut revient sur le tapis pour quelque temps. Ce sont d'ailleurs ces sortes de crises qui ont fait et feront peut-être encore progresser l'irritante question, jusqu'au moment où la corde à boyau aura disparu du matériel opératoire, remplacée par quelque succédané moins dangereux.

Or, il semble que nous traversons actuellement une crise de mauvais catgut. Personnellement, j'ai vu depuis quelques mois, chez plusieurs de mes opérés des éliminations de fils d'origines diverses et je viens d'apprendre que d'assez nombreux chirurgiens avaient eu ces temps derniers des ennuis analogues ou même beaucoup plus sérieux dus à l'imparfaite asepsie du catgut. J'ai beaucoup étudié les fils résorbables, il y a quelques années, particulièrement leur résorbabilité et leur stérilisation. Mes observations et mes expériences m'ont alors permis de faire des remarques intéressantes dont quelques-unes peuvent, utilement sans doute, être présentées ici à l'occasion des méfaits récents du catgut.

Rappelons d'abord les caractères que revêt le plus habituellement l'accident infectieux né d'un catgut, car je négligerai délibérément les complications d'ordre mécanique, rupture d'une ligature vasculaire, désunion d'une suture profonde qui proviennent d'un défaut de résistance ou d'une résorption trop rapide de la corde. Ces faits sont beaucoup moins intéressants parce qu'avec certaines précautions ils sont presque toujours évitables. L'accident infectieux, au contraire, est imprévisible dans les conditions présentes, le chirurgien employant nécessairement des fils tout préparés dont la stérilité lui est garantie.

On a attribué au catgut beaucoup d'infections opératoires bénignes ou graves. On a même porté à son compte, autrefois, des cas de tétanos survenus à la suite d'interventions aseptiques. Une telle

accusation n'a certes rien d'invraisemblable. Malheureusement, il est très difficile d'en démontrer le bien fondé. Il faut reconnaître au surplus que les fabricants de catgut ont souvent beau jeu à se défendre contre les reproches qui leur sont adressés avec plus ou moins de raison, je veux dire avec des raisons plus ou moins valables. En fait le catgut est souvent en cause, mais on ne doit l'incriminer qu'à bon escient, quand l'infection fait, pour ainsi dire, la preuve de son origine. Elle présente alors les caractères suivants : elle est relativement tardive, n'apparaissant qu'au bout de quelques jours, alors que la plaie opératoire a évolué jusque-là d'une façon normale ; son foyer contient le corps du délit, fil ou débris de fil; en outre — mais ceci est moins constant — elle est localisée et guérit rapidement après l'élimination ou l'ablation du fil infecté.

On comprendra aisément la signification et la valeur de ces caractères. Quand un catgut a été imparfaitement stérilisé, les germes encore vivants sont profondément logés dans sa substance et ne sont libérés que lentement, lorsque le fil se ramollit, commence à se détordre ou même à se désagréger, ce qui demande un délai de quelques jours, quatre ou cinq au moins, plus souvent huit ou dix, quelquefois bien davantage. Le fil septique ayant provoqué un abcès, joue le rôle de corps étranger ; il n'est pas résorbé par le processus habituel; il se liquéfie ou s'effrite et tend surtout à s'éliminer. Son nœud moins facilement attaqué et formant une masse plus compacte que l'anse se retrouve presque toujours, à peine modifié. Enfin, il est rare que l'infection soit grave ; les germes n'ont pas été tués mais leur vitalité semble avoir été amoindrie par la stérilisation si bien que l'abcès qui s'est formé dans des tissus en voie de réparation ou déjà cicatrisés, reste limité et guérit simplement après qu'il a été vidé de son pus et de son fil.

Pour montrer à quel point l'accident de catgut peut être tardif, je citerai le fait suivant. Une malade que j'avais opérée, le 20 décembre 1923, de rétroversion utérine et qui avait guéri fort simplement, est revenue, le 17 mars 1924, me faire constater la présence, à la partie toute supérieure de sa cicatrice abdominale, d'un noyau dur et légèrement douloureux, situé entre la peau et le plan musculaire. J'ai enlevé sous anesthésie locale cette petite masse arrondie, grosse comme une cerise et légèrement adhérente à la cicatrice aponévrotique. En l'ouvrant, j'ai trouvé à l'intérieur d'une coque fibreuse quelques gouttes de pus et des débris de catgut. Le pus, d'ailleurs, ne contenait plus de bactéries vivantes, car il n'a pas donné de cultures.

Pourquoi le catgut cause-t-il des accidents ? En d'autres termes, pourquoi sa stérilisation est-elle irrégulière, difficile à réaliser sûrement ? La réponse à faire à cette question qui est toute la question mériterait des développements étendus. Je tâcherai de dire l'essentiel.

D'abord le catgut a une tare originelle. Il est fait avec une partie des tuniques moyennes de l'intestin grêle du mouton. Par suite, il est extrêmement septique. On a bien proposé de corriger, dans une certaine mesure, ce grave défaut par une fabrication spéciale, plus méthodique et plus propre des cordes à boyau destinées à la chirurgie. Mais si des tentatives ont été faites dans ce sens, en Allemagne, dès avant la guerre et, en France, plus récemment, il ne semble pas qu'elles se soient développées sous une forme réellement industrielle. Nos catguts viennent encore aujourd'hui pour la plupart des usines où se fabriquent toutes les cordes à boyau, quel qu'en soit l'usage. D'ailleurs ce perfectionnement, s'il était réalisé, sans être absolument négligeable serait encore bien insuffisant. Il est impossible, quelques précautions qu'on prenne, d'extraire d'une paroi intestinale, les parties utiles, sans les souiller du contenu de cet intestin.

La stérilisation doit donc être ici particulièrement rigoureuse. A l'origine, continuant la pratique de Lister et de Championnière, on traitait le catgut par les antiseptiques. Puis, dès que la chaleur s'est imposée comme moyen général de désinfection, les antiseptiques ont été presque complètement abandonnés. Mais — car il y a un mais et de quelle importance ! — le catgut est une substance organique délicate qui supporte mal la chaleur. Le problème a, ici, la forme d'un dilemme qui n'est pas rassurant : ou stériliser sûrement et détériorer le fil ou sauvegarder les qualités physiques du fil et ne pas détruire tous les microbes, surtout sporulés, qu'il contient. En effet, la chaleur sèche ne stérilise avec certitude qu'à de hautes températures qui rendent le catgut sec et cassant. Quant à la vapeur d'eau sous pression de l'autoclave, si son efficacité est incontestable à de moindres températures, elle gélatinise le catgut et le transforme en une sorte de vermicelle tout à fait inutilisable. On a pensé sortir du dilemme par deux moyens : en faisant agir la chaleur par l'intermédiaire de certains corps anhydres ou en appliquant au fil la méthode du chauffage discontinu de Tyndall.

Le premier moyen a pour point de départ l'autoclave à alcool de Répin qui eut l'idée de traiter le catgut par les vapeurs d'alcool absolu à 120 degrés pendant une heure. Mais on ne s'en est pas tenu à l'alcool, ni au règles posées par Répin. On a employé l'acétone, le chloroforme, le benzène, le cumol, etc. On a fait varier la température, le temps et le nombre des séances de chauffage. La méthode assez claire au début est devenue un peu confuse. Certains tubes ou flacons de catgut du commerce sont préparés de telle sorte que, manifestement, la stérilisation s'y fait non dans la vapeur sous pression, suivant le principe de l'autoclave, mais dans le liquide surchauffé, ce qui est tout différent, certains préparateurs de catgut ne semblent pas s'en douter. Mes expériences m'ont appris, en effet, que la vapeur sous pression d'un liquide anhydre donné stérilise peut être mieux le fil mais l'altère sûrement davantage que le liquide surchauffé à la température de la vapeur. Puis certains liquides ont été employés un peu au hasard, empiriquement, bien que leurs propriétés chimiques et physiques, en particulier leur tension de vapeur, à une température déterminée, soient très diverses et fassent varier nécessairement les conditions et, sans doute, aussi les effets de l'expérience.

D'autre part, le fil étant desséché par le chauffage en milieu anhydre, il a fallu compliquer la technique pour rendre à ce fil sa souplesse, après stérilisation, sans ouvrir le tube. On est arrivé à ce résultat, avec plus ou moins de bonheur, à l'aide d'artifices ou de produits, les uns connus, les autres gardés secrets par les commerçants qui les emploient. A ce sujet, je dirai combien il est regrettable que le chirurgien ne puisse toujours connaître tous les détails de la préparation des catguts dont il se sert sous sa responsabilité, comme le médecin

sait ou doit savoir la composition des médicaments spécialisés qu'il prescrit.

Que vaut la méthode de stérilisation dont il vient d'être question? C'est, sans doute, une des meilleures parmi celles qui utilisent la chaleur. Mais elle n'a nullement la valeur absolue que lui ont attribuée Répin ou ses continuateurs. La vapeur d'eau (sous pression désorganise le protoplasma cellulaire vivant, en particulier celui des spores, par un mécanisme complexe où les phénomènes osmotiques jouent un rôle important et que ne semble pas pouvoir réaliser, à des pressions même beaucoup plus élevées, la vapeur d'aucun des corps anhydres qui ont été employés jusqu'ici. Puis, on a fait remarquer justement que ces corps alcool, acétone, etc. durcissaient superficiellement le catgut dont les parties profondes sont ainsi relativement protégées contre les effets stérilisants de la chaleur et de la pression. Enfin, il y a un point dont on n'a pas toujours suffisamment tenu compte, c'est que le temps nécessaire, pour aseptiser un catgut, varie notablement avec son calibre et en raison directe de ce calibre.

L'autre méthode de stérilisation calorique, qui est la tyndallisation, semble de plus en plus se généraliser. De la technique initiale de Tyndall il ne reste que le principe du chauffage discontinu à une température assez basse. La température généralement choisie est 60 degrés. Au début, les séances de chauffage étaient courtes. On les a allongées démesurément, dix heures et même plus pendant au moins quatre jours consécutifs. Notons que le fil subit ce chauffage, immergé dans l'alcool à 90 degrés. Cette méthode est très peu nocive pour le fil. Mais, qu'elle l'aseptise mieux que la précédente, il est permis d'en douter, malgré les expériences auxquelles elle a été soumise, car à ces expériences favorables du laboratoire peuvent être opposées celles, beaucoup moins heureuses, de la pratique chirurgicale.

Une telle discordance entre les constatations du laboratoire et celles de la pratique est très remarquable. Elle s'est produite maintes fois depuis qu'on stérilise du catgut et à propos des procédés les plus différents. Les préparateurs de catgut incriminent volontiers, en pareil cas, l'asepsie de l'opérateur. C'est un argument facile. Je me permettrai de leur proposer une autre explication d'autant moins discutable pour eux, je pense, qu'elle est basée précisément sur des épreuves de laboratoire : si un catgut ne donne pas de cultures dans le bouillon et donne un abcès chez le malade, c'est tout simplement parce qu'il n'a pas été maintenu assez longtemps dans le bouillon. En principe, le contrôle de la stérilisation n'est jamais assez long, voilà la vérité. D'une façon courante, on se déclare satisfait quand au bout de cinq jours d'étude, le tube de bouillon contenant le catgut en expérience est resté limpide. Certains expérimentateurs scrupuleux ont attendu jusqu'à quinze jours et ont cru se mettre à l'abri de toute critique. Or, j'ai eu la patience de poursuivre l'observation pendant des mois et l'étonnement de voir certains échantillons de fils résorbables stérilisés par diverses méthodes caloriques, fournir des cultures après vingt jours. après cinquante jours, dans un cas le cinquante-huitième jour. Dans ces expériences, chaque tube de bouillon était, bien entendu, resté constamment fermé — par son bouchon d'ouate et un capuchon de caoutchouc stérile — et n'avait pas quitté l'étuve si ce n'est, chaque jour, pendant la minute nécessaire à son examen. Le microbe sporulé qui avait poussé dans tous les cas était celui qui infectait le fil brut. Repris de sa culture tardive et réensemencé dans des milieux neufs, il s'y développa dans les délais habituels. J'ai gardé certains tubes de bouillon jusqu'à six mois ; ceux qui ne s'étaient pas troublés dans les deux premiers mois sont restés limpides jusqu'au bout.

Si l'on y réfléchit un instant, de telles constatations — pour nouvelles peut-être qu'elles soient — n'ont rien de singulier. On aurait pu les prévoir sachant que les abcès par catgut se forment parfois très tardivement, ainsi que je l'ai montré par un exemple typique, et songeant à la lenteur de la détorsion ou de la désagrégation du catgut, c'est-à-dire de la mise en liberté des spores encore vivantes dans le milieu, bouillon ou tissus de l'opéré, où elles peuvent se développer.

On jugera par ce qui précède combien la stérilisation du catgut par les moyens physiques actuellement connus est aléatoire. Je me demande s'il ne serait pas sage de revenir à la stérilisation chimique. On l'a délaissée sans l'avoir beaucoup étudiée et plutôt sous l'effet du dogmatisme des idées régnantes que contraint par les faits. On peut craindre de paraître rétrograde en proposant de remplacer la chaleur par un antiseptique, même dans des cas très particuliers comme celui qui nous occupe. Cependant pour ma part j'ai stérilisé des fils résorbables infectés de germes sporulés à l'aide de diverses solutions antiseptiques. Celle à laquelle je m'étais finalement arrêté contenait 1 gramme d'iode pour 60 grammes d'éther et 40 grammes d'alcool à 90 degrés. Les fils y séjournaient de vingt-quatre à trente-six heures suivant leur calibre et étaient conservés dans l'éther pur. L'asepsie du fil était vérifiée de la façon suivante : lavage répété à l'alcool ou à l'éther, transport du fil dans un bouillon où il restait un jour, puis de celui-ci dans un second où il restait quatre jours, et enfin dans un troisième bouillon où il était observé pendant vingt-cinq ours. Toujours les trois tubes de bouillon sont demeuré stériles. En ensemençant avec une bactérie connue le troisième tube de passage, je me suis assuré, au moins une fois, que le milieu n'était pas devenu impropre à la culture par suite de la présence du fil retenant peut-être quelque trace d'iode.

Il est vrai que dans ces expériences mon contrôle s'est arrêté le vingt-cinquième jour, trop tôt par conséquent. C'est que je ne savais pas alors à quel point le développement des spores incluses dans le fil peut être tardif; je ne l'ai appris qu'en faisant, lougtemps après, les expériences dont j'ai parlé tout à l'heure. Cette étude devrait donc être reprise. Elle donnerait sûrement des résultats intéressants.

Mais le mieux serait sans aucun doute de se passer du catgut. Est-ce possible? Et d'abord les fils résorbables sont-ils indispensables? Tous les chirurgiens répondront, je suppose, qu'on peut en restreindre notablement l'emploi mais non les éliminer tout à fait de la pratique. Restent donc à trouver des succédanés du catgut. Dès maintenant il en existe trois dont je ne puis me dispenser de parler brièvement avant de finir, d'autant que l'un d'eux est de mon invention. Ce sont le tendon de Kanguroo, le tendon de renne et le fil de peau de pois-

son que j'ai imaginé et étudié entre 1906 et 1910 (1).

Tous ces fils présentent sur le catgut un avantage évident et considérable. Ils n'en ont pas l'extrême septicité primitive et quoique fragiles, eux aussi, comme toutes les fibres d'origine animale, sont susceptibles d'être stérilisés plus complètement que lui. Les fils de tendon, ceux de renne en particulier — d'ailleurs très solides et assez lents à se résorber — ont un inconvénient. Etant formés d'une fibre détachée par arrachement de la masse tendineuse, ils sont mal calibrés, inégaux et par suite difficilement utilisables en certains cas. Les fils de peau d'anguille ou de congre se présentent sous deux aspects : constitués par une lanière tordue, ils sont analogues au catgut et en ont tous les usages ; à l'état de lanières non tordues, ils figurent un lien plat qui peut avoir des indications particulières.

Malheureusement le tendon de kanguroo n'est guère employé qu'en Amérique où il est plutôt rare, je crois ; le tendon de renne est presque introuvable en France depuis la guerre et mes fils ne le sont pas moins aujourd'hui. Pendant un assez long temps, je les ai préparés moi-même. J'avais réglé la technique et créé de toutes pièces les appareils nécessaires à leur fabrication industrielle. Mais je n'ai trouvé personne qui voulut entreprendre cette fabrication, malgré des recherches et des efforts dont l'histoire instructive mériterait sans doute d'être contée. Et je n'ai pu continuer à me charger seul d'une pareille besogne matérielle. Si les fils de peau de poisson n'ont pas encore dans la pratique la place que j'aurais voulu leur donner et qu'ils prendront peut-être un jour, il n'en faut pas moins retenir qu'on peut faire un lien chirurgical résorbable avec autre chose que du boyau. Comme je l'écrivais il y a déjà quinze ans — à peu près dans les mêmes termes — on s'est uniquement appliqué jusqu'ici à perfectionner la stérilisation du catgut — du reste avec une obstination digne d'une meilleure réussite — ; que ne met-on la même opiniâtreté à découvrir de nouveaux fils résorbables. Ce serait la plus simple et la plus élégante façon de résoudre, en le supprimant, le problème toujours posé du catgut.

CHASTENET DE GÉRY.

(1) CHASTENET DE GÉRY. De la possibilité d'utiliser la peau de certains poissons tels que l'anguille et le congre pour la préparation de fils chirurgicaux résorbables. La stérilisation des fils de peau de poisson. Deux mémoires présentés à l'*Académie de médecine* par M. Guyon à la séance du 25 mai 1909 Rapport de M. Kirmisson à la séance du 7 juin 1910 ; — Un nouveau fil résorbable, communication au *XXIIIe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 MARS 1924)

L'acidité ionique et la cholestérine dans les liquides duodénaux obtenus suivant la technique de Meltzer-Lyon. — MM. Marcel LABBÉ, P. DE MOOR et F. NEPVEUX. Chez les sujets normaux, le pH de la bile A est en moyenne de 6,9, celui de la bile B de 7 et celui de la bile C de 6,9.

Chez les sujets pathologiques le pH de la bile A est de 6,9, celui de la bile B de 4,2 et celui de la bile C de 6,7.

L'examen microscopique de la bile B montre des leucocytes altérés, des germes (colibacilles, entérocoques, streptocoques). L'augmentation de l'acidité ionique est explicable par la présence d'acides organiques, sous-produits du développement microbien.

Le pH révèle donc un état d'infection ou de non infection vésiculaire.

La cholestérine, dosée, suivant Grigaut, sur bile non filtrée et privée de pigments biliaires atteint chez les normaux en moyenne 0,62 p. 1000 pour la bile A, 2g12 p. 1000 pour la bile B et 0g69 p. 1000 pour la bile C.

Chez les pathologiques, elle se chiffre par 0,46 p. 1000 pour la bile A, 0,20 p. 1000 pour la bile B et 0,21 p. 1000 pour la bile C. On constate donc une diminution du taux de la cholestérine pour la bile B.

Cette notion de la cholestérine dans les trois biles associée à celle du pH permet de préciser une altération de la vésicule (cholestérine) et le degré d'infection de celle-ci (pH et examen microscopique) sans préjuger de la présence ou de l'absence de calculs.

La contraction de la rate par excitation du splanchnique relève en partie d'une sécrétion d'adrénaline par la surrénale. — MM. TOURNADE et CHABROL, présentés par M. HALLION, transfusant à un chien le sang veineux d'un autre chien, ont constaté que l'excitation du nerf splanchnique, chez le donneur, détermine, chez le transfusé, en même temps qu'une élévation de la pression artérielle, une contraction de la rate, qui contribuait à attester la sécrétion, par le donneur, d'une certaine quantité d'adrénaline.

Recherches sur la réserve alcaline dans la grossesse, le travail, le post partium, la lactation. — Dans la grossesse aux différentes périodes, M. WEISSMANN-NETTER trouve la réserve alcaline, mesurée par la méthode titrimétrique de Cullen-Guillaumin, notablement et constamment diminuée. Elle est de même diminuée lors du travail et après l'accouchement. Elle semble, enfin, rester bonne chez la plupart des nourrices, persistant même un temps variable après la cessation de l'allaitement, et la disparition de la sécrétion lactée.

L'épreuve du miel comme mode d'exploration fonctionnelle du foie. — MM. Noël FIESSINGER et Henry WALTER ont étudié dans plus de 60 cas l'épreuve de Filinski d'après laquelle une prise de 150 grammes de miel provoquerait de l'urobilinurie chez les hépatiques. Leurs conclusions diffèrent complètement de celles de Filinski ; la prise de miel réalise un surmenage plus minime qu'un repos banal ; elle n'est à retenir que comme un moyen facile de recherche de la glycosurie et de la lévulosurie provoquée.

L'intermittence dans le rythme fonctionnel des foies normaux. — MM. Noël FIESSINGER et Henry WALTER, après avoir rappelé que les techniques histologiques modernes ont permis de montrer les phases fonctionnelles de la cellule hépatique, variables, en rapport avec la digestion, cherchent le témoignage de ces faits dans l'examen fonctionnel du foie.

Ils recherchent l'urobiline et les sels dans les urines fractionnées recueillies de deux heures en deux heures chez des sujets normaux. Ceux-ci sont mis à des régimes divers pour bien voir l'influence de l'alimentation. Cette influence paraît indéniable, l'élimination de l'urobiline et des sels, chez le sujet normal, se fait suivant un cycle nettement en rapport avec l'alimentation.

— Société de biologie de Marseille (25 mars 1924) :

Technique simple pour la préparation d'une insuline purifiée. — MM. A. BOIVIN, Jean ODDO et CHOSSON ont utilisé avec succès chez un certain nombre de diabétiques une insuline purifiée, préparée selon une technique qui leur paraît commode.

Ils traitent à 60-65 degrés de la pulpe pancréatique de bœuf, par de l'alcool acidulé, chassent l'alcool par une chauffe légère à 32 degrés dans des conditions d'aération suffisantes, ce qui réduit au 1/10 le volume de la liqueur, en vingt heures. Par l'emploi du sulfate d'ammoniaque et de l'alcool à divers titres, ils isolent une insuline qui, très active sur le diabète, n'a pas donné de convulsions chez le lapin à des doses amenant des baisses de glycémie de 70 p. 100 en moyenne.

Au sujet des premiers stades du développement de l'œil chez l'embryon humain. — M. Marcel CAUDIÈRE. L'étude d'un œuf humain de 22 millimètres contenant un embryon de 5 millimètres de longueur totale avec partie céphalique bien différenciée et extrémité postérieure du germe encore planiforme a montré la cupule rétinienne encore incomplètement invaginée et au-devant de celle-ci la toute première ébauche de la fosse cristallinienne dont la formation débuterait donc à ce stade. La prolifération des éléments du feuillet antérieur de la vésicule rétinienne paraîtrait être réellement l'agent actif de cette invagination.

Lésions histo-pathologiques de la kératite éberthienne expérimentale. — MM. Jean SÉDAN et René HERRMANN. Evolution en trois périodes :

Première période (infiltration) : Intégrité absolue de l'épithélium. Œdème du tissu propre. Abondance de lymphocytes. Multiplication des cellules propres.

Deuxième période (période d'état) : Néoformations capillaires, lacs sanguins ; nombreux polynucléaires, presque tous éosinophiles. L'œdème a disparu.

Troisième période (régression) : Prolifération intense des cellules propres. Disparition des lacs sanguins et des éosinophiles.

En résumé, trois faits à retenir : Lymphocytose d'abord, éosinophilie ensuite et intégrité permanente de l'épithélium.

Un cas de panophtalmite éberthienne, complication exceptionnelle de la kératite typhique expérimentale. — MM. Jean SÉDAN et R. HERRMANN. Un cobaye infecté, après jeûne de trois jours, par une injection sous-conjonctivale d'Eberth, fit, après la kératite ponctuée habituelle et une réaction générale intense, une panophtalmite à Eberth pur au cinquième jour. Les coupes montrent une prédominance des lymphocytes, des éosinophiles et des mastzellen dans les parois du globe (surtout iris et choroïde) et la présence de bacilles dans l'iris. A l'autopsie : Eberth dans le foie, la rate, l'intestin et la bile, agglutination positive du sérum à 1/200.

Charbon chronique ou charbon retardé? — MM. S. COSTA, L. BOYER et Ed. GIRAUD ont observé, au cours d'expériences sur l'endotoxine charbonneuse brute, des faits analogues à ceux que Phisalix avait relatés, en 1891, sous le nom de charbon chronique, terme reproduit depuis dans tous les traités classiques. Il s'agissait, en réalité, d'un retard dans la germination des spores : l'infection une fois déclarée se déroulant comme une infection aiguë. Ces faits leur paraissent se rapprocher de ceux connus sous le nom de tétanos retardé.

Il semblerait par suite plus exact de dire non charbon chronique, mais charbon retardé.

Sur le precipito-diagnostic de la fièvre typhoïde. — MM. COSTA, L. BOYER et L. JAUR ont repris l'étude du diagnostic des maladies infectieuses par la réaction des précipitines, en commençant par fièvre typhoïde. Il résulte de leurs premières recherches, avec un filtrat typhique incorporé à la gélatine, que cette réaction, négative avec les sérums provenant d'autres malades que les typhoïdiques, y compris un cas de paratyphoïde B, s'est toujours montrée positive dans la fièvre typhoïde pendant toute son évolution et jusqu'après la convalescence, même avec le sérum dilué. Dans quatre cas étudiés au début, elle a nettement précédé la séro-agglutination. La méthode suivie est de pratique aisée et de lecture facile.

Présence de « M. Arthriticus » dans l'épanchement du genou au cours d'un syndrome rhumatisme articulaire aigu. — MM. S. COSTA et L. BOYER apportent un nouveau cas d'infection articulaire par *M. Arthriticus*, germe décrit par S. Costa et qui provoque habituellement des mono ou oligo-arthrites aiguës.

Le malade dont il s'agit ici présentait un syndrome rappelant le rhumatisme articulaire aigu, dont il ne se différenciait que par l'absence de sueurs, l'œdème sur le trajet des gaînes et une lymphangite de la cuisse à point de départ osseux. Le germe isolé du genou présentait tous les caractères de *M. Arthriticus*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 MARS 1924)

A propos des bartholinites. — M. PÉRAIRE estime que le traitement chirurgical des bartholinites est bien supérieur au traitement par le rayonnement total du radium. Dans les cas aigus, l'incision est nécessaire, à quoi sert donc le topique radifère? Dans les cas chroniques, la guérison opératoire après ablation de la glande s'effectue en huit jours, alors qu'il faut un mois et demi pour obtenir un résultat avec le topique radifère.

Ectasies aortiques et leur traitement. — M. GOUBEAU présente plusieurs observations de malades atteints d'aortite syphilitique avec ectasie, très améliorés et même guéris par le traitement mixte triple : arsénobenzol, mercure et iodure de potassium. Il insiste sur la nécessité d'employer les médicaments à dose intensive tant que le malade n'est pas à la période d'asystolie terminale, mais il faut être prudent au début.

Traitement intrarachidien des séquelles de l'encéphalite épidémique. — M. A. MARIE a pu obtenir des améliorations remarquables par l'inoculation de virus fixe encéphalitique dans le liquide céphalo-rachidien.

Les complexes colloïdaux en tuberculose. — M. RIQUOIR communique ses résultats obtenus en tuberculose expérimentale par injection d'un complexe colloïdal : retard de six semaines dans l'apparition de la tuberculose, lésions tuberculeuses moins nombreuses, abaissement de la température.

Hypertrophie mammaire énorme. Mammectomie totale. — M. DARTIGUES montre, avec des projections, ce cas d'hypertrophie mammaire énorme. Il se demande s'il faut faire de l'opothérapie mammaire et ce qui se produirait en cas de grossesse.

Sténoses graves de l'œsophage chez des gastrotomisés. Guérison sous-œsophagoscopie. — M. GUISEZ présente l'observation de quinze malades atteints de sténoses graves non cancéreuses : douze atteints de sténose cicatricielle traumatique par caustiques ; trois, de sténose inflammatoire du cardia consécutives à un spasme grave. L'endoscopie permit d'établir un diagnostic exact, de cathétériser le petit pertuis et de recalibrer l'œsophage par l'électrolyse circulaire. La bouche stomacale a pu être fermée dans tous les cas.

Goudron, arsenic, corps thyroïde et cancer. — M. BLIND pense que la substance cancérigène du goudron est l'arsenic, agissant longtemps à doses très faibles. Le goudron végétal employé comme topique dans l'Afrique du Nord et le Levant est dépourvu d'arsenic et n'a jamais provoqué de cancer.

L'arsenic physiologique de la glande thyroïde, troublée dans son métabolisme, pourrait être la cause de certains cancers.

Colectomie gauche pour cancer. — M. PAUCHET présente d'après un film cette opération : libération de la partie saine du transverse et du descendant, exérèse du segment malade après suppression du méso et des ganglions. Pour rétablir la continuité de l'intestin, il fait une suture bout à bout avec anus cæcal de dérivation, ou une iléo-sigmoïdectomie, ou l'abouchement des deux extrémités coliques suturées en canon de fusil et fixées à la peau, ou l'implantation du bout terminal dans le bout proximal avec abouchement du transverse à la peau.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 MARS 1924)

Traitement de l'ulcère d'estomac. — M. V. PAUCHET présente un film chirurgical sur le traitement de l'ulcère d'estomac, par la résection.

Anesthésie générale par voie épidurale et rachi-anesthésie. — M. V. PAUCHET affirme que si la voie épidurale pré-

conisée par Cathelin rend des services dans l'anesthésie du périnée et du petit bassin, elle est souvent infidèle (un quart des cas).

La rachi-anesthésie ne doit pas être utilisée pour les opérations bénignes auxquelles convient uniquement l'anesthésie locale ou l'anesthésie à l'éther. Mais dans les opérations importantes, la rachi-anesthésie est une excellente méthode qu'il faut conserver, mais ne pas appliquer à tout propos.

Hydarthrose à répétition. — M. PÉRAIRE présente un cas d'hydarthrose à répétition traité par l'arthrotomie et la marsupialisation. Malade guéri avec marche parfaite et intégrité complète des mouvements. Il présentait en plus une fracture d'un ménisque et corps étranger dû au détachement d'un fragment du ménisque fracturé.

Résection du côlon pelvien. — M. VILLANDRE présente une résection du côlon pelvien pour mésosigmoïdite rétractile avec volvulus. Les deux bouts du côlon sont abouchés à la peau dans l'incision de la laparotomie médiane sous-ombilicale. L'anus artificiel fonctionne et le malade, dont l'état général était très précaire au moment de l'opération, paraît hors de danger.

Néphrite chronique douloureuse guérie depuis quatorze ans par décapsulation et néphrotomie. — M. LAVENANT rapportant une observation d'Eliot discute les effets de la décapsulation. Pour lui, les phénomènes douloureux disparaissent par l'énervation, car la capsule se reproduit plus fibreuse dans un temps qui va de quinze jours à deux mois, sans qu'il y ait de vaisseaux de nouvelle formation faisant communiquer le parenchyme avec l'atmosphère périrénale et les guérisons de néphrite se font par hypertrophie compensatrice due à l'afflux sanguin dans un rein dont la vasodilatation se fait facilement.

Tuberculose du pubis. — M. RŒDERER présente la radiographie et l'observation d'une femme de cinquante-six ans atteinte de tuberculose du pubis, dont le seul symptôme clinique a été représenté par deux fistules ayant coulé environ un an et demi, sans qu'on en connaisse l'origine.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 MARS 1924)

Essai de vaccinothérapie intrarachidienne des séquelles de l'encéphalite épidémique avec du virus fixe d'encéphalitique. — MM. Auguste MARIE et POINCLOUX.

A propos de l'emploi des hypnotiques chez les « nerveux ». — M. R. DUBOIS DE SAUJON.

Traitement de l'arthrite blennorragique par l'application du radium. — MM. A. COYON et GAGEY présentent un certain nombre d'observations de rhumathismes blennorragiques améliorés rapidement et guéris dans un temps très court par le radium employé dès le début.

La valeur biologique de l'analyse du suc gastrique. — M. L. LEMATTE.

Sur le sort du soufre des pastilles soufrées. Rôle hygiénique de ces pastilles. — M. J. DE REY-PAILHADE.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques des catalyseurs tissulaires. — M. F. MAIGNON.

LIVRES NOUVEAUX

La Vie humaine. Fasc. 2 : **Développement. Croissance** (1), par le docteur Léon MAC-AULIFFE.

M. L. Mac-Auliffe étudie, dans ce nouveau volume, digne de son prédécesseur : *Les Origines de l'homme*, d'abord la genèse de l'individu, l'action du milieu, des toxiques, des infections, des tares parentales sur l'œuf, puis le développement de la forme humaine de la naissance à six ans et enfin de six ans à l'âge adulte. On sait que l'auteur a beaucoup contribué à la différenciation des grands types morphologiques humains : fidèle à sa conception, il insiste sur l'ébauche et la formation de ces types qu'on retrouve de très bonne heure déjà bien indiqués. Mais sa grande préoccupation, et elle est pleinement justifiée, est de montrer que le développement de l'homme est conditionné par l'interaction des forces internes et du milieu cosmique. Cette notion est trop importante pour qu'on puisse désormais l'oublier. Peut-être permettra-t-elle, lorsque nos connaissances, à cet égard, se seront étendues et précisées, d'assurer à l'homme un plus grand développement et une plus longue existence.

Ce livre, très richement documenté et illustré, s'adresse sans doute aux médecins, mais il doit aussi particulièrement intéresser tous ceux qui s'occupent de l'enfance : éducateurs de l'esprit et du corps; ils y trouveront des renseignements, des précisions, des conseils, qu'il serait difficile de puiser à une meilleure source. J. L.

(1) Un vol. in-8° avec graphique, tableaux et planches. Prix : 18 f.. — Paris 1923, A. Legrand.

La Circulation rétinienne à l'état normal et pathologique (1), par le docteur P. BAILLIART. Préface du professeur VAQUEZ.

Dans ce livre qui s'adresse aux oculistes, mais qui pourra être utilement consulté par tous ceux qui s'intéressent à la physiologie vasculaire, l'auteur a complètement étudié à l'état normal et pathologique la circulation rétinienne ; aucune autre circulation ne se présente à un pareil examen.

Vus directement au grossissement de l'ophtalmoscope, les vaisseaux rétiniens sont observés avec une telle netteté qu'il est facile d'étudier leur anatomie. Tel est le but de la première partie, dans laquelle l'auteur insiste surtout sur la technique qu'il a donnée pour mesurer la pression à l'intérieur des artères et des veines de la rétine.

La deuxième partie traite des troubles *fonctionnels* de la circulation rétinienne (hypotension et hypertension, troubles vaso-moteurs, etc.).

Enfin la troisième partie étudie les *lésions* vasculaires, les artérites et les phlébites avec leurs conséquences, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. De nombreuses figures d'aspects ophtalmoscopiques permettent de suivre les prescriptions données dans le texte. Plusieurs chapitres sont consacrés à l'étude de la circulation rétinienne dans le glaucome, les rétinites hémorragiques, l'hypertension céphalo-rachidienne, les maladies du cœur et des vaisseaux, etc.

Enfin, une place importante est donnée au traitement des troubles et des lésions vasculaires de la rétine. L. G.

Le Bréviaire thermal des coloniaux (2), par les docteurs MATIGNON et ABBATUCCI; préface du professeur CARNOT.

Voici un petit livre qui sera d'une grande utilité pour nos coloniaux, soit rapatriés, soit demeurés en dehors de la métropole. Dans la première partie, il indique les principales stations hydrominérales de France convenant aux coloniaux, d'après la nature des séquelles gastro-intestinales, hépatiques et sanguines qui résultent des affections contractées au cours de leurs séjours outre-mer; le nombre des stations étudiées est limité, mais les propriétés de chacune, au point de vue thérapeutique, sont examinées à fond. La seconde partie énumère les diverses stations thermales de nos colonies et les ressources qu'elles peuvent fournir aux malades. A ce dernier point de vue, nous sommes loin d'avoir exploité, comme elles le méritent, les richesses de nos possessions, même en Algérie et à Madagascar. Il faut appeler l'attention sur cet ouvrage, richement illustré, bien fait et précis, car il peut rendre de grands services à nos coloniaux, civils et militaires, qui paient souvent de leur santé un long dévouement à la mère-patrie. J. LAUMONIER.

(1) Un vol. in-8° de 412 p. avec 51 fig. dans le texte et 4 pl., en couleurs hors texte. — Prix : 25 fr.; franco : 27 fr. 50. — Paris, G. Doin.

(2) Un vol. in-16, illustré. — Prix : 8 fr. — Paris 1923, Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE DUPUYTREN [1]

Symptomatologie. — Un individu d'âge moyen a glissé ou s'est pris le pied dans une ornière; il est tombé, la jambe repliée sous lui, et n'a pu se relever : traumatisme dont le peu d'importance contraste avec la gravité.

Une atroce douleur a été perçue au moment de l'accident; l'impotence fonctionnelle a été d'emblée totale.

I. *L'inspection* suffit à poser le diagnostic de fracture de Dupuytren, tellement l'aspect en est caractéristique :

A. DE FACE, on est frappé par la SUBLUXATION DU PIED EN DEHORS.

Ce déplacement, en réalité complexe, peut se décomposer en :

1° Translation en dehors : l'axe de la jambe, prolongé, tombe, non pas comme normalement au niveau du premier espace interosseux, mais en dedans du bord interne du pied.

2° Abduction : la plante du pied regarde en dehors.

3° Rotation externe : elle peut être si marquée que le pied repose sur le plan du lit par son bord externe.

Il se caractérise par des signes capitaux :

1° En dehors, à 7 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe, se voit une dépression angulaire, ouverte en dehors et en arrière : c'est le coup de hache de Dupuytren.

2° En dedans, à la base de la malléole interne, c'est la saillie du rebord osseux du tibia fracturé, sur laquelle sont tendus les téguments ; la peau amincie, parfois soulevée déjà par une phlyctène, menace de se rompre, et d'ouvrir secondairement le foyer de fracture.

B. DE PROFIL, on note la SUBLUXATION DU PIED EN ARRIÈRE.

Pour la bien voir, il faut soulever la jambe par sa partie moyenne, le genou étant fléchi à angle droit pour relâcher le triceps sural : elle se traduit par la concavité postérieure du tendon d'Achille, et un léger raccourcissement du dos du pied.

C. Rapidement se constituent un *œdème* énorme, masquant la déformation ; et une *ecchymose*, au début linéaire, et répondant au trait de fracture tibial, mais s'étendant rapidement : elle peut envahir toute la région interne de la moitié inférieure de la jambe, le dos et même la plante du pied.

II. *La palpation* recherche les POINTS DOULOUREUX : Pratiquée en suivant, avec la pointe du stylet, les bords antérieur et postérieur de chaque malléole, en allant des parties saines vers les parties supposées malades, elle montre :

1° En dehors, à 12 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole, un trait indiqué par la douleur exquise, transversal ou, plus souvent, oblique en bas et en avant. L'extrémité inférieure du fragment supérieur est « devenue saillante par son immobilité et par l'enfoncement du fragment inférieur » (Dupuytren). Le fragment inférieur est dirigé obliquement en bas et en dehors, quelquefois couché presque horizontalement.

2° En dedans, on perçoit une arête vive, au niveau de la base ou de la partie moyenne de la malléole ; puis plus bas une dépression en marche d'escalier; parfois la malléole interne présente une mobilité en touche de piano.

III. *Recherche des lésions associées.* — L'examen d'un tel blessé serait bien incomplet s'il ne précisait l'existence ou l'absence de LÉSIONS ASSOCIÉES, troisième fragment tibial, fracture marginale antérieure ou postérieure, de qui dépendent pour une grosse part, pronostic et traitement.

A. LA FRACTURE DU TUBERCULE ANTÉRO-EXTERNE DU TIBIA détermine l'écartement permanent du tibia et du péroné, diastasis tibio-péronier qui se traduit par divers signes cliniques :

a. L'élargissement du cou de pied, mesuré au compas d'épaisseur. En pratique, le gonflement empêche rapidement toute mesure précise.

b. Le ballottement astragalien : une main immobilise la jambe; l'autre, empaumant les faces latérales du calcanéum, imprime, au pied fléchi à angle droit sur la jambe, des mouvements de translation latérale. Il faut bien se garder de confondre le ballottement astragalien, pathognomonique du diastasis tibio-péronier, avec le ballottement du pied.

Le premier seul s'accompagne du troisième signe :

c. Le choc astragalien, résultat du heurt de l'astragale contre une des malléoles ; ce signe classique est fort discuté.

d. Enfin la palpation décèle une vive douleur au niveau de l'interligne tibio-péronier inférieur.

B. LA FRACTURE MARGINALE ANTÉRIEURE, rare, se traduit par un point douloureux et une vaste ecchymose antéro-internes; elle s'accompagne souvent de luxation du pied en avant, avec talus.

C. LA FRACTURE MARGINALE POSTÉRIEURE se traduit :

a. Quelquefois, par l'existence d'un point douloureux dans la gouttière rétro-malléolaire interne, par le comblement de cette gouttière, et par une vaste ecchymose postérieure.

b. Le plus souvent, elle est accompagnée d'une luxation postérieure du pied, et se caractérise par un raccourcissement marqué du dos du pied, la saillie du bord antérieur du tibia, sur lequel sont soulevés les tendons extenseurs ; la saillie exagérée du calcanéum en arrière ; la cambrure du tendon d'Achille. L'irréductibilité du déplacement, ou sa reproduction immédiate, confirment le diagnostic (Destot).

IV. *L'examen radiologique* doit, dans tous les cas, compléter l'examen clinique :

I. RADIOGRAPHIE. — DE FACE, elle montre :

a. Les traits de fracture malléolaire interne et péronier.

b. La fracture du tubercule antéro-externe du tibia.

c. Le diastasis (diminution du chevauchement de l'ombre du tubercule antéro-externe du tibia sur le péroné ; élargissement de l'espace clair compris entre la face latérale de l'astragale et la malléole interne; disparition du chevauchement normal de l'angle supéro-externe de l'astragale sur le péroné).

d. Le déplacement de l'astragale (incarcération de l'angle supéro-externe entre tibia et péroné).

DE PROFIL, on note :

a. La rotation externe de l'astragale, dont le bord supérieur apparaît non plus comme une ligne unique, mais dédoublé en poulie.

b. La subluxation postérieure; le bord postérieur de l'astragale dépasse la lèvre marginale postérieure du tibia.

c. Les fragments marginaux antérieur et postérieur.

II. RADIOSCOPIE. — Certains auteurs (P. Duval et Basset) complètent toujours cet examen par une étude radioscopique, sous rachianesthésie. Ils recherchent sous l'écran :

1° Si la fracture est irréductible, et pourquoi, en étudiant systématiquement la subluxation en dehors, le diastasis, la subluxation postérieure.

2° Si, la réduction obtenue, le déplacement se reproduit dès qu'on lâche le pied : ils déduisent de cet examen comme nous le verrons d'importantes conclusions thérapeutiques.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 27, p. 458.

Endoscopie opératoire des voies urinaires, par E. PAPIN, ancien chef de clinique de l'hôpital Necker, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Joseph. In-4, 85 fig., 8 pl. couleurs. — Prix : 26 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Tumeurs du nerf auditif, par le professeur Harwey CUSHING. Traduction de M. DENICKER et Th. DE MARTEL. Un vol. de 429 pages et 262 figures. — Paris, G. Doin.

Un Danger social : La constipation, par le docteur L. CHAUVOIS, ancien interne provisoire, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris. In-8 de 128 pages et 17 figures. — Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 avril. — MM. Hutinel, 19; Bith, 19,54; Leblanc et Mouquin, 16.

Séance du 8 avril. — MM. Jacquet, 18,63; Donzelot, 19,54; Jacob, 16; Léchelle, 19,45.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 7 avril. — Question donnée : « Ligature de la veine jugulaire interne au-dessus du tronc thyro-lingo-facial. »

MM. Durand, 17; Bloch (André) et Bouchet, 19; Leroux, 16; Ramadier, 17; Miégeville, 18; Dufourmentel, 20; Chatellier, 16.

Epreuve orale. — Séance du 8 avril. — MM. Bloch (André) et Ramadier, 19; Dufourmentel, 18.

Consultation écrite. — Séance du 9 avril. — MM. Bloch (André), Dufourmentel et Ramadier, 30.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Chassard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Brustier, préparateur de chimie biologique, est délégué, pendant l'année scolaire 1923-1924, dans les fonctions de chef des travaux de chimie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des conférences ci-après désignées, les agrégés dont les noms suivent :

Histologie : M. Romieu ; pathologie interne : M. Laporte; pathologie générale et expérimentale : Mlle Condat;

M. Gorse, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1924, des fonctions de chef de travaux les agrégés dont les noms suivent :

Travaux pratiques et conférences d'hygiène : M. Tapie (Jean); travaux pratiques de médecine opératoire et conférences de pathologie externe : M. Miginiac.

M. Serr, agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours d'hydrologie thérapeutique et de climatologie (chaire vacante).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Debionne, professeur de pharmacie et matière médicale, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. d'Hardivillier, professeur, est chargé, en outre, du 1er mars 1924 au 28 février 1925, des fonctions de chef des travaux d'histologie.

M. Barre, licencié ès sciences, préparateur de physique au lycée d'Amiens, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1924, des fonctions de chef des travaux de physique (P. C. N.) à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Dijon. — M. le docteur Charpentier est nommé professeur d'hygiène et de bactériologie.

M. Leclerc, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour trois ans directeur, en remplacement de M. Broussolle, démissionnaire.

— Marseille. — M. Alezais, professeur d'anatomie, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 8 mars 1924.

— Nantes. — M. Dallongeville, agrégé des sciences physiques, professeur au lycée de Nantes, est institué pour neuf ans suppléant de la chaire de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

— Reims. — M. Bottu, professeur, est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1924, d'un cours de chimie biologique.

— Rouen. — M. Longuet, professeur, est chargé, à partir du 1er janvier 1924 et jusqu'à l'issue du concours ouvert pour l'emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Quénu est réélu membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé de Leymé (Lot), faisant fonction d'asile public.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Est admis à jouir des droits de citoyen français par application du décret du 3 mars 1909 : M. Ramangalahy, médecin indigène à Madagascar.

— Sont naturalisés français par application de la loi du 20 décembre 1923 : MM. les docteurs Sfez et Uzan (de Tunis).

— Est autorisé à établir son domicile en France pour y jouir des droits civils pendant cinq ans à la condition d'y résider : M. Dascalopoulos, étudiant en médecine à Montpellier. (*J. O.*, 7 avril 1924.)

LIGUE FRANCO-AMÉRICAINE. — La Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer a tenu mardi son assemblée générale annuelle à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Paul Strauss. Au cours de cette séance, à laquelle assistait le marquis de Fanna, représentant l'ambassadeur d'Espagne, le président de la Ligue, M. Justin Godart, député, a annoncé la fondation, sous le haut patronage du roi, de la reine et de la reine mère d'Espagne, de la « Ligue espagnole contre le cancer » créée le mois dernier sur le plan de la Ligue française et avec un programme analogue.

PRIX DE L'INSTITUT RIZZOLI DE BOLOGNE. — Le prix Humbert Ier de 3.500 lires sera décerné à l'auteur, italien ou étranger, du meilleur travail ou de la meilleure invention concernant l'orthopédie.

Toute demande concernant les conditions du concours doit être adressée au président de l'Institut Rizzoli, à Bologne. Le concours sera clos le 31 décembre 1924.

TROIS SEMAINES DE RECHERCHES BIOLOGIQUES EXPÉRIMENTALES (21 juillet-9 août 1924). — Comme en 1922, le professeur Maurice Arthus, de l'Institut de physiologie de Lausanne, se propose de reprendre en trois semaines un cycle complet d'études biologiques.

La gratuité de cette œuvre d'apostolat scientifique sera absolue.

Le succès obtenu en 1922 où le professeur Arthus associa à ses travaux 66 biologistes, se renouvellera en 1924.

Les médecins désireux de suivre ces cours sont priés d'envoyer leur demande avant le 15 juin 1924, et d'ailleurs le plus tôt possible (le nombre des places étant limité), en indiquant leur nationalité et en rédigeant un petit curriculum vitæ.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au professeur Maurice Arthus, Institut de physiologie, Champ-de-l'Air, Lausanne.

A noter, à titre d'indication, que les participants aux Trois Semaines trouveront chambre et pension très convenables pour environ 7 francs suissespar jour.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. WIDAL). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (5 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle. Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° *Etude des ictères.* — Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° *Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses. Réactions de floculation.

Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours auront lieu chaque jour, à 14 heures, à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Le prochain cours aura lieu à partir du lundi 12 mai 1924.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relalifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HOTEL-DIEU (salle Sainte-Monique). — Mardi 15 avril, à 10 h. 1/2, M. G. Leven : « Le dosage de la suggestibilité et son application au diagnostic. »

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE (54, rue Saussure, XVIIe). — M. Rubinstein fera son cours de sérologie appliquée à la clinique du 6 mai au 6 juin. Les conférences suivies de travaux pratiques auront lieu les mardis, jeudis et samedis à 14 heures.

Le nombre des élèves est limité. Les inscriptions sont reçues tous les jours de 14 à 18 heures. Droit d'inscription : 200 francs.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS CHEFS DE LABORATOIRE DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTRO-RADIOTHÉRAPIE DES HOPITAUX DE PARIS. — Un « cours libre d'électrologie » commencera le 25 mai prochain à 17 h. 1/2 à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris et se continuera les jours suivants à la même heure.

CONFÉRENCE DE LA SOCIÉTÉ DE GRAPHOLOGIE, 44, rue de Rennes (en face Saint-Germain des Prés), le samedi 26 avril à 4 heures, sous la présidence de M. le docteur Legrain, médecin chef de l'asile de Villejuif, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, expert près des tribunaux, par M. Edouard de Rougemont sur « la graphologie et la médecine ». Entrée gratuite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André Barbier (de Dijon), Victor Biencourt (de Nœux-les-Mines), Billot (de Treignac), Anatole Boutry (de Lille), Henri de la Dure (de Montluçon), Edouard Linarès, conseiller général de la Dordogne; Jules van Roy (d'Ixelles).

REVUE GÉNÉRALE

COMPLICATIONS DES HERNIES

PAR MM.
DON EUGÈNE ACQUAVIVA et CAIRE
Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine — Interne des hôpitaux
DE MARSEILLE.

Sous ce titre nous étudierons successivement :

I. L'étranglement herniaire et ses accidents consécutifs : enterorragie et accident d'occlusion.
II. Les accidents à rapprocher de l'étranglement herniaire : engouement et inflammation des hernies.
III. Les hernies irréductibles : hernies irréductibles par perte de droit de domicile, hernies adhérentes.
IV. La tuberculose herniaire.
V. Les tumeurs herniaires et les corps étrangers des sacs herniaires.
VI. Les lésions traumatiques.

I. — L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Définition. — On désigne sous le nom d'étranglement herniaire la constriction permanente de l'intestin dans un trajet herniaire quelconque, constriction qui, suivant la définition de Gosselin, « gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène ».

Gosset définit l'étranglement herniaire :

« Les phénomènes pathologiques qui se passent dans une hernie devenue brusquement irréductible ou déjà irréductible auparavant et qui sont caractérisés par des désordres locaux traduisant une striction complète ou incomplète et par des troubles généraux indiquant une intoxication grave à point de départ herniaire. »

Historique. — Hippocrate, Celse, Proxagoras, Paul d'Egine avaient reconnu les caractères cliniques de l'étranglement, mais frappés surtout par la pression des matières accumulées à l'intérieur de l'intestin, ils créèrent la théorie de l'engouement en faveur pendant longtemps.

Au XVIIIe siècle, avec Rousset et Pigray, la notion de l'étranglement commence à se faire jour.

Déjà, en 1551, Maupas et plus tard A. Paré, avaient opéré et guéri des hernies étranglées par section des anneaux fibreux.

En 1648, Riolan décrit ces anneaux et parle d'étranglement.

En 1665, Nicolas Lequin adopte cette dénomination d'étranglement herniaire.

En 1768, Goursault admet les étranglements par engouement et les étranglements par inflammation. Ces derniers étant les étranglements vrais aboutissant à la gangrène.

Malgaigne, en 1840, développe cette notion d'inflammation herniaire et en conclut que l'intervention sanglante ne doit être employée qu'exceptionnellement.

Cooper, Dupuytren, Cruveilher, Jobert de Lamballe remettent définitivement en honneur la théorie de l'étranglement.

Gosselin, en 1844, fait une étude complète de la question.

Anatomie pathologique. — I. Agent de l'étranglement. — Le sac d'une hernie étranglée ouvert, le doigt introduit est dirigé vers le pédicule, il sent un anneau circulaire, de consistance fibreuse, étranglant l'intestin.

En clinique, les conditions de production de ces anneaux sont nombreuses : collet du sac péritonéal, anneau fibreux naturel, parfois collet et anneau fibreux solidaires agissant de concert; enfin, toute une autre catégorie : étranglement par coudure sur le bord tranchant d'un ligament (tels les étranglements par vive arête de Chassaignac), par intermédiaire d'une bride, d'une adhérence pathologique, comme on le voit souvent dans les volumineuses hernies ombilicales.

A. ÉTRANGLEMENT PAR LE COLLET DU SAC. — Le type en est la hernie congénitale inguinale.

C'est un étranglement très serré, très difficile à dilater, souvent multiple, étant donnée la multiplicité des rétrécissements du canal vagino-péritonéal. Toutefois, dans les hernies anciennes acquises, des phénomènes d'irritation (bandages) pourraient occasionner un rétrécissement fibreux du collet du sac.

L'étranglement par le collet du sac peut se réaliser autrement : la disproportion entre le contenant et le contenu doit encore souvent être augmentée par l'invagination et le rétrécissement du collet.

B. ÉTRANGLEMENT PAR LES ANNEAUX FIBREUX. — Ici c'est le cas le plus fréquent pour les hernies acquises; il faut qu'il s'agisse de hernies de petit volume n'ayant point, par leur développement, distendu à l'excès l'anneau fibreux. Le type de cet étranglement est réalisé dans la hernie crurale marronée. Ajoutons encore que, du côté interne, le bord tranchant du ligament de Gimbernat vient en quelque sorte couper l'intestin par son arête : étranglement par vive arête de Chassaignac.

L'étranglement par l'anneau inguinal se réalise aussi, mais presque toujours, chez des sujets à paroi abdominale ferme et résistante.

C. ÉTRANGLEMENT PAR LE COLLET DU SAC ET PAR LES ANNEAUX FIBREUX SOLIDAIRES, fréquent dans les hernies acquises un peu anciennes. A la suite d'irritations diverses (marche, bandages) une inflammation chronique produit, vers la région du pédicule, un processus de sclérose qui atteint à la fois collet et anneau. Ceux-ci s'unissent alors par des adhérences et il devient impossible de dire quelle part revient à chacun.

D. AUTRES AGENTS D'ÉTRANGLEMENT. — *a.* Etranglement dans les hernies péritonéales : l'étranglement siège dans l'intérieur de la cavité abdominale et non pas dans la hernie extérieurement apparente. Ce sont des cas exceptionnels.

Il en est de même dans les réductions en masse des hernies étranglées ; les accidents évoluent en pleine cavité abdominale.

b. Etranglement par un anneau musculaire (signalé par Félizet chez le nourrisson).

c. Etranglement par un diverticule du sac. Surtout dans les hernies ombilicales, parfois dans les hernies crurales qui envoient un prolongement à travers une éraillure du fascia crébriformis.

d. Etranglement par bride, fréquent dans les hernies volumineuses, surtout dans le cas de hernies

ombilicales de l'adulte, des adhérences épiploïques créent de véritables brides : ce sont des étranglements herniaires partiels.

e. Etranglement par l'épiploon. Plusieurs mécanismes : tantôt il joue le rôle d'une bride au fond du sac, l'intestin vient s'y couder en y adhérant, tantôt il s'engage dans le collet d'une hernie et détermine une exagération de pression. Tantôt c'est une poussée d'épiploïte qui, dans une entéro-épiplocèle, augmente la striction de l'intestin.

f. Etranglement par l'appendice. Rare.

g. Etranglement par le diverticule de Meckel.

h. Etranglement rétrograde. Sous ce nom, on désigne l'étranglement d'une anse demeurée dans l'abdomen : deux anses intestinales s'engagent dans le sac, le segment qui les réunit reste dans l'abdomen, et c'est lui qui se trouve en étranglement rétrograde (étranglement en W de Peyrot).

i. Volvulus herniaire : par torsion de l'intestin ou du mésentère dans un sac.

II. **Lésions du sac herniaire.** — *A*. Aspect. — C'est une masse globuleuse, tendue, fluctuante, la séreuse péritonéale n'a plus sa coloration blanc rosé normale, le plus souvent les vaisseaux sont noirâtres, les tissus prennent une teinte foncée, ardoisée; d'autres fois les adhérences inflammatoires soudent le sac aux tissus périphériques. Le sac lui-même peut être sphacelé. Enfin, on a signalé la présence de véritables bourses séreuses au devant du sac herniaire, remplies d'un liquide clair, limpide.

B. Liquide du sac. — Sa présence n'est pas constante : hernie sèche. Mais le plus souvent il existe : inodore, limpide, citrin, au début; bientôt brun roussâtre, contenant même parfois du sang sous l'influence de manœuvres répétées de taxis ; plus tard sanieux, avec des flocons fibrineux subissant la transformation fécaloïde, avec des gaz, infect. Souvent ces altérations sont en rapport avec des lésions gangréneuses de la paroi intestinale, parfois il n'en est rien. En effet, ce liquide contient une flore bactérienne d'origine intestinale. Déjà, en 1867, Nepveu constate la présence des germes dont la recherche est confirmée par Clado, puis Bonnekin, bacterium coli commune, bacterium lactis aérogènes, micrococcus aérogènes Miller, strepto, etc.

Les recherches de Rowshing, Tavel, Schlöfer, Brentano ont démontré la réalité du passage de microbes à travers l'intestin (non gangréné).

III. **Lésions de l'intestin.** — La quantité d'intestin étranglé est variable, mais le plus souvent pas très considérable : 15-30 centimètres dans la hernie crurale, 30-60 centimètres dans la hernie inguinale.

D'autre part, l'étranglement peut ne porter que sur une partie de la circonférence : pincement latéral, hernie de Littre.

A. Altérations macroscopiques. — Trois périodes :

a. *Période de congestion* : teinte rouge vineuse vaisseaux turgescents, bientôt œdème des parois intestinales. En même temps les gaz et les liquides sécrétés par suite de l'hypervascularisation s'accumulent sous pression, l'anse se distend, se gonfle sur sa surface et amasse un dépôt fibrineux blanc sale, produit sous l'influence de phénomènes inflammatoires; d'autres fois il y a transsudation de liquide dans le sac. Au niveau de l'étranglement, les tuniques sont affaissées, comprimées, présentent des taches ecchymotiques, il se produit une dépression circulaire : sillon de l'étranglement.

b. *Deuxième période*. — Des taches ecchymotiques apparaissent en certains points, s'étendent, s'unissent, envahissent tout l'intestin hernié. Le revêtement péritonéal perd son poli habituel; il est poisseux, adhérent au doigt, se couvre d'exsudats fibrineux, indices d'adhérences avec les parois du sac.

L'accumulation des gaz et des liquides s'est encore accrue, l'anse est tendue, rénitente, présente l'aspect d'un boudin. Au côté du sillon apparaissent déjà des signes d'altération profonde. Une teinte grisâtre apparaît; l'anse intestinale abandonnée à elle-même, au cours de la kélotomie, se plie, se casse à cet endroit.

c. *Troisieme période*. — Les lésions de gangrène, les premières (?) en date, apparaissent donc le plus souvent au niveau du sillon d'étranglement. Ce sphacèle se montre sous forme d'une raie blanche ou jaune, et il peut se produire là de petites pertes de substance, fréquentes dans les formes très serrées, surtout dans les hernies crurales (vive arête).

Sur l'anse, des plaques de coloration brune apparaissent donnant une coloration feuille morte (Velpeau). D'autres fois la teinte est vert irisé, l'intestin quelquefois a l'apparence de linge mouillé. Lorsque la perforation s'est produite, l'anse s'affaisse; matières et gaz font issue dans le sac; un phlegmon stercoral peut se développer, créant une tumeur secondaire, avec formation spontanée d'un anus contre nature, ou, au contraire, font irruption dans la grande cavité péritonéale (péritonite mortelle).

Le contenu de l'anse se modifie; au début, gaz abondants, bientôt grande quantité de liquides très fluides, grisâtres, avec peu ou pas de matières stercorales. Rapidement suintement hémorragique et on trouve dans l'intestin une purée épaisse brunâtre.

B. Altérations histologiques (Cornil et Tshistovitch, Box). — L'épithélium de la muqueuse est desquamé par places, ailleurs cellules troubles finement granuleuses, parfois destruction complète. Toute la villosité peut se nécroser. La diapédèse est intense. Les vaisseaux sont triplés de volume, beaucoup sont rompus. En certains points les lésions atteignent la musculaire, la sous-muqueuse présente une infiltration leucocytaire intense avec grandes lacunes conjonctives, infiltration hémorragique. On retrouve cette infiltration dans la musculaire. Les fibres présentent de la dégénérescence hyaline, des foyers de nécrose avec hémorragie. Le péritoine est le dernier atteint.

En résumé, les lésions débutent toujours par la muqueuse. Quant aux bactéries, elles se disposent en petits groupes compacts dans le tissu superficiel, entraînées autour des vaisssaux et surtout le long du chylifère central, suivent les fibres musculaires disjointes et arrivent, dans les cas avancés, au niveau du péritoine.

IV. **Lésions des autres organes contenus dans le sac.** — Epiploon. — Parfois seul, le plus souvent il accompagne l'intestin vis-à-vis duquel, de par sa facilité à se tasser, il joue le rôle d'organe protecteur ; il atténue et retarde les lésions intestinales. L'épiploïte suppurée et gangréneuse est exceptionnelle.

Mésentère. — Congestion, œdème, inflammation atténuée, grande friabilité. A sa surface les exsudats se déposent et peuvent accoler les deux bouts intestinaux en canon de fusil, créant un véritable éperon, cause d'obstruction intestinale secondaire, après réduction de la hernie.

Signalons encore les lésions d'organes exceptionnellement trouvés : ovaire, trompe, appendice.

V. **Lésions à distance.** — *a.* Intestin. — Le bout supérieur est congestionné, distendu par les matières, ses parois sont œdémateuses, sa lumière contient une sécrétion abondante fortement microbienne. Le bout inférieur est coloré normalement, affaissé, vide.

Lorsque l'anse herniée a été réduite dans l'abdomen, le sillon d'étranglement peut exceptionnellement persister et causer des accidents d'étranglement.

b. Péritoine. — Est le siège d'un épanchement plus ou moins abondant, séreux, clair, citrin ou rosé, contenant de nombreuses espèces microbiennes. Cette inflammation peut aller jusqu'à la péritonite suppurée.

c. Retentissement sur l'organisme. — Verneuil et ses élèves ont signalé les inflammations pulmonaires.

On a invoqué tour à tour des troubles réflexes, des embolies ou bien des pneumonies de déglutition, par passage dans la trachée de matières vomies.

Citons encore des infections d'autres viscères : rate, foie et les infections générales de l'organisme.

Mécanisme et pathogénie. — 1° *Théorie de l'engouement* due à Goursault. L'irruption brusque et l'accumulation de matières dans une anse herniée la distend et rend la hernie irréductible.

2° *Théorie de l'inflammation.* — Certainement la péritonite herniaire existe, mais le rôle de l'étranglement est trop manifeste et les idées de Malgaigne étaient singulièrement dangereuses.

3° *Théorie mécanique.* — Richter établit la théorie de l'étranglement par le rôle actif de l'anneau élastique, admettant même sa contraction spasmodique.

Cette théorie a redonné sa valeur à l'action de la striction au niveau du pédicule (expérience de O'Biern : un carton avec un orifice de la dimension d'une pièce de 50 centimètres est préparé. Une anse intestinale est engagée au travers. On l'insuffle ; lentement, il ne se produit rien ; rapidement, elle s'étrangle).

4° *Théorie de l'occlusion par coudure brusque de l'intestin* (Busch). — Sous l'influence de la pression, l'anse herniée se gonfle, s'arrondit, formant, grâce à l'anneau, un cercle presque complet ; l'intestin se coude brusquement au niveau de l'orifice.

5° *Théorie de l'obstruction par les valvules conniventes.* — Cette théorie tombe dans les cas où l'intestin est dépourvu de valvules. Elle a été reprise par Kocher.

6° *Théorie de Lossen-Berger. Rôle du coin mésentérique.* — Pour Lossen : le premier phénomène est la distension du bout supérieur qui comprime le segment inférieur attiré par la distension de l'anse herniée, le mésentère pénètre de plus en plus avant dans le sac et forme un véritable coin qui écrase les deux bouts intestinaux.

Pour Berger, la partie du repli mésentérique, qui s'insère au bord concave d'une anse, représente un éventail déployé. Cet éventail s'est déroulé graduellement pour pénétrer dans le sac, mais dès que l'effort qui a fait naître la hernie a cessé, la tension du mésentère tend à lui faire repasser en masse l'orifice herniaire ; l'éventail mésentérique se plisse alors et se rassemble en un coin dont le sommet s'engage dans l'anneau et comprime les deux bouts de l'intestin.

7° *Théorie de Jaboulay et Patel.* — On doit faire jouer le plus grand rôle au gonflement du contenu causé par des phénomènes vasculaires.

Une fois l'anse intestinale passée dans le sac, il se produit une turgescence, une « érection » de toutes les tuniques intestinales.

A ajouter, comme condition adjuvante, la douleur qui provoque une contracture instinctive de la paroi (rôle manifeste chez les enfants).

8° *Etranglement dans les grosses hernies.* — Ici les conditions mécaniques semblent ne pouvoir être invoquées (Malgaigne et Broca avaient créé le mot d'étranglement inflammatoire). En réalité, sous l'influence de la pénétration d'un plus grand nombre d'anses dans le sac et de la turgescence des anses sous l'influence de phénomènes vasculaires, l'étranglement se produit ; mais, le plus souvent, une débâcle partielle a lieu, le cours des matières se rétablit.

Étiologie. — L'étranglement herniaire est l'accident le plus fréquent de l'évolution des hernies : 2,25 p. 100 des cas de hernies ordinaires (Berger).

1° Causes prédisposantes tenant a l'individu. — a. *Sexe.* — Fréquence plus grande chez l'homme.

b. *Grossesse.* — Favorise la prédisposition aux hernies après l'accouchement. L'étranglement est exceptionnel pendant la gestation.

c. *Age.* — Maximum de fréquence de quarante à cinquante ans chez l'homme, de soixante à soixante-dix ans chez la femme. Rareté relative dans les quinze premières années de la vie.

2° Causes prédisposantes tenant a la hernie. — *Siège.* — *a.* Les hernies crurales s'étranglent fréquemment. Il s'agit en général d'une hernie peu volumineuse présentant un anneau fibreux très serré avec une vive arête ; puis viennent les hernies ombilicales et inguinales.

b. Rôle de la congénitalité. Important pour les hernies inguinales, les hernies acquises sont peu sujettes à ces accidents. Dans les cas congénitaux le canal vagino-péritonéal est inextensible, semé de rétrécissements, quelquefois de diaphragmes ; la paroi abdominale est ferme, les sujets, en raison de leur âge, présentent une sangle musculaire et des anneaux fibreux résistants, autant de conditions prédisposant à l'étranglement. Enfin, les hernies congénitales sont habituellement réduites par un bandage qui prédispose aux étranglements.

c. Volume de la hernie. Les hernies contenues par un bandage sont plus sujettes à l'étranglement que les autres ; la pression de la pelote, en effet, crée un état inflammatoire chronique des parois du sac aboutissant à un anneau cicatriciel qui pourra devenir un agent de constriction.

D'autre part, l'intestin ne descendant que rarement dans l'intérieur du sac, le rôle mécanique de distension progressive du collet est pour ainsi dire nul. C'est parce que le sac herniaire est petit, étroit, ramassé sur lui-même, que l'étranglement frappe surtout les hernies de petit volume. Cependant on peut voir d'énormes entéroépiplocèles inguinales ou crurales s'étrangler, mais ici il s'agit d'un étranglement dans une hernie; c'est sur une bride épiploïque, sur une adhérence pathologique que l'intestin est venu se couder.

d. Age de la hernie. Les étranglements d'emblée sont d'une fréquence relative : les accidents se déclarent le jour même où la hernie fait son apparition (hernies à sac préformé dont le type est la hernie inguinale congénitale, hernies dites de force, petites hernies méconnues). Mais le plus souvent l'étranglement se produit longtemps après l'apparition de la hernie.

3° CAUSES DÉTERMINANTES. — Efforts sous toutes les formes.

Étude clinique. — 1° SYMPTÔMES. — Nous allons étudier d'abord l'étranglement herniaire tel qu'il se présente le plus souvent.

A. *Période de début.* — Le plus souvent brusque. Il s'agit le plus souvent d'un malade porteur d'une hernie qu'il soutenait avec un bandage. A l'occasion d'un effort, l'intestin, violemment poussé au dehors, a vaincu la pression de la pelote et a envahi le sac herniaire. Le hernieux sent aussitôt sa hernie gonflée avec plus d'énergie que d'habitude et ressent une douleur plus ou moins vive. Souvent il ressent un malaise général, sensation nauséeuse, et, quelquefois, des vomissements réflexes ont lieu. LA RÉDUCTION DE LA HERNIE EST IMPOSSIBLE, malgré tous les efforts. Le malaise général persiste, l'état nauséeux s'accentue, de faux besoins de défécation se manifestent, la situation s'aggrave et l'étranglement se constitue définitivement.

Il peut s'agir aussi d'un malade porteur d'une hernie depuis longtemps déjà irréductible ; on constate un accroissement de son volume, de la tension et de la sensibilité de la tumeur. Enfin, la hernie peut apparaître pour la première fois et s'étrangler d'emblée.

B. *Etranglement constitué.* — L'étranglement se manifeste par des symptômes abdominaux et digestifs et par des troubles généraux.

1° *Signes physiques.* — *Inspection.* — La tumeur herniaire est une saillie arrondie, globuleuse ou allongée, soulevant la peau.

Palpation. — Les doigts perçoivent une masse dure, tendue, rénitente, élastique, différente de la hernie non étranglée qui est molle et gargouillante ; cette sensation est caractéristique ; elle permet, dans la majorité des cas, d'affirmer un diagnostic d'étranglement. Elle est douloureuse, surtout au niveau du pédicule. Ce pédicule est perceptible sous la forme d'un *cordon induré* plongeant sous l'arcade de Fallope, en cas de hernie crurale, ou filant dans l'épaisseur de la paroi abdominale, s'il s'agit d'une variété inguinale. Quelquefois, on peut percevoir, se continuant dans le pédicule de la hernie, une bande résistante se perdant dans l'abdomen, constituée par de l'épiploon tendu comme une corde, entre ses attaches supérieures et sa portion herniée et étranglée : c'est la corde épiploïque de Velpeau. Si l'on fait tousser le malade, on observera de l'impulsion.

Percussion. — La tumeur est mate, signe d'importance relative, car il peut exister dans l'épiplocèle non étranglée, et d'autre part, la sonorité peut exister dans des étranglements très serrés et même anciens, soit qu'il s'agisse de sonorité des masses intestinales sous-jacentes, soit qu'il y ait des gaz à l'intérieur du sac par suite de la gangrène.

2° *Signes fonctionnels.* — Les symptômes digestifs et abdominaux sont de la plus haute importance.

Arrêt des matières et des gaz. — C'est le phénomène capital, mais il ne faut pas se laisser induire en erreur par des évacuations trompeuses provenant du segment inférieur de l'intestin et qui se produisent surtout lorsqu'on donne des lavements aux malades. Il existe cependant des cas exceptionnels dans lesquels on aurait observé de la diarrhée. Attribuée par Louis et Arnoud au pincement latéral de l'intestin, cette persistance des selles serait, pour Le Dentu, due aux transsudations qui se font dans le bout inférieur d'un intestin étranglé, puis dans son extrémité supérieure.

Vomissements. — Ils peuvent se montrer dès le début d'une manière réflexe et continuent dans la suite, tantôt avec intervalles de répit, tantôt régulièrement; ils surviennent au moment de l'absorption des aliments ou spontanément. Au début, ils sont alimentaires et muqueux, puis verdâtres, par suite de la présence de bile, enfin, fécaloïdes. Si le malade est abandonné à lui-même, les vomissements peuvent continuer jusqu'à la fin ; des secousses de hoquet surviennent, puis des régurgitations de matières coulent de la bouche comme se viderait un trop plein (regorgement). Le pronostic en est fatal.

Les *douleurs* peuvent être spontanées, se présentant sous forme de coliques provoquées par la palpation abdominale.

Ventre ballonné, tendu, douloureux. Cependant, le météorisme abdominal est le plus souvent précédé de réaction du ventre due à la contracture des muscles de la paroi. On voit quelquefois les anses intestinales distendues se dessiner sous la paroi.

Signes généraux. — Au début : malaise, agitation, anxiété, dépression de forces, pouls petit; la température est normale.

Dès le deuxième jour, apparaissent des phénomènes d'intolérance, avec des vomissements fréquents ; l'état général s'aggrave. L'état d'anxiété et de dépression s'exagère ; le visage est tiré, grippé ; les yeux sont enfoncés dans l'orbite, cernés ; le pouls est petit.

Plus tard, si l'étranglement n'est pas levé, en même temps que le ventre ballonné, l'état général s'aggrave et des signes d'intoxication profonde apparaissent : le visage prend de plus en plus le type péritonéal ; le nez est froncé, les yeux sont excavés et anxieux, le visage angoissé ; la voix s'éteint.

Le pouls est petit, faible, irrégulier, bientôt incomptable ; la température s'abaisse au-dessous de la normale, sauf complications inflammatoires, telles que péritonite, broncho-pneumonie. La respiration courte, fréquente, anxieuse, n'est pas due à l'intoxication générale, mais au refoulement du

diaphragme dû au tympanisme abdominal. Les urines sont rares, albumineuses.

L'intelligence est conservée jusqu'au dernier moment. On observe parfois, cependant, dans les quelques instants qui précèdent immédiatement la mort, un peu de délire tranquille ou, exceptionnellement, un véritable délire furieux.

Formes cliniques. — *A.* FORME SURAIGUË. — Se caractérise par l'intensité des phénomènes réflexes et généraux, la violence des vomissements, des douleurs abdominales, etc. Dans certains cas décrits sous le nom de *choléra herniaire* dès le début de l'étranglement, le pouls est petit, insaisissable, la température abaissée, le facies cyanosé, les urines rares, la peau sèche. Des crampes douloureuses se produisent dans les mollets. La mort est habituelle.

L'étranglement suraigu est caractérisé encore par la rapidité des accidents de gangrène directe de l'intestin hernié (gangrène survenue au bout de trente-six à vingt-quatre heures).

B. FORME LATENTE. — Presque pas de symptômes subjectifs. Les malades ne souffrent pas, la hernie est indolore, aucun symptôme abdominal. L'état général reste intact et le malade continue à vaquer à ses occupations, sans s'inquiéter de sa hernie.

C. ETRANGLEMENTS PARTIELS DANS LES GROSSES HERNIES. — Type réalisé par les grosses hernies ombilicales ou inguinales. Bien des symptômes décrits dans la forme ordinaire sont absents. Les vomissements, l'état nauséeux, l'arrêt des matières et des gaz existent comme dans la forme classique. L'état général est mauvais. La hernie est légèrement douloureuse, mais souple, non distendue, sonore, réductible, mais incomplètement ; elle a peu ou pas changé de caractères.

D. AUTRES VARIÉTÉS. — Berger a insisté, en 1876, sur les formes nerveuses caractérisées par l'existence de crampes dans les membres, de contractures tétaniformes des extrémités, parfois par du délire, des accès convulsifs, véritables crises éclamptiques se terminant par la mort (forme éclamptique).

Richter avait décrit, sous le nom d'étranglement spasmodique, des cas, où les crises douloureuses, pendant lesquelles les symptômes d'étranglement se montrent avec toute leur intensité, sont séparées les unes des autres par des rémissions plus ou moins longues. Il faut mettre ce fait clinique sur le compte d'un antipéristaltisme exagéré des tuniques intestinales.

E. FORMES SUIVANT LE SIÈGE DE LA HERNIE. — Les symptômes de l'étranglement herniaire, tels que nous les avons décrits, s'appliquent surtout à la hernie inguinale étranglée, mais certains peuvent manquer ou se modifier, lorsqu'il s'agit d'une hernie siégeant en d'autres régions.

a. *Hernie ombilicale.* — Est assez souvent le siège de poussées de péritonite qui peuvent en modifier l'allure clinique, en imposer pour un étranglement ; de plus, des poussées de péritonite locale concomitante peuvent masquer l'évolution d'un étranglement vrai. A noter que l'intestin se sphacèle très vite. « Pratiquement, la hernie ombilicale de l'enfant ne s'étrangle jamais » (Ombrédanne).

b. *Hernie crurale.* — Peut s'étrangler sans donner lieu à aucun symptôme qui attire l'attention du malade du côté de sa hernie ; les signes fonctionnels et généraux existant seuls en apparence ou bien encore tous les symptômes sont très vagues, et cependant les lésions intestinales évoluent rapidement, plus vite même que dans un étranglement de hernie inguinale. Ces phénomènes, qui se produisent surtout chez les gens gras, doivent être connus parce que souvent il est impossible de connaître la date exacte du début de l'étranglement. Il faut se hâter d'intervenir, car les cas de sphacèle de l'intestin sont nombreux dans cette variété d'étranglement herniaire.

c. *Les hernies rares.* — Hernies lombaires, obturatrices, ischiatiques, de la ligne blanche, périnéales, vaginales, rectales peuvent, comme certaines hernies crurales, ne donner lieu en apparence qu'à des signes fonctionnels et généraux. Leur étranglement est, en général, méconnu parce que leur existence n'est pas soupçonnée.

Rappelons, dans la hernie obturatrice étranglée, l'existence du signe de Romberg : douleurs et troubles de la sensibilité, avec impotence des adducteurs, se montrant dans le domaine du nerf obturateur ; la présence de douleurs sciatiques dans la hernie ischiatique. Encore faut-il penser à rechercher ces symptômes.

Terminaison. — L'étranglement, abandonné à lui-même, évolue vers la mort. Dans des cas excessivement rares, la guérison spontanée peut se produire, suivant deux mécanismes : par réduction spontanée, par création d'un anus contre nature.

La réduction spontanée est un fait qui n'existe pas en clinique et les observations où on l'a signalée prouvent qu'il ne s'agissait pas d'étranglement vrai.

La création d'un anus contre nature, par gangrène de l'intestin et production d'un phlegmon stercoral, est le seul processus de guérison. L'intestin étranglé, privé de l'apport sanguin habituel, se sphacèle, les matières font irruption dans le sac, provoquent une inflammation aiguë des enveloppes du sac et des tissus environnants. La peau devient œdémateuse, la tumeur sonore et même tympanique. La palpation décèle de la fluctuation due à la présence de liquides et de gaz. L'état général ne subit pas une aggravation proportionnelle au développement de ce processus local. Puis le phlegmon stercoral s'ouvre à l'extérieur ; un anus contre nature est créé, qui sauvera momentanément le malade ; mais bien souvent, après une rémission de quelques jours, l'état général s'aggrave. L'intoxication de l'organisme détermine la cachexie et la mort. Les faits de guérison spontanée sont rarement observés.

Habituellement, la terminaison fatale survient par péritonite, intoxication générale, lésions viscérales.

Par péritonite. — La péritonite herniaire est déterminée par l'épanchement des liquides septiques contenus dans le sac et l'intestin gangrénés, dans la grande cavité abdominale. Lorsque des adhérences fixent l'intestin au pourtour de l'orifice herniaire, la péritonite par épanchement peut être évitée ; mais ces adhérences n'empêchent pas la propagation de l'inflammation et nous avons vu que la transsudation microbienne suffit pour expliquer le développement de la péritonite par intoxication générale. Infection herniaire.

Le tableau clinique est différent. Le malade est anxieux, agité, sa respiration est courte, précipitée ; il réclame de l'air. Le pouls est accéléré, petit, filant, parfois très irrégulier ou incomptable. Les

urines sont rares et albumineuses. Le teint est bronzé, le regard indifférent, comme lassé, les lèvres, le nez, les oreilles, les mains les membres inférieurs sont cyanosés. A ce moment, l'intervention est inefficace. Deux organes sont particulièrement atteints : le cœur, le poumon. De plus, le rein présente des lésions de néphrite aiguë. Les urines sont diminuées de volume, albumineuses, fortement colorées. La fréquence de l'albumine augmente avec le degré et l'ancienneté de l'étranglement. Elle persiste quelque temps, si les malades guérissent.

Par les lésions de l'appareil pulmonaire. — Etudiées par Verneuil, Ledoux, Mullois, Roux et Berger.

Ce sont surtout des noyaux de broncho-pneumonie infectieuse, atteignant les gens âgés avec une fréquence redoutable. Cliniquement, elles déterminent une très faible réaction générale : pas de point de côté, aucun frisson initial, pas de toux, un peu d'accélération du rythme respiratoire. Les segments sont légèrement cyanosés. A l'auscultation : râles fins, bronchite. A la percussion : matité.

L'évolution est insidieuse et le diagnostic se fait d'après l'état général du malade et la sécheresse de la langue. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 MARS 1924)

Recherches sur les fonctions des capillaires sanguins. — M. A.-C. GUILLAUME, continuant ses recherches sur les fonctions des capillaires, montre que les variations dans la capacité du réseau capillaire nécessitent l'intervention d'un mécanisme régulateur capable d'adapter, d'une part le volume de la masse sanguine, d'autre part la capacité des autres segments de l'appareil circulatoire, aux conditions nouvelles ainsi créées.

Ces recherches sont particulièrement intéressantes et permettront, semble-t-il, de trouver l'explication des accidents dits de congestion provoqués par le froid : « Sous l'influence de la réduction de capacité du réseau capillaire périphérique, la tension artérielle s'élève alors que la circulation profonde est déjà, pour les mêmes raisons, surchargée; les vaisseaux dépourvus de vaso-moteurs ou pourvus seulement de vasomoteurs plus faibles que ceux des autres vaisseaux (tels les petits vaisseaux du poumon ou de l'encéphale) subissent de ce fait un terrible coup de pression et de graves désordres tissulaires en résultent. »

Culture des trypanosomes pathogènes. — M. A. PONSELLE.

Thermocautère métallique à température variable. — M. F. BORDAS.

La vaccination sous-cutanée des animaux pour obtenir du vaccin pur. — M. Edmond CHAUMIER.

L'administration perlinguale de l'insuline. — M. Léon BLUM a cherché à utiliser la capacité résorbante que possède la muqueuse de la langue pour remplacer l'injection sous-cutanée d'insuline.

L'étalement sur la langue d'une dose de chlorhydrate d'insuline permet d'obtenir les mêmes effets qu'une injection sous-cutanée.

Malgré l'inconstance de cette méthode perlinguale, M. Léon Blum pense qu'elle peut rendre des services, en particulier dans les cas où il n'est pas nécessaire de recourir à de fortes doses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1924)

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section d'hygiène en remplacement de M. Vallin.

M. REGAUD prononce l'éloge de M. Gariel.

L'enseignement médical et les facultés de médecine. — M. WEISS fait une importante communication sur la réorganisation des facultés de médecine, sur les modifications à apporter à l'enseignement médical. Il estime qu'il y aurait lieu de douer les facultés de médecine de plus d'autonomie et de les rendre plus indépendantes des universités.

M. HAYEM rappelle qu'en 1922, à la suite de plusieurs communications sur le même sujet, une commission a été nommée dont les études ont été interrompues. Il propose que l'important travail de M. Weiss soit renvoyé à cette commission et que celle-ci reprenne ses travaux.

M. QUÉNU pense que le travail de M. Weiss devrait être renvoyé à une commission spéciale.

— Cette proposition est adoptée. La commission est ainsi composée : MM. Hayem, Weiss, Tuffier, Chauffard, Gilbert, Quénu, Bar, Léon Bernard.

Représentation cinématographique d'une synthèse chimique. Application au n° 205 Bayer. — M. FOURNEAU fait une communication sur ce sujet qu'il appuie d'une démonstration cinématographique des plus curieuses pour expliquer la constitution synthétique d'un corps chromique, le 205 de Bayer.

De la calciurie. — Les observations de M. E. MANOUSSAKIS, faites suivant la méthode des bilans et effectuées sur lui-même, ont démontré que les renseignements fournis par l'étude de la calciurie sur laquelle on se base généralement pour apprécier les échanges calciques de l'homme sain ou malade, sont insuffisants et trompeurs.

L'auteur a observé, en effet, au cours de ses expériences :

1° Qu'une calciurie de 0,27, généralement considérée comme représentant un métabolisme calcique normal, peut coïncider, au contraire, avec une décalcification effective ;

2° Qu'avec une calciurie de 0,33, chiffre supérieur à celui que certains auteurs considèrent comme le chiffre normal, un sujet peut faire de gros grains de chaux, alors qu'on pouvait dire qu'il se décalcifiait ;

3° Que certains médicaments modifient à peine la calciurie et qu'ils sont cependant de puissants décalcifiants. Ces médicaments pourraient paraître inoffensifs si on jugeait de leurs effets par les variations de la calciurie, etc.

Ces faits tiennent au manque de parallélisme entre les éliminations calciques urinaires et les éliminations intestinales.

Résultats opératoires de 115 cas d'hypertrophie prostatique traités par l'électrocoagulation (forage de la prostate). — M. Georges LUYS présente les déductions anatomopathologiques et cliniques ainsi que les résultats opératoires consécutifs à 115 cas d'hypertrophie de la prostate opérés directement sous la vue par les voies naturelles au moyen de l'électrocoagulation (forage de la prostate).

Par ce puissant moyen d'action, il est parvenu à détruire complètement dans 99 cas sur 115 tous les obstacles qui, dans l'urètre prostatique, s'opposaient à la miction.

L'auteur fournit les statistiques de l'âge de ses malades, ses résultats immédiats et les résultats éloignés qu'il a obtenus, certains de ses opérés restant guéris depuis près de dix ans.

Il démontre ainsi les avantages de sa méthode et de son opération qui reste bénigne, non mutilante, radicale et sûre.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de chirurgie et accouchements. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Lejars ; en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Pierre Duval, J.-L. Faure, Legueu, Mauclaire et Potherat; adjoint à la présentation, M. Auvray.

M. Lejars a été élu par 59 suffrages sur 74 votants; M. Duval a obtenu 3 suffrages; M. Faure, 5; M. Legueu, 3, et M. Mauclaire, 4.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1924)

Traitement de l'encéphalite épidémique par les injections intraveineuses de salicylate de soude. — MM. COURCOUX et MEIGNANT (à propos du procès-verbal) confirment les bons résultats obtenus par l'injection intraveineuse de salicylate de soude dans l'encéphalite épidémique. Chez une femme de cinquante et un ans qui présentait une forme sérieuse, l'amélioration fut progressive et s'est maintenue.

Un cas d'amaurose par intoxication oxycarbonée (à propos du procès-verbal). — M. LÉVY-VALENSI a montré, à nouveau, son malade à MM. Rochon-Duvignaud et Coutela qui déclarent que l'examen du fond de l'œil ne diffère pas de celui de nombreux sujets normaux.

En somme, ce qui, pour certains auteurs, est physiologique, est pathologique pour M. Velter. M. Lévy-Valensi maintient son diagnostic. Son opinion est basée sur la diminution, contrôlée par tous, du réflexe photo-moteur, l'absence de tout motif de simulation et la reconnaissance par M. Rochon-Duvignaud lui-même d'une amblyopie réelle, dont le degré seul est en discussion. L'étiologie oxycarbonée ne lui paraît pas douteuse.

Sur un cas de myélome du cou-de-pied droit avec métastases multiples. — MM. CAUSSADE, MOULONGUET-DOLÉRIS et J. SURMONT signalent que : La tumeur en question se développe, chez un homme de vingt-huit ans, à la suite d'un traumatisme comme le fait est souvent consigné. L'évolution se fit en moins d'un an avec : 1° atteinte du tibia, du péroné, de l'astragale, au milieu de crises très douloureuses (sensation de contraction et de broiement) rebelles à tout hypnotique et ayant nécessité la désarticulation du genou droit; 2° avec de la fièvre; 3° avec cachexie rapide accompagnée de métastases pulmonaires, médiastinales et des méninges médullaires. Sans insister sur les difficultés du diagnostic, au début où la tumeur attirait plus particulièrement l'attention (synovite rhumatismale, tuberculose, syphilis), les auteurs signalent spécialement les difficultés du diagnostic, même d'après les ombres radiographiques.

Il y aurait donc intérêt à l'avenir à fixer, dans des cas semblables, l'aspect radiographique, après une étude biologique sérieuse. L'histologie de la tumeur et des lésions osseuses (infiltration presque totale des canaux de Havers expliquant les images radiographiques constatées) a montré l'identité des lésions et leur origine osseuse (type unique de cellules, cellules tassées les unes contre les autres, petites, rondes, sans aucune formation fibrillaire, ayant un noyau central volumineux, à réseau chromatique fin à nucléole inconstant, à protoplasme basophile, tous ces caractères étant ceux des ingeloblastes, mais un peu atypiques comme toutes cellules néoplasiques).

Un cas de diabète rénal. — M. Marcel LABBÉ rapporte un cas de diabète rénal chez une jeune fille de seize ans qui, à la suite d'une angine, présente de l'albuminurie et une glycosurie de 56 grammes par jour.

A la suite d'une deuxième angine, le sucre monte à 79 gr. par jour. La glycémie est à 0,84; l'épreuve de l'hyperglycémie à jeun oscille aux environs de 0,70, le régime alimentaire est sans grande influence sur le sucre. Il s'agit d'un diabète à pronostic favorable.

M. DUFOUR qui a observé la malade de M. Labbé considère que le régime et le traitement spécifique, d'ailleurs insuffisants, n'ont pas été sans action (24 grammes par jour) et croit devoir faire des réserves sur le pronostic.

M. LABBÉ. La malade dont il est question vient de faire une fièvre typhoïde grave parfaitement supportée.

Œdèmes angio-neurotiques avec association de contractures tétaniques et de rhumatisme déformant. — M. E. MAY rappelle le cas d'une malade qui présentait des poussées d'œdèmes localisées avec contractures tétaniques des membres supérieurs. Il s'agit d'une hypothyroïdienne. A la ménopause, apparition du rhumatisme déformant. Le traitement thyro-ovarien a très amélioré la malade. En présence d'un Wassermann positif, malgré l'absence de signes cliniques de spécificité, le traitement syphilitique est resté sans action notable sur les déformations articulaires.

Les lésions artérielles des diabétiques décelées par la radiographie. — MM. M. LABBÉ, DELHERM et LENFANTIN ont pu déceler des lésions artérielles par épaississement des parois dues à l'hypercholestérinémie chez un diabétique. Les artères pouvaient être suivies sous forme d'une ombre à double contour avant qu'on ait pu constater des modifications oscillométriques et de la claudication intermittente et de la gangrène. La radiographie peut donc servir dans certains cas à un diagnostic précoce des lésions artérielles.

L'asynergie fonctionnelle dans les petites insuffisances hépatiques. — MM. Noël FIESSINGER et Henry WALTER ont cherché à fixer l'évolution des signes d'insuffisance fonctionnelle du foie au cours des petites insuffisances hépatiques telles que les ictères bénins, les cirrhoses à évolution lente, et telles que les pneumonies, fièvres typhoïdes et tuberculoses cavitaires. En explorant à la fois la fonction uréogénique, la fonction glycopexique, la fonction pigmentaire et cholalique et la fonction hémocrasique.

Quelques essais d'autosérothérapie périodique de la fièvre de Malte. — MM. D'ŒLNITZ et LIOTARD ont obtenu dans deux cas une atténuation des symptômes mais n'osent encore conclure sur la valeur de cette thérapeutique ni sur le mode d'action de l'auto-sérum.

Contribution à l'étude des pneumothorax thérapeutiques dans la tuberculose infantile. — MM. A. DELILLE, DUHAMEL et MARTY croient devoir avancer que chez l'enfant tuberculeux, les bénéfices du pneumothorax artificiel sont tels que chaque fois que les indications se sont réalisées, le pneumothorax doit être tenté chez l'enfant.

Quelle portée la réaction de Wassermann doit-elle avoir dans la pratique médicale ? — M. Maurice RENAUD conclut de l'étude critique des faits sérologiques que la réaction de Wassermann mesure de façon arbitraire et variable une propriété des sérums que rien ne lie spécifiquement et nécessairement à la syphilis. Il établit qu'elle est une réaction quantitative et non pas qualitative et que les expressions couramment employées de réaction positive et de réaction négative ne peuvent avoir de sens précis puisque la réaction n'a pas de seuil spécifique.

Le pouvoir de déviation du complément en présence d'un antigène lipoïdique dont la mesure est le propre de la réaction de Wassermann ne peut en effet être distingué du pouvoir de déviation spontané que possèdent plus ou moins tous les sérums et qui est généralement désigné sous le nom de pouvoir anticomplémentaire.

Rapprochant les uns des autres les faits souvent disparates et parfois contradictoires observés dans la pratique des réactions de déviation, M. Maurice Renaud les coordonne dans une théorie très générale, en admettant que dans tous les cas où se produit une disparition de l'alexine libre le mécanisme de cette disparition est le même. Il s'agit toujours d'une adsorption de l'alexine libre par les complexes colloïdaux dont la vitesse est seule variable, les antigènes se comportant comme des « catalyseurs ». La mesure du pouvoir hémolytique d'un sérum, en présence ou en l'absence d'un antigène lipoïdique est celle d'une sorte de constante physiologique dont les fluctuations dans les états pathologiques sont des plus intéressantes. Ces fluctuations ne sont pas produites que par la syphilis et la réaction de Bordet-Wassermann dépasse de beaucoup le cadre de cette maladie.

On ne saurait donc apporter trop de réserve dans l'interprétation qu'il convient de donner des renseignements fournis par la fameuse réaction dont la valeur, en aucun cas, ne peut être absolue.

Pour le diagnostic de syphilis, la réaction n'apporte que

des probabilités, de valeur tout empirique et variable suivant les cas. M. Renaud suit pratiquement pour l'interprétation de la réaction les trois règles suivantes qui toutes trois ont des exceptions.

1° Déviation spontanée faible avec déviation à l'antigène faible ; sérum de propriétés normales, absence probable de toute syphilis, absence presque certaine d'une syphilis en évolution.

2° Déviation spontanée faible avec une déviation à l'antigène élevée ; forte présomption d'une syphilis en évolution avec lésions inflammatoires spécifiques.

3° Déviation spontanée forte dépassée plus ou moins par la déviation à l'antigène ; la syphilis est possible (cette éventualité est fréquente chez les syphilitiques anciens ou en cours de traitement), mais on ne peut pas dire probable (car cette éventualité s'observe très fréquemment en dehors de toute syphilis).

La réaction apporte donc dans 50 p. 100 des cas une forte présomption, soit en faveur de l'absence de la syphilis, soit en faveur de l'existence d'accidents spécifiques. Dans les autres cas sa valeur diagnostique est des plus aléatoires et il est sage de n'en tenir aucun compte.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1924)

Fibro-lipome du quatrième métatarsien. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par M. Tillier (d'Alger), observation semblable à celle qu'il a présentée récemment. Enfant de huit ans portant cette tumeur depuis quatre ans, probablement congénitale, sans qu'on ait pu en avoir la certitude.

Luxation de la Ve cervicale sur la VIe. — M. MOUCHET analyse une observation de M. Cornioley (de Genève). Cette luxation, chez un homme de trente-six ans, a été le résultat d'un accident d'automobile. En raison de plaies multiples, cette luxation ne fut diagnostiquée qu'après plusieurs jours. Confirmée par la radioscopie, elle avait entraîné des troubles nerveux dans la région dépendant des Ve et VIe paires. Réduction sous l'écran par traction allant jusqu'à 70 kilogs.

Corps étranger intraarticulaire du genou. — M. CADENAT fait un rapport sur une observation de M. Brugeas. On crut à une rupture du ménisque externe. Il s'agissait d'un corps étranger intraarticulaire révélé d'ailleurs par la r adiographie Extirpation du ménisque externe et du corps étranger.

Staphylorraphie. — M. VEAU apporte une statistique de 102 staphylorraphies. Sur ces 102 cas, 2 morts postopératoires. Sur les 100 opérés vivants, M. Veau a obtenu 70 guérisons par les opérations en un seul temps, 21 guérisons après plusieurs interventions, 9 échecs partiels, pas un seul échec total. Cette statistique est meilleure que la plupart des statistiques étrangères. Elle peut être comparée à celle de M. Broca. Elle lui est même supérieure au point de vue des résultats définitifs. En effet, dans la statistique de M. Broca se trouvent plus d'insuccès définitifs par sphacèle ou suppuration du lambeau supérieur.

M. Veau attribue ces bons résultats à ce qu'il prend soin de fermer la brèche supérieure par une suture de la muqueuse nasale et de respecter tous les muscles, de les suturer au lieu de les couper.

M. Veau donne un tableau statistique de ses opérations avec tous les détails qu'elles comportent.

Traitement des cancers du côlon transverse. — M. DUVAL étudie la question de savoir comment il faut pratiquer la colectomie dans les cancers du côlon transverse.

M. CUNÉO insiste sur l'ablation des ganglions. Il n'est pas toujours facile de faire une exérèse étendue des ganglions. D'ailleurs ils sont souvent indemnes dans les cancers du côlon. On ne trouve généralement pas de cancer dans ces ganglions. Dans la colectomie, il faut avoir soin de bien faire le dégraissage méthodique du gros intestin. La graisse, voilà l'ennemi. M. Cunéo insiste sur la nécessité d'une bonne suture musculaire et sur les différents détails d'une bonne technique opératoire.

Élection. — M. SORREL est élu membre titulaire de la Société nationale de chirurgie par 42 voix sur 45 votants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 MARS 1924)

A propos de la mammectomie. — M. DUCLAUX a observé deux cas d'hypertrophie considérable des deux seins chez deux femmes jeunes (vingt-huit et trente ans) minces, sportives, extrêmement gênées de cette hypertrophie et en souffrant ; il insiste et sur le traitement, l'amputation complète avec incision très latérale lui paraissant le meilleur procédé, et sur les lésions constatées microscopiquement, hyperplasie de tous les éléments constituants du sein et lésions de mammite chronique.

A propos du cancer du côlon. — M. GAULTIER tire des observations de sa pratique gastro-entérologique, les indications du traitement chirurgical du cancer de l'intestin et souligne, au point de vue survie, la prudence des interventions dérivatrices qu'il oppose à la hardiesse des exérèses totales.

M. PAUCHET pense que tout cancer du côlon doit être réséqué. L'anastomose donne une survie faible, la résection précoce donne des survies de trois, quatre, dix et quinze ans. Le diagnostic précoce est difficile : la radiographie se trompe parfois. Il faut opérer tout malade qui a présenté une crise d'occlusion même incomplète, présentant des coliques à point fixe avec gargouillements. Quand un cancer est ulcéré, il faut faire l'opération en deux temps.

Recherches récentes sur l'eau d'Evian. — MM. LÉVY-DARRAS et GUILLAUMIN.

Traitement des arthrites blennorragiques rebelles par les injections intra-articulaires de sérum antiblennorragique. — M. LE FUR a guéri deux cas d'arthrite blennorragique rebelles à tout traitement par des injections intra-articulaires de sérum Stérian, après échec par voie sous-cutanée. Après une assez vive réaction, l'épanchement disparaît et l'articulation retrouve sa souplesse et ses mouvements normaux.

De l'élimination de l'urée dans la tuberculose rénale. — M. LE FUR montre qu'il existe toujours une diminution importante de l'urée au litre du côté malade. Mais parfois, par suite de la polyurie fréquente du rein tuberculeux, la quantité d'urée totale éliminée pendant les deux heures de la séparation est plus grande du côté malade. En outre, certains reins, présentant à l'œil nu des lésions minimes, sont atteints de déficience considérable, due soit à des lésions tuberculeuses diffuses, soit à des lésions de néphrite simple.

Les appendicites chroniques méconnues. Signes radiologiques de l'appendicite chronique. — M. AIMÉ, se basant sur l'étude radiologique de 594 cas d'appendicite chronique, montre l'importance pour le diagnostic de toute une série de signes radiologiques accessoires, surtout des modifications constatées dans le jeu du diaphragme droit.

Traitement cinétique de la scoliose. — M. MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

APPAREILS. APPRÉCIATION DU TRIBUNAL

Les contestations sont nombreuses, en matière de paiement d'honoraires médicaux ; nous ne pouvons indiquer que celles qui présentent un intérêt évident. Certaines personnes ne reculent devant aucun moyen pour contester au médecin sa rémunération ; nous en avons cité de nombreux exemples. En voici encore un qui a fait l'objet d'un jugement du Tribunal de la Seine du 11 février 1924 :

« Attendu que le docteur D... a assigné L... en paiement de

la somme de 1.200 francs pour soins médicaux donnés à son fils en octobre et novembre 1920 ;

Attendu que L..., estimant que la somme réclamée par le docteur D... est exagérée, demande qu'il lui soit donné acte de ce qu'il lui offre celle de 500 francs et que cette offre soit validée ;

Attendu qu'il résulte des faits et documents de la cause que le docteur D... a donné ses soins au fils de L... pour fracture du radius ; que ses soins ont consisté, en outre de la réduction de la fracture, *dans la pose de deux appareils en plâtre et dans l'administration de massages* ;

Attendu que L... conteste que le docteur D... ait fourni des appareils et prétend que son fils n'est allé que douze fois chez ce praticien au lieu de seize ;

Attendu qu'il est bien évident que la mention « deux appareils » qui figure sur la note du docteur D... ne se rapporte pas à des appareils orthopédiques, mais à des appareils de plâtre confectionnés par ce dernier avec des fournitures de plâtre et de gaze dont il a pris la charge et qui sont portés sur ladite note sous la rubrique « fourniture de matériel » ;

Attendu, en admettant même que le docteur D... n'ait reçu le fils de L... que douze fois au lieu de seize, que les honoraires réclamés par le docteur D... pour les soins par lui donnés et le nombre de visites ne sont pas exagérés ; qu'en effet les honoraires en matière médicale doivent être fixés d'après la nature de la maladie ou de l'opération, la notoriété du médecin et la situation du client ; que, en considération de tous ces éléments d'appréciation, le Tribunal estime que la somme réclamée par le docteur D... est la juste rétribution des soins qu'il a donnés. »

Il est bien rare que les tribunaux de donnent pas raison aux médecins ; ce qui montre leur modération. Mais le malade ou celui qui doit payer espèrent une réduction, en raison de ce pouvoir d'appréciation que se réservent les tribunaux ; c'est pourquoi ils n'hésitent pas à faire le procès.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE

(COMMUNIQUÉ)

« Le Groupe médical parlementaire s'est réuni le 20 mars, à la Chambre des députés, sous la présidence de M. le docteur Chauveau, sénateur.

A propos de la nouvelle loi concernant les BAUX A LOYER, M. Pédebidou, sénateur, demande au Groupe s'il ne jugerait pas nécessaire de demander d'ajouter, après les mots Commercial et Industriel, le mot professionnel. Cette addition permettrait aux médecins, avocats, etc., de bénéficier de la prorogation.

Il explique que, en 1920, M. Gilbert Laurent avait proposé de remplacer dans le texte des discussions les mots Commercial et Industriel par le mot : les *patentés*, mais que cet amendement fut rejeté par la Chambre.

Le professeur Pinard estime qu'il ne faudrait pas assimiler la profession médicale à celle d'un commerçant et que la dignité et l'honorabilité priment pour elle les avantages matériels.

M. le Président explique qu'à la dernière réunion plusieurs de nos confrères ont exprimé la crainte qu'en réclamant un avantage accordé par la loi aux commerçants, les médecins risquent de se voir appliquer, comme à ceux-là, le bénéfice sur le chiffre d'affaires.

Il rappelle les décisions des syndicats en faveur de la thèse de M. Pédebidou et résume la conférence faite récemment sur ce sujet, devant un public médical, par M. Ignace. L'ancien ministre, après avoir montré la nécessité d'une intervention législative, équitable sans doute pour la profession, mais motivée plus encore par l'intérêt public, concluait, non à l'assimilation avec les commerçants sous la forme d'un amendement, mais à la rédaction d'un texte spécial.

Le Groupe adopte cette conclusion à l'unanimité. Un texte particulier sera donc rédigé.

ASSURANCES SOCIALES. — M. le docteur Grinda, rapporteur de la loi sur les Assurances sociales, croit que la Chambre aura le temps de discuter ce rapport avant sa séparation. Le président du Conseil accepte que cette loi vienne en discussion.

Contrairement à l'opinion du ministre des Finances, les charges incombant à l'État seront faibles ; car déjà l'Etat les supporte sous le couvert du budget de l'Assistance publique.

Le vote de cette loi aurait un retentissement considérable dans le pays. Elle existe déjà en Angleterre ; en Amérique tous les risques sont assurés. Elle a été votée par le Japon, et Mussolini l'a instituée en Italie par simple décret.

Malgré tous les amendements déposés, le docteur Grinda croit que la discussion ne sera pas trop longue ; car ce projet de loi a fait l'objet, pendant trois ans, de longues et minutieuses études, non seulement dans les commissions, mais dans le pays tout entier.

Dans une conférence précédente, l'orateur a expliqué l'esprit et les principaux articles de la loi.

Aujourd'hui il va traiter du point de vue médical.

L'intérêt général doit primer l'intérêt corporatif et le Corps médical ne peut s'opposer au principe même des Assurances sociales.

On a accordé aux médecins le *libre choix* réclamé par lui.

Le *contrat collectif*, très discuté, a cependant obtenu la majorité au dernier Congrès de l'Union des syndicats médicaux.

Enfin, le *ticket modérateur* empêcherait les abus que l'on pourrait craindre...

La loi doit avoir autant et plus même une action préventive que thérapeutique et curative. Cette action doit être dans la création de laboratoires, préventoria, maisons de cure, maisons maternelles et d'accouchements, habitations salubres, etc.

Le but de la loi doit être de donner des soins rapides aux travailleurs, d'éviter les maladies longues en les soignant dès leur début pour éviter la chronicité, la contagion, etc.

La loi déborde le cadre individuel pour entrer dans le cadre social. C'est pour celà qu'il faut ne pas supprimer le tiers payant et faire porter sur l'assurance le poids du traitement médical, sauf la petite part contributive du malade sous forme de ticket modérateur.

D'ailleurs, même avec le tiers payant, la loi pourrait malgré tout fonctionner dans le cadre que nous avons établi.

Les prévisions budgétaires pour soins médicaux sont évaluées à environ 18.000 francs par médecin, soit, si l'on compte que 15.000 médecins accepteront la loi, $15.000 \times 18.000 = 270.000.000$ (millions).

Le Corps médical a donc tout intérêt au vote de la loi et il doit l'accepter, même au point de vue de son intérêt matériel.

Avant de lever la séance le docteur Chauveau tient à témoigner, en son nom et au nom du Groupe, les regrets que leur cause la décision du docteur Gilbert Laurent, de se retirer de la vie politique. Il le remercie du dévouement qu'il a apporté depuis de longues années dans ses fonctions de secrétaire général du Groupe médical parlementaire.

Le docteur Gilbert Laurent remercie M. le président Chauveau et ses confrères. Il regrettera surtout, en quittant le Parlement, les excellents confrères du Groupe médical qui lui ont toujours témoigné une vive sympathie, et il conservera du Groupe et de chacun de ses membres le meilleur et le plus agréable souvenir. Il remercie particulièrement le président Chauveau, qui a été le grand animateur et l'âme de ce Groupe, des paroles trop élogieuses qu'il vient de lui adresser. »

Le Secrétaire général,
GILBERT LAURENT,
Député.

Le Président,
CHAUVEAU,
Sénateur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
FRAEGER

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 avril. — MM. Haguenau, 19; Carrié et Feuillie, 19,81; Weill, 18.

Consultation écrite. — Séance du 12 avril. — MM. Alajouanine, 18,72; Cathala, 18; Jacquelin, 19,72; Bloch, 19,45.

Liste des candidats admis à subir l'épreuve clinique :

MM. Pruvost, Rouillard et Paraf, 20; Feuillée et Carriée, 19,81; Gautier (Claude) et Jacquelin, 19,72; Nathan, 19,63; Bith et Donzelot, 19,54; Bloch (Marcel), Léchelle et Mouzon, 19,45; Haguenau et Hutinel, 19.

Prochaine séance samedi 3 mai.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 avril. — MM. Bloch (André), Dufourmentel et Ramadier, 30.

Sont nommés : MM. Bloch, 117; Ramadier, 115.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — Un concours sera ouvert en juin 1924, dans une ville de Faculté désignée par le sort, pour la nomination d'un chef du laboratoire d'analyses.

Les candidats devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine et de nationalité française.

La liste d'inscription sera close le 24 mai 1924.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat général des hôpitaux civils de Grenoble, à la Tronche.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour deux places d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Mallet-Guy et Comte, internes des hôpitaux.

CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER DE NANTES. — M. le docteur Gauducheau, médecin des hôpitaux est nommé directeur du centre.

— Sont nommés chefs des divers services :

Chirurgien : M. le docteur Guilbaud (Gaëtan), professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Nantes.

Clinicien : M. le docteur Monnier (Urbain), professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Nantes.

Radiologiste : M. le docteur Gauducheau, médecin des hôpitaux de Nantes, directeur du centre.

Physicien : M. le docteur Dupont, professeur suppléant de physique à l'école de médecine de Nantes.

Anatomo-pathologiste : M. le docteur Monnier (Amédée), professeur d'histologie et d'anatomie pathologique à l'école de médecine de Nantes.

GUERRE. — Service de santé. — *Mutations.* — Armée active :

Médecin principal de 1re classe. — M. Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est affecté comme sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Médecin principal de 2e classe. — M. Blary, hors cadres (troupes d'occupation du Maroc), est réintégré dans les cadres et affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans (service).

Médecins-majors de 1re classe. — M. Chauliac, hors cadres (troupes d'occupation du Maroc), est réintégré dans les cadres et affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux-Talence (service).

M. Lévy, désigné pour le 141e rég. d'infanterie, n'a pas rejoint, est affecté au 157e rég. d'artillerie à pied (service).

M. Perrignon de Troyes, de la place de Belley, est affecté à la division d'occupation de Tunisie (service).

M. Delahousse, de la direction du Service de santé du 14e corps d'armée, est affecté au 43e rég. d'artillerie de campagne hippomobile, à Caen (service).

M. Croidieu, de la division d'occupation de Tunisie, est affecté au 93e rég. d'artillerie de montagne, à Grenoble (service). (*J. O.*, 1[illegible]ril 1924.)

LA RÉCEPTION DES ÉCOSSAIS A LA MAISON DES ÉTUDIANTS. — La belle réception artistique organisée par la section de médecine de l'A., dans la maison de la rue de la Bûcherie en l'honneur des étudiants écossais, a été particulièrement réussie.

C'est le nouveau président de la section, M. Bloch, qui recevait fort aimablement les invités : professeurs à la Faculté de médecine, médecins et chirurgiens des hôpitaux venus pour fêter les Ecossais.

Dans une charmante allocution, M. Bloch, au nom des 822 membres de la section, remercia M. le doyen Roger

d'avoir bien voulu présider cette réunion, et il souhaita la bienvenue à ses hôtes.

M. le professeur Roger, en remerciant les étudiants de leur hospitalité sut trouver les mots les plus aimables pour accueillir au nom de la Faculté les étudiants écossais.

La réunion se termina par la lecture du palmarès du concours de la section médicale, suivie d'un concert extrêmement brillant.

A PROPOS DE LA DÉCENTRALISATON ET DES ÉCHANGES UNIVERSITAIRES. — Nous avons rappelé dans un précédent numéro (25 mars 1924) quelques-unes des mutations qui ont eu lieu entre les professeurs de Paris et ceux de province depuis une cinquantaine d'années. A ce propos, notre ami le docteur Darras veut bien nous signaler deux oublis : M. Guiart, agrégé d'histoire naturelle de Paris (1901), est aujourd'hui professeur de parasitologie à Lyon ; M. Le Lorier, agrégé d'accouchements à Lille, est revenu comme agrégé à Paris à la date du 1er avril 1920.

En rassemblant nos souvenirs nous constatons que si les mutations entre Paris et la province ont été fréquentes, les échanges universitaires n'ont pas été moins nombreux entre les universités et les écoles de province.

En 1877, nous voyons Monoyer, de Nancy (et antérieurement de Strasbourg) passer, ainsi que son collègue Cauvet, à la Faculté de Lyon. Plus près de nous, le regretté Sencert, de Nancy est allé à Strasbourg. M. le professeur Bard enseigna tour à tour à Lyon, à Genève et à Strasbourg, puis revint tout dernièrement à Lyon. M. Martin, de Lyon est allé à Toulouse.

A Alger, nous trouvons les professeurs Curtillet, venu de Lyon, et Ardin-Delteil, de Montpellier. M. Argaud a quitté récemment la Faculté d'Alger pour aller enseigner à Toulouse.

Léon Imbert et Henri Roger, agrégés à Montpellier, sont devenus professeurs à l'Ecole de Marseille; enfin, tout récemment, M. Jeanneney, agrégé à Lille, a été nommé sur sa demande à Bordeaux.

Que de noms nous échappent sans doute encore!

Parmi les médecins militaires et les agrégés du Val-de-Grâce un certain nombre sont allés occuper avec distinction des chaires de faculté ou d'école. Il nous suffira de citer MM. les professeurs Paulet et Policard à Lyon, Forgue à Montpellier, Bousquet à Clermont-Ferrand, Lafforgue à Toulouse, Chavigny à Strasbourg, Robert Picqué à Bordeaux, Le Fort à Lille, Cange, Tournade et Giraud à Alger.

Cette énumération est évidemment très incomplète, nous recevrons avec reconnaissance les rectifications que voudront bien nous adresser nos lecteurs.

LES MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Nous avons annoncé, il y a quinze jours, la fondation de la Société amicale des médecins parisiens de Paris.

Nous rappelons que le bureau est ainsi composé :

Président d'honneur : M. le professeur Charles Richet; président : M. le professeur Balthazard; vice-présidents : MM. les docteurs Vimont et Dartigues; secrétaire général : M. le docteur Prost; trésorier : M. le docteur Bongrand.

Le docteur Prost, secrétaire général (119, boulevard Malesherbes) se fera un plaisir d'envoyer les statuts de l'amicale à tous les confrères, nés sur les deux rives de la Seine, qui voudront cinq fois par an, réunis autour d'une table, parler de leur cher pays : Paris.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA PÉDIATRIE. — Les docteurs Armand-Delille, Hallé, Lemaire, Lesné, Paisseau, Ribadeau-Dumas, Weill-Hallé, médecins des hôpitaux, les docteurs Mouchet, Veau, chirurgiens des hôpitaux, feront, du 28 avril au 10 mai 1924, deux séries de douze leçons sur les maladies ds la première enfance avec démonstrations pratiques, à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot et à l'hôpital Saint-Louis (musée), 40, rue Bichat.

Au cours de ces conférences, il sera procédé à des démonstrations sur la diététique des troubles digestifs de la première enfance (application de la diète hydrique, les laits modifiés, les régimes hydrocarboné et azoté).

Le droit d'inscription est fixé pour chaque série à 50 fr.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. le docteur Lemaire, à l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot.

Tuberculose infantile. — Du lundi 12 mai au samedi 24 mai inclus, MM. Armand-Delille et Ribadeau-Dumas feront chaque matin, à 10 h. 30, à l'hôpital Debrousse, une leçon sur la tuberculose infantile.

Acidose et diabète de l'enfant. — Du 12 mai au 17 mai, à 16 heures, à l'hôpital de la Charité, M. Weill-Hallé, avec la collaboration de M. Chabanier, fera cinq leçons sur les vomissements cycliques, sur l'acidose et le diabète de l'enfant (pathogénie, clinique et thérapeutique).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Christin (de la Bourboule), Courdoux (de Paris), Charles Jacobs (de Bruxelles), président d'honneur de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française; Charles-Louis Mailfaire (de Vanves); Eugène Maritoux (d'Uriage).

REVUE DES THÈSES

Essai sur la bismuthothérapie dans la neurosyphilis (1), par M. le docteur Joseph PEYRUS.

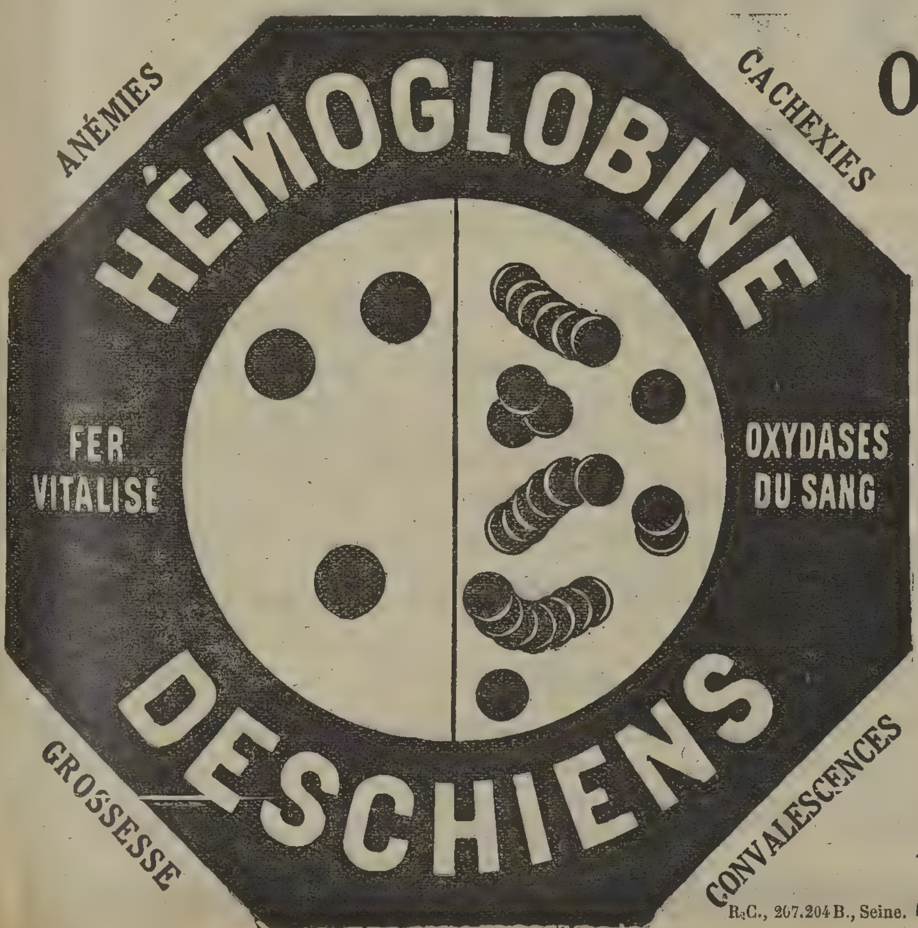
Envisageant la thérapeutique actuelle vis-à-vis des syphilis nerveuses, M. Peyrus, au cours d'un très intéressant travail sur la bismuthothérapie, met en relief dans diverses observations de neurosyphilis (dont la plupart ont été recueillies dans l'important service de neurologie de M. le docteur Bériel) les heureux résultats de la médication bismuthée là où mercure et arsenic semblaient devoir échouer ou avoir épuisé leur effet.

Au cours de son expérimentation, l'auteur s'est exclusivement et principalement servi d'un composé organique récent, remarquablement bien toléré, par voie intramusculaire, même à doses élevées ou rapprochées, et sans phénomènes réactionnels; l'oléate de bismuth (oléo-bi « Roche ») titré à 50 p. 100 de bi-métal; puis, accessoirement, d'un tartrobismuthate de sodium titré à 35 p. 100 (tartro-bi) administré par voie endo-veineuse.

L'efficacité du bismuth — en l'espèce de l'oléo-bi — apparaît nettement établie dans plusieurs des observations de l'auteur, et nous devons admettre avec M. Peyrus, qui en a minutieusement étudié l'action, que cette dernière tient principalement à la diffusion lente et profonde du bi dans les tissus réalisant « un véritable bain bismuthé », notamment au niveau des centres nerveux et du liquide céphalo-rachidien.

Des nombreuses observations recueillies jusqu'ici par divers expérimentateurs, aussi bien dans les hôpitaux de Paris : Saint-Louis, Cochin, Hôtel-Dieu, que dans les hôpitaux de province : Antiquaille, Charité, Nancy, Strasbourg, il semble que l'oléo-bi soit un produit excessivement commode à administrer, très maniable, présentant une résorption complète en même temps que lente et progressive du bismuth, sans danger d'accumulation ou de décharges inondant brusquement l'organisme, et dont, par conséquent, il est facile, par un dosage judicieux, d'éviter toute action secondaire.

(1) *Th. de Lyon*, déc. 1923.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1923

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT,

CHEF — CHEF ADJOINT

DU LABORATOIRE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

I. — RADIODIAGNOSTIC

A. Os. Articulations.

Les hanches insuffisantes. (J. GOURDON. *Presse méd.*, 17 janv. 1923.) — A côté des arthrites de la hanche, qu'il s'agisse de coxalgie vraie ou d'arthrites non tuberculeuses, il existe des hanches qui, sans infection, sans traumatisme, sont atteintes d'insuffisance fonctionnelle douloureuse. A la radiographie ces hanches présentent toujours une cavité cotyloïde étalée en hauteur avec un toit effacé, fuyant. La tête du fémur souvent indemne est quelquefois aplatie. L'auteur rapporte ces lésions à un arrêt de développement d'origine congénitale.

Cf. — Coxalgies et pseudo-coxalgies. (BRESSOT. *Paris méd.*, 17 janv. 1923.)

Arthrites à pneumocoques de la hanche chez le nourrisson et luxation de la hanche. (L. LAMY et BENOISTE-PILLOIRE. *Presse méd.*, 5 sept. 1923.)

Le col sans tête, la tête sans col. (BOULARAN et R. CHARRY. *Gaz. des hôpit.*, 7 août 1923.)

Un cas de syndrome de Klippel-Feil. (DELHERM, THOYER-ROZAT et MOREL-KAHN. *Soc. de radiol.*, 13 fév. 1923.) — Le cas que rapportent les auteurs représente un type assez complet du syndrome de Klippel-Feil qui se caractérise par une réduction du nombre des vertèbres cervicales avec ascension du sommet du thorax qui touche presque la base du crâne ; à ces lésions principales s'ajoutent généralement un spina bifida cervical et une cyphose basilaire de l'occipital.

Cf. — Un homme sans cou. (RIBIERRE. *Presse méd.*, 19 mai 1923.)

L'exploration radiologique de la mastoïde et du rocher. (R. GAILLARD. *Th. de Lyon*, 1923.) — La radiographie de la mastoïde et du rocher pratiquée avec une technique rigoureuse que l'auteur a mise au point avec Lannois et Arcelin comporte deux attitudes : une incidence sagittale oblique qui donne une image nette de la mastoïde et une projection normale du rocher suivant son grand axe. Une incidence transversale oblique qui projette et étale sur le cliché toutes les cellules mastoïdiennes et le trajet sigmoïde du sinus latéral.

Ces radiographies donnent des renseignements susceptibles d'éclairer et de guider le chirurgien avant son intervention ; en particulier, au cours d'une mastoïdite aiguë, toute image de destruction osseuse avec disparition des cloisons intercellulaires commande une trépanation d'urgence.

Dans les mastoïdites chroniques la présence du cholestéatome plaide en faveur d'une thérapeutique chirurgicale.

Cf. — L'exploration radiologique du rocher. (ARCELIN. Rapport au *Congrès pour l'avancement des sciences*, Bordeaux, juillet 1923.)

La radiographie de l'os petrosum. (L.-G. HEILBRON [d'Amsterdam]. *Acta radiologica*, t. II, n° 3.)

Diagnostic radiologique du mal de Pott. (MAHAR. *Bull. méd.*, 28 fév. 1923.) — L'intérêt de la radiographie du mal de Pott réside dans la possibilité de faire un diagnostic de début alors que les signes cliniques sont encore douteux. L'examen radiologique, pour être complet, doit comporter un cliché de face et un cliché de profil, les lésions de début — pincement du disque — n'apparaissant bien que sur une vue de profil.

Les signes radiologiques du mal de Pott au début sont :

Les modifications de texture, tel un foyer central de nécrose du corps vertébral.

Le pincement du disque intervertébral, c'est-à-dire la diminution de hauteur de l'espace intervertébral, signe capital qu'il faut toujours rechercher avec grand soin.

Le tassement du corps vertébral pour les maux de Pott débutant en plein corps vertébral.

Ces différents signes sont pathognomoniques et ne peuvent se retrouver dans des lésions de la colonne vertébrale autres que le mal de Pott.

Cf. — Quelques points de technique sur le radiodiagnostic du mal de Pott. (COLANÉRI. *Bull. méd.*, 28 fév. 1923.)

La lombarthrie tuberculeuse. (JEAN et COURRAUD. *Journ. de radiol.*, juin 1923.)

Sur l'importance de l'exploration radiologique du rachis dans les syndromes douloureux lombo-sacrés. (LÉRI et PÉROU. *La Médecine*, juin 1923.)

Radiodiagnostic de quelques altérations osseuses de l'extrémité supérieure de l'humérus. (J. BELOT et F. LEPENNETIER. *Journ. de radiol.*, mars 1923.) — Revue très complète et abondamment illustrée des différentes et très nombreuses lésions — congénitales, traumatiques, infectieuses, néoplasiques — qui peuvent frapper l'extrémité supérieure de l'humérus. Le diagnostic clinique en est parfois très difficile, impossible même, et l'examen radiologique trouve des indications dans toute affection, même supposée minime, de l'épaule.

Étude radiographique du développement de l'épaule. (MASSART et CABOUAT. *Journ. de radiol.*, août 1923.) — Des recherches effectuées par les auteurs sur plus de 150 sujets indemnes de toute trace de rachitisme ou de tuberculose, il résulte que :

1° Le noyau d'ossification de la tête humérale apparaît entre le troisième et le sixième mois.

2° Vers la fin de la première année apparaît le point coracoïdien.

3° Les noyaux des deux tubérosités ont une apparition beaucoup moins fixe, en tous cas le point trochantérien est nettement visible à trois ans ; celui de la petite tubérosité apparaît après la deuxième année.

La réunion des noyaux de la tête et du trochanter se fait aux environs de la cinquième année et ce n'est guère qu'à sept ans que se soude à eux le point trochantérien.

La cavité glénoïde se forme vers la dixième année et s'ossifie par trois points.

Enfin, entre quatorze et seize ans se fait l'ossification de l'extrémité externe de l'acromion.

Recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéo-articulaires. Eléments du diagnostic clinique radiographique et de laboratoire avec la tuberculose externe. Hybridité ou coexistence. (V. MÉNARD et M. MOGER, *Journ. de méd. de Paris*, 30 juin, 7 juillet et 21 juillet

1923.) — L'examen clinique, la radiographie et le laboratoire sont trois modes d'investigation qui ne s'opposent pas, mais se complètent.

La syphilis osseuse se localise de préférence sur les os long et l'on décrit généralement une forme diaphysaire et une forme épiphysaire.

Syphilis diaphysaire. — On devra toujours comparer avec le côté sain, les deux membres étant radiographiés en position symétrique.

L'hyperostose diaphysaire qui, en ce cas de lésion fermée, constitue un signe de haute valeur en faveur de la syphilis, opacifie l'ombre latérale de l'os qui fait excentriquement une saillie plus ou moins régulière et vient vers le centre empiéter sur le canal médullaire, qu'elle rétrécit d'autant. Cette hyperostose peut être régulière en fuseau (sur un tibia, par exemple), ou irrégulière, plusieurs hyperostoses, séparées par des rétrécissements en saillies, s'étageant sur la même diaphyse. L'hyperostose est d'autant plus opaque qu'elle est plus ancienne; dans les cas jeunes, elle peut ne pas apparaître sur le cliché.

Syphilis épiphysaire ou ostéo-articulaire. — La radiographie donne une image particulièrement nette des déformations.

Les épiphyses présentent des surfaces irrégulières, dentelées, déchiquetées avec production d'ostéophytes. Tantôt l'interligne articulaire a disparu tantôt il persiste. L'affection évoluerait en trois stades : le deuxième serait celui de fausse tumeur blanche, l'articulation « présentant l'aspect clinique de la tuberculose avec, à la radiographie, l'augmentation de hauteur des épiphyses, le pincement de l'espace articulaire et l'irrégularité des surfaces. Le troisième stade répondait à l'ostéo-arthrite déformante. »

L'ostéo-arthrite syphilitique évolue par poussées successives et les quatre formes que l'on a l'habitude de décrire ne « sont que les différentes phases évolutives successives de la même localisation articulaire ».

Pour les diaphyses, les épiphyses et les articulations, toutes les localisations peuvent être observées, mais la syphilis se localise le plus fréquemment au niveau du tibia et du genou. Dans les 123 cas rapportés par les auteurs, la localisation se remarquait 75 fois au tibia et 36 fois au genou, 25 fois au fémur, 24 fois au cubitus, etc.

Les auteurs terminent leur intéressant mémoire par l'exposé du traitement.

B. Appareils circulatoire et pulmonaire.

Splénopneumonie et pleurésie enkystée. (ARDIN-DELTEIL, DERRIEN et LÉVI-VALENSI. *Paris méd.*, 31 mars 1923.) — « Derrière toute splénopneumonie il faut suspecter l'existence possible d'une collection enkystée interlobaire », disaient déjà ces auteurs en 1920. Deux observations qu'ils rapportent confirment leurs premières conclusions. Mais il est à noter que dans ces cas l'examen radioscopique ne permet pas de faire le diagnostic d'épanchement interlobaire, le processus de splénopneumonie masquant le liquide en suspension.

Cf. — La splénopneumonie tuberculeuse chronique chez l'enfant. (ARMAND-DELILLE, ISAAC-GEORGES et DUCROHET. *Presse méd.*, 20 juin 1923.)

Comment doit-on interpréter les ombres hilaires normales? (DELHERM et R. CHAPERON. *Journ. de radiol.*, juillet 1923.) — Il résulte des recherches des auteurs que les ombres hilaires que l'on voit à l'écran sont en presque totalité dues aux artères pulmonaires.

Les bronches donnent au contraire des bandes claires seulement visibles sur les radiographies.

Les veines pulmonaires sont généralement peu visibles normalement.

Les ganglions, enfin, sont invisibles; seules les adénopathies en évolution avec congestion périganglionnaire donnent une image à l'écran. L'ombre hilaire devient pathologique lorsque disparaît l'espace clair bronchique intervasculo-cardiaque.

Cf. — Les arborisations pulmonaires. (GARCIN. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, juillet 1913.)

Les injections intratrachéales d'huile iodée appliquées à l'examen radiologique de l'arbre broncho-pulmonaire. (FORESTIER et LEROUX. *Journ. de radiol.*, sept. 1923.) — La tolérance de l'épithélium broncho-alvéolaire pour les solutions huileuses et la grande opacité aux rayons X du lipiodol, ont conduit les auteurs à utiliser les injections intratrachéales d'huile iodée pour l'étude de certaines affections pulmonaires, et en particulier de la dilatation des bronches dont l'examen radiologique était resté jusqu'à présent sans grande signification.

Pour la technique de l'injection, les auteurs donnent la préférence à la voie sous-glottique (malgré qu'elle soit un peu plus complexe que la voie transglottique) après anesthésie bronchique.

Suivant les positions données au sujet il est possible d'injecter tel ou tel lobe du poumon que l'on désire plus particulièrement étudier.

Ces injections sont inoffensives, et le lipiodol en partie rejeté et dégluti après l'examen se résorbe d'ailleurs dans un assez court espace de temps.

Cf. — L'exploration radiologique de l'appareil respiratoire après injection intratrachéale de lipiodol. (E. SERGENT et COTTENOT. *Journ. de radiol.*, oct. 1923.)

La dilatation des bronches chez l'adulte. (E. SERGENT. *L'Hôpital*, janv. 1923.)

Formes larvées de la dilatation bronchique chez l'adulte. (AMEUILLE. *Bull. méd.*, 26 nov. 1923.)

Deux cas de radiodiagnostic pulmonaire à l'aide d'injections de lipiodol par la méthode intercrico-thyroïdienne. (AIMÉ. *Bull. de la Soc. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1923.)

Méthode d'exploration radiologique par l'huile iodée. (SICARD et FORESTIER. *Soc. de radiol.*, mai 1923.)

Quelques cas d'utilisation du lipiodol dans le radiodiagnostic des affections pulmonaires. (SERGENT et COTTENOT. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, juin 1923.)

Les modifications de l'opacité aortique à l'examen radioscopique : leur importance dans certaines formes d'aortite. (M. LECONTE. *Presse méd.*, 23 mai 1913.) — L'examen radiologique de l'aorte ne doit pas porter seulement sur les modifications de calibre du vaisseau, mais comporte également des renseignements d'ordre qualitatif dont l'importance est d'autant plus grande qu'ils se manifestent généralement les premiers.

A un premier degré, l'aorte initiale descendante commence à se dessiner en position frontale, alors qu'elle est normalement invisible avant soixante ans.

A un degré plus avancé, ce même segment aortique devient franchement visible en position frontale, et obscurcit l'espace clair en O. P. G.

Au troisième degré, enfin, l'aorte thoracique est entièrement visible dans toutes les diverses positions d'examen et on peut la suivre parfois jusqu'au diaphragme.

Ces variations d'aspect radiologique de l'aorte correspondent à différents degrés d'aortite dont l'auteur passe en revue la symptomatologie clinique. Il faut toujours, dans ces cas, penser à la syphilis et traiter les malades comme tels.

Cf. — L'examen radiologique de l'aorte : ce que le praticien peut en attendre. (P. THOYER-ROZAT. *L'Hôpital*, juin 1923.)

L'interprétation rationnelle des données radioscopiques au sujet de l'aortite thoracique. (MOUGEOT. *Presse méd.*, 6 juin 1923.)

Étude anatomo-radiologique de l'ombre médiane cardiovasculaire vue de face. (DELHERM et R. CHAPERON. *Journ. de radiol.*, janv. 1923, n° 1.) — Continuant leurs travaux, les auteurs arrivent à cette conclusion que le bord droit du pédicule vasculaire du cœur est constitué non par l'aorte ascendante, mais par la veine cave, presque toujours visible chez l'individu normal.

A gauche, l'arc moyen représente dans la majorité des cas, l'artère pulmonaire et non l'oreillette gauche ; celle-ci n'est visible que lorsqu'elle est dilatée.

Aussi ce que l'on a coutume de mesurer en position frontale n'est pas l'aorte, mais bien l'ensemble du pédicule.

C. **Tube digestif.**

Le radiodiagnostic des diverticules de l'œsophage. (GUÉNAUX. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, oct. 1923.) — L'exploration radiologique de l'œsophage par l'absorption d'une pâte barytée reste très supérieure au cathétérisme pour l'étude des diverticules œsophagiens et ne présente ni difficultés ni dangers. L'examen systématique, à l'écran, de tout dysphagique permettrait même dans bien des cas de révéler un diverticule au début de son évolution et de le traiter avant qu'il n'ait atteint des dimensions gênantes et rendant l'intervention plus délicate.

Cf. — Un cas de diverticule épiphrénique de l'œsophage. (CHASSARD. *Lyon méd.*, mai 1923.)

Diagnostic de l'ulcus duodénal : étude critique. (MOUTIER et MAINGOT. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923.) — Dans la partie consacrée, au cours de cet important article, à la radiologie, les auteurs après une étude détaillée de l'aspect radiologique du duodénum normal groupent les signes d'ulcus duodénal en trois catégories.

1° *Les signes indirects à distance* (hyperkinésie gastrique avec ou sans évacuation paradoxale, accélération du transit gastro-intestinal, hypersécrétion gastrique, insuffisance pylorique intermittente et modérée) ne sont que des éléments de probabilité d'ulcus duodénal.

2° *Signes indirects locaux.* — Le premier à rechercher c'est la douleur, spontanée ou provoquée, localisée sur un segment duodénal, à condition qu'il y ait une rigoureuse coïncidence dans la localisation du point douloureux à l'examen du malade debout puis couché.

L'existence d'un diverticule sous-bulbaire, pour importante qu'elle soit, n'implique pas nécessairement l'existence d'un ulcus.

3° *Signes directs locaux.* — S'inspirant des travaux d'Akerlund, qui voit dans le bulbe un estomac en miniature, les auteurs donnent, comme signes directs d'ulcus du bulbe, la niche, « expression même de l'ulcère », le diverticule bulbaire, la rigidité segmentaire ou la rétraction du bord gauche (ou petite courbure du bulbe), l'encoche spasmodique du bord droit (ou grande courbure du bulbe) : tels sont les seuls vrais signes radiologiques de l'ulcus bulbaire : ils ne sont, d'ailleurs, bien précisés que par la radiographie en série.

Mais cet ensemble de symptômes radiologiques ne se retrouve pas souvent au complet et n'est pas toujours suffisamment typique pour imposer à tout coup le diagnostic. Certains aspects radiologiques sont imprécis, et la périduodénite — le plus souvent d'origine cholécystique, mais quelquefois aussi appendiculaire — peut donner des irrégularités de contours de l'image duodénale, souvent analogues à celles que donne l'ulcus vrai.

Cf. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum, diagnostic clinique et radiologique. (ENRIQUEZ et G. DURAND. Un vol., Paris, Masson et Cie.)

Les données nouvelles sur le diagnostic de l'ulcère du duodénum. (ENRIQUEZ et CARRIÉ. *Monde méd.*, 1er août 1923.)

Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. (ENRIQUEZ et CARRIÉ. *Journ. méd. franç.*, janv. 1923.)

Le diagnostic des ulcères duodénaux par la méthode des radiographies rapides en série. (CARRIÉ et KELLER. *Presse méd.*, 10 fév. 1923.)

Etude radiologique du bulbe duodénal normal et pathologique. (GUÉNAUX et VASSELLE. *Paris méd.*, 31 mars 1923.)

Les points douloureux du carrefour sous-hépatique et la ptose duodénale. (RAMOND et PARTURIER. *Presse méd.*, 18 avril 1923.)

Les diverticules du duodénum. (BONNEAU. *Presse méd.*, 26 sept. 1923.)

Etude radiologique et aperçu clinique sur les anomalies de position et de forme du duodénum. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mai 1923.)

Ulcus duodénal, appendicite chronique et adhérences péritonéales en radiodiagnostic. (SPEDER. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Bordeaux, juillet 1923.)

La périduodénite trans-mésocolique essentielle. (DUVAL, J.-Ch. ROUX et H. BÉCLÈRE. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1923.)

Radiographies en série du carrefour sous-hépatique. (KELLER. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, janv. 1923.)

Diagnostic et particulièrement radiodiagnostic de l'ulcus duodénal. (CHAOUL [de Munich]. *Munch. med. Woch.*, 2 mars 1923.)

Le syndrome colique angulaire. (COLANÉRI [de Metz]. *Strasbourg méd.*, mars 1923.) — L'auteur réunit sous cette appellation les troubles mécaniques occasionnés par la fermeture des angles sous-hépatique et splénique et que seul l'examen radiologique peut bien mettre en évidence.

Ce syndrome qui se traduit avant tout par de la douleur localisée, peut s'accompagner parfois aussi de troubles plus généraux ou de douleurs à distance qui peuvent donner le change (forme pseudo-néoplasique, forme dyspnéique, forme cardiaque).

La ptose colique, soit segmentaire, soit totale est généralement à la base de ces angulations anormales : elle s'accompagne de stase cæco-ascendante, et souvent aussi de troubles inflammatoires. Ces derniers nécessitent parfois l'intervention chirurgicale.

Dans les cas non chirurgicaux la correction de la ptose par les moyens appropriés est un excellent mode de traitement.

Cf. — Vraies et fausses appendicites. (CADENAT. *Concours méd.*, 1923.)

Examen radiologique des malades atteints de stase intestinale chronique, de constipation. (GALLY. *Bull. méd.*, 1923.)

Les manifesfations colitiques du côlon transverses. (FAROY et BAUMANN. *Presse méd.*, 13 juin 1923.)

La constipation et la stase intestinale chronique. (GUILLAUME. *Bull. méd.*, 1923.)

Étude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques. (DUVAL, GATELLIER et H. BÉCLÈRE. *Paris méd.*, 19 mai 1923.) — Les recherches anatomo-radiologiques entreprises par les auteurs pour préciser les rapports des voies biliaires à l'état normal ont montré en définitive une extrême variation non seulement dans la situation de la vésicule, mais encore dans la topographie des voies biliaires urinaires et pancréatiques.

Il sera donc nécessaire pour préciser la localisation d'un calcul de la région sous-hépatique de procéder à une radiographie de profil qui donnera des indications sur la profondeur du calcul et par conséquent sur sa situation anatomique : à part ce détail, la technique radiographique employée par les auteurs ne diffère pas des méthodes habituelles.

Les résultats de l'exploration radiologique des voies biliaires peuvent se grouper en trois catégories :

1° Vésicule visible mais sans calculs : il s'agit généralement d'une grosse vésicule à parois épaissies et en partie calcifiées.

2° Présence de calculs non douteux. Si leur seul aspect ne permet pas de conclure qu'ils sont bien vésiculaires, procéder à différentes radiographies sous diverses incidences (face dorsale, ventrale, oblique ou de profil) pour déterminer leur localisation exacte.

3° Absence d'images calculeuses : rechercher par un examen radiologique des voies digestives, les signes indirects de lésion des voies biliaires, aussi bien du côté du carrefour pyloro-duodénal qu'au niveau du côlon droit.

Cf. — L'examen radiologique des calculs biliaires. (GOBEAUX. *Le Scalpel*, Bruxelles, 16 juin 1923.)

L'exploration radiologique des voies biliaires. Ce que le clinicien peut en attendre. (G. LAROCHE et RONNEAUX. *Journ. méd. franç.*, mai 1923.)

Diagnostic radiologique de la vésicule biliaire pathologique. (A. W. GEORGE. *Brit. med. Journ.*, 26 mai 1923.)

D. **Appareil génito-urinaire. Obstétrique.**

L'évaluation de la surface de l'image radiographique du rein. (HIRTZ. *Bull. de la Soc. de radiol.*, mars 1923.) — L'auteur estime que la surface de l'image rénale peut être considérée sans erreur notable comme proportionnelle au volume du rein et au poids du corps : la comparaison de la valeur de

ces rapports permet d'établir si un rein est normal, gros ou petit et quel est le degré de compensation d'un rein sain par rapport à son congénère malade.

Cf. — Au sujet de l'évaluation de la surface de l'image radiographique du rein. (HIRTZ. *Bull. de la Soc. de radiol.*, avril 1923.)

Etude radiographique de l'arcade pubienne chez la femme enceinte : une nouvelle méthode d'appréciation du diamètre bi-ischiatique. (CHASSARD et LAPINÉ. *Journ. de radiol.*, mars 1923.) — A côté des mensurations que donne la radiographie pelvimétrique courante qui renseigne surtout sur les dimensions du détroit supérieur, il peut être intéressant de connaître également le diamètre bi-ischiatique et l'état de l'arcade pubienne chez la femme en état de grossesse.

La technique imaginée par les auteurs d'après leurs recherches sur le squelette est la suivante : la femme à cheval sur la table de radiologie repose sur le chassis porte-plaque, la vulve contre la plaque et penche le corps en avant aussi fortement que possible; l'ampoule est disposée au-dessus de la région sacrée et le rayon normal passe par le sacrum. L'image obtenue dans ces conditions est très suffisamment lisible pour permettre d'établir le diamètre bi-ischiatique qui a été trouvé en moyenne de 109 millimètres sur les bassins normaux.

II. — RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie du cancer du col utérin. (COLIEZ. *Journ. de méd. de Paris*, 6 oct. 1923.) — L'auteur, après avoir rappelé les bases physiques et biologiques des irradiations, tant par les rayons γ que par la radiothérapie ultrapénétrante, expose les différentes techniques employées dans le traitement du cancer du col utérin. Il estime que l'association de la curiethérapie et de la radiothérapie est nécessaire, l'une et l'autre jouant des rôles différents qui, loin de se nuire, se complètent au contraire fort heureusement; le radium agit très localement et très énergiquement et son action est plus rapide que celle des rayons X qui agissent plus lentement, moins énergiquement aussi, mais peuvent être portés profondément dans les tissus et conviennent surtout à l'irradiation des territoires ganglionnaires.

Il paraît même utile que rayons X et radium soient appliqués simultanément sur le même point; il y a lieu toutefois dans ce cas de réduire les doses respectives de l'un et de l'autre. Dans le service du docteur Proust, à Tenon, on commence par une application complète de radium suivie trois semaines après d'une série de séances de radiothérapie. L'idéal que tous s'efforcent de réaliser serait d'obtenir une source de rayonnement capable d'agir à distance avec le même pouvoir destructeur que les radiations γ.

Cf. — Traitement du cancer du col utérin. Nécessité de l'association de la curiethérapie et de la radiothérapie profonde. (MALLET. *Presse méd.*, 28 mars 1923.)

Les thérapeutiques associées, chirurgie, rayons X, radium, dans le cancer du sein, de la langue, de l'utérus. (ROUX-BERGER. *Paris méd.*, 24 mars 1983.)

Les bases physiques de l'irradiation du cancer du col utérin par la curiethérapie et la radiothérapie combinées. (R. COLIEZ. *Journ. de radiol.*, mai 1923.)

Résultats de la radiothérapie dans le carcinome inopérable du col utérin. (F. WINTER [de Munich]. *Strahlentherapie*, H 4, 1923, p. 475.)

Les résultats de la radiothérapie dans le carcinome du col utérin. (ZWEIFEL [de Munich]. *Strahlentherapie*, H 1, 1923, p. 18.)

Radiothérapie pénétrante et chirurgie dans un cas de kyste végétant de l'ovaire. (DE MARTEL et SOURDEL. *Soc. de radiol.*, fév. 1923.) — Malade qui, lors d'une première intervention d'urgence pour accidents intestinaux graves, fut trouvée porteuse d'un kyste végétant avec noyaux péritonéaux secondaires et ascite; l'abdomen fut refermé et la malade soumise à un traitement par les rayons ultrapénétrants; réopérée un mois après elle ne présente plus qu'un kyste ratatiné et flétri et les noyaux péritonéaux ont presque entièrement disparu. La guérison depuis paraît complète.

Cancers du sein traités primitivement par la radiothérapie ultrapénétrante. (JOLY. *Bull. de la Soc. de radiol.*, mars 1923.) — L'auteur rapporte quatre cas de cancers du sein (dont trois reconnus par une biopsie préalable) et qui furent traités d'emblée par la radiothérapie pénétrante. Les irradiations furent faites largement comprenant tous les territoires ganglionnaires et débordant même le sternum du côté opposé. L'amélioration immédiate fut considérable; mais seul l'avenir pourra renseigner sur la solidité de ces excellents résultats.

Cf. — Cancer du sein. Chirurgie. Radiothérapie. Curiethérapie. (MALLET et COLIEZ. *Arch. d'électr. méd.*, janv. 1923.)

Radiothérapie dans le cancer du sein. (J. E. PFAHLER. *Forts. auf d. Geb. der Röntg.*, Bd XXX.)

Cancer du sein. (ROWNTREE (Londres). *Brit. med. Journ*,, mai 1923.)

La radiochirurgie des tumeurs malignes du sein. (NEUMAN et HUYS. *Journ. belge de radiol.*, vol. XI, f. 6.)

Cancers du sein traités chirurgicalement et par la radiothérapie. (C. B. ROSE [de Chicago]. *Journ. amer. med. Assoc.*, 16 juin 1923.)

Du traitement par les rayons X des épithéliomas spinocellulaires ou épidermoïdes de la peau. (LESSERTISSEUR. *Th. de Paris*, 1923.) — Les localisations cutanées des épithéliomas de la peau peuvent actuellement être traitées avec succès par la radiothérapie (les adénopathies de ces cancers résistent au contraire généralement à l'action des rayons X), mais non sans de certaines difficultés provenant de leur caractère histologique et de complications, dont la radio-nécrose, parfois difficiles à éviter.

Aussi la curiethérapie ou la chirurgie restent-elles actuellement supérieures à la rœntgenthérapie dans la plupart des cas.

Cf. — Principes du traitement des épithéliomas épidermoïdes par les radiations; applications aux épidermoïdes de la peau et de la bouche. (REGAUD. *Journ. de radiol.*, juillet 1923.)

La radiothérapie du cancer cutané. (G. A. ROST [de Ribourg] *Strahlentherapie*, H. 6, 1923, p. 782.)

Action des rayons de Rœntgen sur la coagulation du sang. (PAGNIEZ, RAVINA, SOLOMON. *Journ. de radiol.*, avril 1923.) — Les expériences des auteurs les ont conduits à considérer que les rayons X appliqués sur la rate ou sur des régions pourvues de gros troncs artériels avaient pour effet d'accélérer la coagulation du sang : ce phénomène se produit assez rapidement après l'irradiation, croît puis décroît après un temps variable suivant les sujets (de quelques heures à quelques jours).

On peut expliquer ainsi l'arrêt des métrorragies chez les fibromateuses, avant même que les rayons aient pu avoir une action sur les ovaires ou sur le fibrome lui-même.

C'est de plus une excellente thérapeutique à appliquer dans l'hémophilie.

Cf. — Sang et radiothérapie profonde. (E. P. HIRSCH et A. J. PETERSEN [de Chicago]. *Journ. of amer med. Assoc.*, 26 mai 1923.)

La radiothérapie pénétrante en Allemagne. (KERGROHEN. *Journ. de radiol.*, août 1923.) — D'un séjour de vingt mois en Allemagne, l'auteur rapporte des observations intéressantes pour les radiothérapeutes français.

D'une manière générale, les Allemands s'en tiennent encore pour les mesures, à l'H. E. D., n'ayant aucun appareil leur donnant la précision que nous apporte en France l'ionomètre de Solomon.

Reconnaissant, enfin, l'erreur des doses massives, ils commencent à admettre l'étalement des doses préconisé depuis longtemps déjà en France.

Comme filtre, ils emploient le Cu de préférence au Zn.

Dans nombre de cas où nous préconisons, en France, l'association de la chirurgie du radium et de la radiothérapie, les Allemands recourent encore à la radiothérapie seule.

La radiothérapie plus spéciale de la tuberculose pulmonaire est très en vogue en Allemagne où l'on soumet méthodique-

ment les tuberculeux et les adénopathiques à l'irradiation, soit du poumon lui-même, soit de la rate.

Cf. — A propos d'un voyage scientifique à Francfort et Berlin. (SOMONTE. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, juillet 1923.)

Le traitement radiothérapique de l'hypertrophie de la prostate. (A. DEVOIS. *Th. de Paris*, 1923.) — Les rayons X agissent sur le tissu glandulaire prostatique néoformé qu'ils atrophient, mais restent sans effet appréciable sur le tissu fibreux. Seront donc justiciables du traitement les prostates qui ont gardé une certaine mollesse ; par contre, il est inutile d'irradier les prostates scléreuses.

Les cas les plus favorables sont représentés par l'hypertrophie au début où le succès est à peu près certain.

La technique consiste à irradier la prostate par la voie périnéale en prenant soin de protéger les testicules et en ne donnant que des doses relativement faibles et de rayonnement bien filtré pour éviter un érythème de cette région.

Cf. — La rœntgenthérapie de l'hypertrophie de la prostate. (DEVOIS. *Journ. de radiol.*, sept. 1923.)

La radiothérapie des tumeurs de l'encéphale. (A. BÉCLÈRE. *Paris méd.*, 3 fév. 1923.) — En raison des résultats des plus encourageants obtenus depuis plusieurs années déjà dans la radiothérapie des tumeurs de la région hypophysaire (gigantisme, acromégalie), on a plus récemment utilisé ce mode de traitement dans les tumeurs encéphaliques non hypophysaires; employée seule, ou associée à la chirurgie, la radiothérapie surtout depuis l'avènement des rayons très profonds a donné des résultats très satisfaisants et même des guérisons durables.

Aussi l'auteur estime-t-il qu'il est du devoir du médecin de soumettre aux radiations pénétrantes les tumeurs non syphilitiques de l'encéphale dont les gliomes, très radiosensibles constituent la majeure partie.

Cf. — Sur le traitement par les rayons X des tumeurs du cerveau. (S. NORDENTOFT. *Acta radiologica*, vol. I, p. 418.)

Sur la radiothérapie des compressions médullaires. (A. BÉCLÈRE. *Revue neurol.*, juin 1923.)

Chirurgie et radiothérapie du thymus. (V. VEAU. *Rapport au Congrès international de chirurgie de Londres*, 1923.) — L'auteur reconnaissant que la radiothérapie est au moins aussi efficace que la chirurgie dans le traitement de l'hypertrophie du thymus chez le tout jeune enfant n'hésite pas à donner la préférence aux rayons et invite les chirurgiens à abandonner jusqu'à preuve du contraire la thymectomie.

Contribution à l'étude du traitement des radiculites et, en particulier, de leur traitement par les rayons X. (H. DE SALLIER-DUPIN. *Th. de Paris*, 1923.) — Les radiculites essentielles paraissent actuellement justiciables d'un traitement par les rayons X dont l'action sédative sur l'élément douleur est certaine. Les applications peuvent se faire, soit par doses très fractionnées et fréquemment répétées, soit par doses plus fortes hebdomadaires. On utilise même quelquefois la radiothérapie ultrapénétrante. La guérison, quand elle doit se produire, apparaît assez rapidement et souvent après une première phase de réaction douloureuse, d'ailleurs, de bon augure. En cas d'échec dans certains cas de radiculites anciennes et particulièrement rebelles, on peut envisager un traitement chirurgical.

Cf. — Quelques cas de radiothérapie nerveuse. (MIRAMOND DE LA ROQUETTE. *Rapport au Congrès pour l'avancement des sciences*, Bordeaux, juillet 1923.)

Radiothérapie pénétrante et moyennement pénétrante dans le traitement de la sciatique. (DELHERM et SOMONTE. *Soc. d'électrothér. et de radiol.*, juillet 1923.)

Le traitement du cancer endolaryngé. (G. DE PARREL. *L'évolution médico-chirugicale*, nov. 1923.) — Le cancer endolaryngé peut être justiciable soit de la chirurgie seule, soit de la rœntgenthérapie seule, soit de l'association de ces deux thérapeutiques. Bien que la rœntgenthérapie ne soit encore qu'à une période de large expérimentation, elle est cependant, dès maintenant, nettement supérieure à la curiethérapie pour le traitement des cancers endolaryngés par les radiations.

Cf. — Néoplasmes malins du pharynx et du larynx. Chirurgie, radium et radiothérapie. (*Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1923.)

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'électrophysiologie, déductions cliniques et thérapeutiques (1), par le docteur W. WIGNAL ; préface du professeur CHAUFFARD.

Ce livre s'adresse aussi bien à l'étudiant qu'au médecin praticien, car il a pour but, non d'enseigner l'électrothérapie, mais de montrer comment les différentes modalités électriques en applications directes ou indirectes agissent sur notre organisme. Ce Précis expose donc, en tenant compte des dernières acquisitions de la science, les bases de l'électrophysiologie, d'où sont logiquement déduites les applications cliniques et thérapeutiques. Chaque modalité électrique est étudiée dans un chapitre spécial (courant continu, électrocardiographie, courant faradique, courant galvano-faradique, électrodiagnostic, chronaxie, électricité statique, courants de haute fréquence, etc.). Les trois derniers chapitres sont consacrés à deux applications indirectes de l'électricité : la radiothérapie et les rayons ultraviolets. La curiethérapie y est aussi étudiée à côté de la röntgenthérapie. Cet excellent Précis, simple, clair et complet, contribuera certainement à faire connaître aux praticiens, qui répugnent encore un peu à l'utiliser, tous les avantages qu'ils peuvent retirer de l'électrothérapie.

J. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE DUPUYTREN (2)

Evolution et complications. — L'évolution toujours longue, est des plus variables :

1° *Non compliquée et correctement réduite*, la fracture de Dupuytren laisse, pendant plusieurs mois, des douleurs persistantes, des raideurs articulaires, des œdèmes tenaces, reparaissant à la moindre fatigue; des troubles trophiques cutanés.

2° Diverses *complications immédiates* peuvent modifier cette évolution :

a. Les **TÉGUMENTS** peuvent être lésés au niveau de la fracture tibiale, d'emblée ou après la chute d'une escarre : accident qu'on doit éviter, en réduisant toujours d'urgence les fractures de Dupuytren, et qui expose à une arthrite suppurée tibio-tarsienne.

b. Les **LÉSIONS NERVEUSES ET ARTÉRIELLES** sont exceptionnelles.

c. Des **FRACTURES DE L'ASTRAGALE OU DU CALCANÉUM** peuvent coexister.

d. Le déplacement de la fracture de Dupuytren peut être **IRRÉDUCTIBLE**.

La subluxation en dehors, qu'un fragment de la malléole interne soit coincé dans l'angle malléolo-tibial, ou que les deux fragments du péroné soient accrochés.

Le diastasis, en raison d'un obstacle siégeant soit au niveau de la fracture diaphysaire du péroné, soit au niveau de l'interligne tibio-péronier avec fragment intermédiaire.

3° Après réduction correcte, on peut observer la reproduction des déformations initiales, pendant la période d'immobilisation : *complications secondaires.*

La contention est insuffisante, que l'appareil plâtré soit défectueux, ou que la disparition de l'œdème ait modifié le volume du membre blessé : d'où le précepte de contrôler par

(1) Un vol. in-16. — Prix : 6 fr. — Paris 1924, G. Doin.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 27, p. 458, et n° 29, p. 490.

la radiographie, à intervalles réguliers, la réduction de la fracture.

4° Le blessé avait paru consolidé en bonne position, et marchait correctement; il revient au bout de quelques semaines, parce qu'il souffre de plus en plus, et que son pied se déforme : *Complications tardives* d'un intérêt capital.

L'examen peut montrer diverses déformations :

A. La pointe du pied est déviée en dehors; le blessé marche sur le bord interne du pied : **PIED VALGUS**, par destruction de l'appareil de direction (malléolaire) ; les pressions transmises à la voûte plantaire s'exercent plus en dedans que normalement, et éversent l'astragale, qui pique du nez en dedans : **PIED PLAT VALGUS TRAUMATIQUE**.

B. Le blessé marche sur la pointe du pied; les tendons extenseurs sont rétractés; la flexion est impossible : **PIED ÉQUIN**, par destruction de l'appareil de sustentation. Beaucoup plus rare est le pied talus.

Divers facteurs expliquent ces déformations tardives :

1° La fréquence de la constitution d'un cal fibreux, tout à fait comparable à celui des fractures de la rotule, et susceptible de se déformer tardivement, au niveau du péroné et de la malléole tibiale.

2° Le développement, au niveau de l'interligne tibio-péronier, d'ostéophytes secondaires à un décollement périostique, par arrachement de l'extrémité inférieure du ligament interosseux, tendant à combler la mortaise et à subluxer l'astragale.

L'évolution est variable : tantôt l'intensité et la durée des douleurs ne font que croître, contraignant le blessé au repos absolu ; tantôt, au contraire, à une première phase de douleurs, succède une adaptation progressive, avec constitution d'une ankylose définitive.

Formes cliniques. — 1° *Fracture de Dupuytren sans déplacement ou avec déplacement minime.* — Très rare, elle se caractérise par l'existence de points douloureux à la base de la malléole interne, et au niveau du péroné, à 7 centimètres de sa pointe, avec perte de l'élasticité normale de cet os.

2° *Fracture de Dupuytren basse (geni sus-génienne).* — Elle serait plus fréquente que la fracture de Dupuytren type. Elle s'accompagne d'un coup de hache externe, mais plus bas situé ; le diagnostic est plus délicat, car le gonflement est très important et très précoce. Elle se complique plus fréquemment de fracture marginale postérieure, ce qui assombrit considérablement son pronostic.

Pronostic. — Beaucoup de blessés gardent une impotence considérable, une claudication marquée, se plaignent d'entorses à répétition. Grave dans l'ensemble, le pronostic est différent suivant la variété :

1° *La fracture de Dupuytren proprement dite,* sans diastasis ni fragment marginal postérieur, comporte un pronostic relativement favorable.

2° *Un diastasis* incomplètement réduit empêche le maintien exact de l'astragale dans la mortaise : l'équilibre du pied est compromis : d'où entorses à répétition.

3° La réduction imparfaite du *fragment marginal postérieur* entraîne le maximum d'impotence, en immobilisant le pied en équinisme.

Diagnostic. — 1° *Quand la déformation est nette,* le diagnostic est facile.

La **FRACTURE SUS-MALLÉOLAIRE** seule peut prêter à discussion : Le déplacement se fait franchement en arrière, non pas en dehors et en arrière ; les points douloureux sont plus haut situés, le gonflement moindre, les mouvements de la tibio-tarsienne possibles.

2° *Quand le déplacement est minime,* ou masqué par un gonflement considérable, il faut éliminer :

a. Une **ENTORSE GRAVE** de l'articulation tibio-tarsienne.

b. Une **FRACTURE DE L'ASTRAGALE OU DU CALCANÉUM** compliquée d'entorse tibio-tarsienne, ces diverses lésions pouvant d'ailleurs être associées à une fracture de Dupuytren.

Le gonflement de la fracture de l'astragale est surtout sous-malléolaire, avec un point douloureux en avant de la malléole interne ; dans la fracture du calcanéum, un gonflement important déforme l'arrière-pied ; une tuméfaction dure comble les gouttières rétromalléolaires ; le maximum douloureux siège sous la malléole externe.

3° Dans tous les cas, le diagnostic doit être complété par la recherche des **LÉSIONS ASSOCIÉES** et de la réductibilité du déplacement. L'examen radiologique est, à ce point de vue, d'une importance capitale.

Traitement. — Le traitement comporte deux méthodes : réduction par manœuvres externes, ostéosynthèse.

I. *Méthode non sanglante.* — *A.* **RÉDUCTION.** — Elle doit être pratiquée aussi précocement que possible, sous-anesthésie générale, rachidienne, ou locale (injection de cocaïne dans le foyer de fracture, Quénu); on peut la remplacer par une traction sur le pied, continue, très importante, et suffisamment prolongée (Delbet). Fléchir la jambe sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin. Corriger le triple déplacement du pied : en arrière, par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension ; transversal, en refoulant en dedans la malléole externe, et, par son intermédiaire, l'astragale ; en valgus, en plaçant le pied en adduction forcée, en hypercorrection.

B. **CONTENTION.** — Elle doit être assurée par un appareil plâtré (Maisonneuve, Delbet), fixant le pied fléchi à angle droit sur la jambe, en hypercorrection ; il faut maintenir la correction avec le plus grand soin jusqu'à dessication complète, et la vérifier, immédiatement, puis tous les quinze jours, cliniquement et par des radiographies répétées.

Ne supprimer l'appareil qu'au bout de quarante à soixante jours. Masser et mobiliser au lit pendant environ quinze jours; ne laisser marcher que passé ce délai, si le cal est indolore, et si les déformations ne se reproduisent pas.

II. *Méthode sanglante.* — L'intervention se propose : 1° de lever l'obstacle à la réduction (ablation de fragments dans les fractures parcellaires) ; 2° de traiter diverses complications (désinfection si fracture ouverte ; astragalectomie si fracture de l'astragale) ; 3° de reconstituer la mortaise : vissage de la malléole péronière au tibia, donnant un « tibia bimalléolaire », agrafage ou vissage du fragment marginal postérieur, reconstituant le plafond de la mortaise.

VOIES D'ABORD. — A. *Déplacement latéral prédominant.* — Aborder systématiquement le péroné, la remise et le maintien en bonne place de la malléole péronière étant le point capital de la réduction opératoire ; accessoirement incision interne, pour suturer la malléole tibiale.

B. *Déplacement antéropostérieur prédominant.* — Le plus souvent corrigé par la reposition des malléoles, il exige parfois une action directe sur le fragment marginal postérieur; on peut l'aborder par voie rétromalléolaire interne ; après section du tendon d'Achille (Pierre Delbet, Picot) par voie transcalcanéenne (Alglave) ; par simple incision rétropéronière, avec luxation des péroniers en avant du péroné (Gatellier et Chastang).

III. *Indications.* — Théoriquement, il faut opérer : fractures ouvertes, fractures irréductibles, fractures impossibles à contenir. En pratique, les chirurgiens se divisent en deux groupes, les uns opérant souvent, les autres considérant que l'intervention doit rester exceptionnelle. De la discussion actuelle à la Société de chirurgie semble résulter que l'application des méthodes non sanglantes doit être la règle, l'intervention rester fort rare.

IV. *Fractures vicieusement consolidées.* — L'intervention sanglante est formellement indiquée.

Divers procédés ont été proposés :

1° Ostéotomie ou excision des cals vicieux; puis agrafage ou enchevillement des fragments.

2° Résection tibio-tarsienne orthopédique (Kirmisson).

3° Astragalectomie.

4° Ablation des obstacles à la réduction; ablation des ostéophytes interposés ; puis reconstitution de la mortaise par vissage des malléoles; cette dernière semble être la méthode de choix.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — Le poste d'interne en chirurgie à l'hôpital de Dieppe sera vacant le 1er juillet 1924. Pour tous renseignements s'adresser au directeur des hospices. Les demandes devront parvenir avant le 15 juin 1924.

HOPITAL MILITAIRE DE BOURBONNE-LES-BAINS. — M le médecin-major de 2e classe Giraud, du 54e rég. d'artillerie de campagne hippomobile, est désigné pour être détaché à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, pendant la saison thermale de 1924, en remplacement du médecin-major de 2e classe Clot.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours pour les places de médecins chefs des asiles d'aliénés vient de se terminer par la nomination de MM. Laugier, 183 1/3; Merland, 184 3/4; Reboul-Lachaux, 179 3/4; Abély, 174 1/2; Targovla, 174; Schützenberger, 153 3/4; Frey, 137.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. le professeur Fockeu est nommé inspecteur départemental adjoint de la salubrité, en remplacement de M. le professeur Hallez, démissionnaire.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés membres des commissions chargées de procéder à une revision générale des cadres, de proposer les modifications susceptibles d'être apportées dans le fonctionnement des rouages administratifs ainsi que les réformes à appliquer aux méthodes de travail :

MM. les docteurs Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Gallon, président de la Fédération des associations de parents d'élèves des lycées et collèges.

MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. Courtier, médecin en chef de 1re classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Hernandez, médecin de 2e classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — M. Gloaguen, médecin principal de la marine en retraite.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. Dufourt, médecin de 1re classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin de 2e classe. — M. le médecin de 2e classe auxiliaire Gueutier, élève du Service de santé de la marine démissionnaire.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 mai 1924, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La visite d'incorporation », par M. le médecin-major de 1re classe Boyé; « La visite médicale journalière dans les corps de troupe », par M. le médecin principal de 1re classe Visbecq.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 heures précises (tenue civile, prix : 19 fr.), au Cercle militaire.

Prière de renvoyer son adhésion au secrétaire général avant le 14 mai avec le nom et l'adresse très lisibles, si l'on veut être assuré d'un couvert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — En raison des fêtes de Pâques la Société de médecine militaire ne s'est pas réunie le jeudi 17 avril.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 1er mai.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Services de MM. les docteurs R. BENSAUDE, P. LE NOIR et Félix RAMOND.) — COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE du 28 avril au 17 mai 1924 :

Du 28 avril au 3 mai : M. le docteur Bensaude, avec la collaboration de MM. les docteurs André Cain, Marchand et Terrial.

Du 5 au 10 mai : M. le docteur Ramond. Les leçons seront faites par M. le docteur Ramond. Les travaux pratiques auront lieu sous la direction de MM. les docteurs Ch. Jacquelin, Ravina, Hirschberg et Zizine.

Du 12 au 17 mai : M. le docteur Le Noir, avec la collaboration de MM. les docteurs Agasse-Lafont, R. Gaultier, Taillandier et Savignac.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf le dimanche, à 10 h. 1/2.

Le cours est gratuit.

Travaux pratiques pendant la durée du cours (exercices cliniques, chimiques et radiologiques). Droits d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire salle Aran, service de M. le docteur Le Noir.

Un certificat d'assiduité sera délivré sur demande aux auditeurs du cours et des travaux pratiques.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé à la fin du cours.

HOPITAL TENON. (Service du docteur Cl. VINCENT.) — CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Le docteur Cl. Vincent fera, à partir du 7 mai 1924, des conférences sur les maladies du système nerveux, à l'amphithéâtre de l'hôpital Tenon.

Les conférences auront lieu le mercredi de chaque semaine, à 10 h. 15.

La première conférence aura lieu le mercredi 7 mai 1924. — Le docteur Clovis Vincent fait tous les samedis, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Tenon, salle Gérando, une consultation pour les affections du système nerveux et de la colonne vertébrale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs François Beuchet (de Nantes), Emile Bocquillon (de Raismes), Ernest Wickersheimer (de Paris).

REVUE DES THÈSES

L'Hypotension du liquide céphalo-rachidien (1), par Alb. CRÉMIEUX.

On s'est beaucoup occupé de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Mais peu d'auteurs ont songé à étudier son hypotension. Est-ce parce qu'elle est peu fréquente? ou parce qu'elle est souvent très atténuée et fruste en ses manifestations? ou parce que, pour bien l'étudier, il faut recourir à des appareils délicats?

Quoiqu'il en soit, il s'agit là d'un symptôme qui mérite d'attirer l'attention. Leriche l'a décrite le premier. H. Roger lui a consacré plusieurs travaux. Et c'est lui qui inspire aujourd'hui l'intéressante et consciencieuse thèse de M. Alb. Crémieux.

Pour cet auteur, l'hypotension du liquide céphalo-rachidien se rencontre dans deux catégories de faits bien différents : brusque, elle est d'origine chirurgical; lente, elle est, le plus souvent, médicale. La première paraît due surtout à la perte de liquide céphalo-rachidien. La seconde, à une affection générale (cachexie, anémie) ou locale : sclérose, inflammation choroïdienne.

Cliniquement, les hypotensions lentes ne se traduisent par aucun symptôme; les hypotensions brusques, au contraire, conditionnent, le plus souvent, une céphalée à type spécial, et survenant à distance des repas.

En ce qui concerne leur traitement, les premières sont justiciables d'un traitement causal, les secondes, d'une double thérapeutique, préventive : position ventrale, compression abdominale ; curatrice : injections sous-cutanées de sérum artificiel, à la dose de 250 centimètres cubes, renouvelable ; ou même injection intraveineuse d'eau distillée.

La lecture de cette excellente monographie nous a remis en mémoire des faits déjà anciens et qui, sans doute, méritent de prendre place à côté de ceux rassemblés par M. Alb. Crémieux. Les chirurgiens argentins ont souvent observé, à la suite des interventions sur les kystes hydatiques du cerveau, l'apparition d'un syndrome spécial : tachycardie, convulsions et contractures, élévation de la température à 40, 41 degrés et plus. Ils se sont demandé la cause de ces accidents, et, après avoir éliminé l'infection, ont mis en jeu l'écoulement, au moment même de l'opération et postérieurement à elle, d'une quantité importante de liquide céphalo-rachidien.

L. BABONNEIX.

(1) *Th. de Montpellier*, 1922.

L'oléo-thorax, considérations théoriques sur l'action de l'huile goménolée intrapleurale, son application dans le traitement des épanchements pleuraux aigus et chroniques (1), par le docteur Ed. THIN.

L'injection d'huile n'est pas une nouveauté, déjà, en juillet 1906, Glimm, élève de Loëffler publiait les résultats de ses expériences dans le traitement des infections du péritoine. Glimm par des expériences bien conduites semble avoir démontré trois points : 1° le pouvoir de résorption augmente dans une séreuse enflammée; 2° la résorption des exsudats est dangereuse pour l'organisme; 3° l'injection de corps gras dans cette séreuse arrête cette résorption.

Il était indiqué d'étendre à la séreuse pleurale les conclusions établies pour la séreuse péritonéale. C'est dans ce sens que M. Thin a dirigé ses recherches s'adressant de préférence à l'huile goménolée en raison de son grand pouvoir antiseptique et de son innocuité bien démontrée par le professeur Desgrez.

La technique de M. Thin est des plus simples et à la portée de tout praticien, ce n'est en somme qu'une thoracentèse que l'on pratique au moyen de l'aspirateur de Potain ou de Dieulafoy.

On soustrait 100 centimètres cubes d'exsudat que l'on remplace par 100 centimètres cubes d'huile, et ainsi de suite. Pour les épanchements de 500 centimètres cubes à un litre on substitue à parties égales, pour les épanchements abondants on injecte une quantité d'huile moindre que la quantité absorbée.

L'oléo-thorax réalisé selon le procédé « par substitution discontinue » dont nous avons donné la technique, concilie les opinions si diverses et contradictoires émises à l'égard de la thoracentèse, laquelle se trouve ainsi justifiée dans tous les cas, puisque l'objection majeure de la brusque décompression pulmonaire tombe de ce fait.

Comme la pneumo-séreuse, l'oléo-séreuse laisse subsister le collapsus pulmonaire dont les bienfaits sont reconnus de tous.

En outre, on peut lui reconnaître d'autres heureux effets :

1° Elle diminue la résorption par l'organisme du liquide épanché;

2° Elle empêche les adhérences, l'organisation des fausses membranes et prévient ainsi la symphyse;

3° Elle a une action antiseptique, microbicide, complétée par le goménol, action qui s'étend aux éléments broncho-alvéolaires sous-jacents;

4° La résorption de l'huile elle-même, loin de présenter un inconvénient quelconque, constitue un apport nutritif de premier ordre et un élément toni-cardiaque de grande valeur dans des affections où le retentissement sur le cœur constitue un grave danger.

Les observations que nous rapporte l'auteur venant confirmer les considérations théoriques exposées plus haut sur l'oléo-séreuse, on peut conclure que l'oléo-thorax constitue un traitement de choix des épanchements inflammatoires aigus et chroniques de la plèvre.

L. G.

(1) *Th. de Paris* 1923.


PARAFFINE DENSIFIÉE
DU DOCTEUR LE TANNEUR
Viscosité lubrifiante 10 Fois +> que l'Huile.
ES LAXATIFS
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
2 à 3 Globules le soir (=) 1 Cuill. d'Huile.
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
(NOM DÉPOSÉ)
Per Os
AL. LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde — PARIS (8e) R. C. Seine, 15.638

REVUE GÉNÉRALE

COMPLICATIONS DES HERNIES[1]

PAR MM.

DON EUGÈNE ACQUAVIVA et CAIRE

Chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine — Interne des hôpitaux

DE MARSEILLE.

Diagnostic. — Le diagnostic positif se basera sur l'existence des phénomènes déjà vus.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — *a.* On peut croire à un étranglement qui n'existe pas. C'est ce qui se produit dans les cas de :

α. *Occlusion intestinale avec hernie irréductible.* — « Mais le fait que la hernie n'est pas tendue ni surtout douloureuse au niveau de son pédicule, doit faire aussitôt douter de la relation que l'on est tenté d'établir entre la tumeur et les accidents d'étranglements dont un examen minutieux et la recherche des commémoratifs fera reconnaître la cause réelle » (Berger).

β. *Hématocèle rétro-utérine avec hernie irréductible (Picqué).* — On raisonnera d'une façon identique ; on pratiquera le toucher vaginal ; on recherchera les commémoratifs.

γ. *Hernie distendue.* — 1° Sous l'influence d'efforts chez les vieillards atteints de rétention d'urine méconnue, avec miction par regorgement.

2° Sous l'influence d'une ascite.

δ. Tumeur graisseuse irréductible coïncidant avec des phénomènes de péritonite.

ε. Orchite du testicule en ectopie, inflammation d'un kyste du cordon, phlegmon ou accès périfuniculaire, phlébite du plexus pampiniforme, abcès de la cavité de Retzius, phlegmon de l'ombilic, adénite aiguë crurale, appendicite herniaire.

b. On peut méconnaître un étranglement herniaire qui existe.

α. Les symptômes de l'étranglement ont pu, exceptionnellement, être attribués au choléra, à l'urémie, à une colique saturnine. On a pu les confondre quand il s'agit, par exemple, de petite hernie crurale marronée, avec une adénite inguinale ou une varice enflammée de la saphène intérieure.

β. Une hernie étranglée à siège rare, telle que une hernie obturatrice, a pu être confondue avec une névralgie crurale, avec un abcès du psoas, avec une suppuration pelvienne (Kronlein).

γ. On peut encore croire à un engouement herniaire ou à une péritonite herniaire, ou, au contraire, porter le diagnostic d'étranglement herniaire.

Pronostic fatal, si l'étranglement est abandonné à lui-même ; la mort est alors de règle, à cause de la rapidité d'apparition de lésions gangréneuses et à cause de l'intoxication générale se manifestant par l'apparition de complications pulmonaires ou rénales.

Redoutable, s'il s'est écoulé trop de temps entre le début de l'étranglement et l'intervention ; encore faut-il tenir compte de la variété de hernie (les hernies petites, hernies inguinales, congénitales étranglées d'emblée, sont d'un pronostic redoutable. Les entéro-épiplocèles sont d'un pronostic plus bénin que les entérocèles, en raison du rôle protecteur de l'épiploon). Bénin relativement si l'intervention est précoce.

Traitement. — Deux méthodes sont en présence : le taxis, la kélotomie. Le taxis s'efforce de réintégrer, dans la cavité abdominale, le viscère hernié, par pression manuelle exercée sur la hernie,

La kélotomie consiste dans l'ouverture du sac, la libération de l'intestin et de l'épiploon, par section de l'agent d'étranglement, et réintégration des viscères herniés dans l'abdomen. On la termine par réfection de la paroi.

A. **Le taxis** (1) est différent chez l'adulte et chez le nourrisson.

a. *Chez l'adulte.* — Le malade est mis en position de Trendelenburg, cuisses fléchies et écartées. Le chirurgien se place du même côté que la hernie et cherche à faire rentrer l'intestin « à la filière ». Sa main repousse d'avant en arrière la tumeur herniaire. Celle-ci refoule derrière elle le plan péritonéal, l'écarte, rentre dans l'abdomen, avec des gargouillements. Au bout du doigt on ne sent plus de résistance dans le canal inguinal.

Les chances de réduction sont augmentées par l'anesthésie générale.

On se gardera d'employer le taxis forcé.

Les indications du taxis chez l'adulte sont de plus en plus réduites à cause des nombreux accidents survenus au cours de manœuvres plus ou moins violentes qu'il nécessite : contusion plus ou moins intense du contenu de la hernie ; production d'une péritonite généralisée par rupture de l'intestin déjà très malade ; persistance des phénomènes d'étranglement par fausse réduction ou transformation, par réduction en masse d'un étranglement externe, en un étranglement interne.

b. *Chez le nourrisson et le tout jeune enfant.* — On essaiera toujours le procédé suivant : l'enfant est mis une demi-heure dans un bain chaud à 36 degrés ; il se calme et s'endort au bout d'un moment ; alors, glissant le bras dans le bain, on essaie, par une pression directe, de réduire la tumeur ; en cas d'échec, on renouvelle la tentative. Si les essais sont infructueux (*on agira sans violence*), l'on recourra à la kélotomie.

B. **La kélotomie.** — *L'anesthésie* : générale ou locale.

L'opération : 1° Incision des parties molles ; un flot de liquide avertit de la pénétration dans le sac.

2° Incision large du sac aux ciseaux.

3° Débridement (hernie crurale en dedans et en bas ; hernie ombilicale en haut et à gauche ; hernie inguinale, en haut et en dehors).

4° Inspection et traitement du contenu de la hernie.

On rencontre habituellement de l'intestin, de l'épiploon.

L'épiploon : on le réséquera ; la résection sera suivie de sutures en chaînette.

L'intestin : sera lavé au sérum chaud et alors :

α. L'intestin est sain : la région du collet a une teinte rougeâtre, l'anse varie du rouge vineux au noir foncé, elle n'est pas dépolie. On lave, on rentre, on pratique une cure radicale.

β. L'intestin est malade : on reconnaît les plaques

---

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 30, p. 497.

(1) ACQUAVIVA. Les dangers du taxis, *Marseille méd.*, 1er mars 1923.

de gangrène à leur dépoli, à leur coloration grisâtre ou feuille morte, à l'absence de toute réaction vitale après irrigation chaude. Ces plaques peuvent être petites ou grandes. Si elles sont petites : enfouissement à la Lambert. Si la gangrène occupe une grande surface, deux théories : anus contre nature (Littre, 1706), entérectonie suivie d'entérorraphie circulaire (Ramdohn).

Actuellement, la résection de l'intestin est le procédé de choix. Cependant, si le malade est âgé, si l'état général est mauvais, l'intestin étranglé depuis longtemps, la gangrène mal limitée, la zone périherniaire infectée, on pratiquera un anus contre nature au bouton de Murphy.

γ. L'intestin est simplement suspect de gangrène. Berger débride, fixe l'intestin, le met quarante-huit heures en observation. Helferrich pratique une anastomose sus-jacente ; si après quarante-huit heures, l'anse n'est pas altérée, on la rentre.

Pincement latéral. — Le pincement latéral a fait l'objet d'études de Levater-Morgagni-Littré-Richter (hernie de Richter) Bérard-Collin-Delage.

Pathogénie. — Au cours de la kélotomie, pratiquée pour ce genre d'accidents, on s'aperçoit, après libération de l'anse, que l'intestin est notablement déformé ; il existe une sorte de diverticule qui a pu faire croire qu'il s'agissait de malformation intestinale préalable.

A. Cooper croyait que le pincement latéral devait être considéré comme la hernie du diverticule de Mekel, mais cette hypothèse ne peut être soutenue. En réalité, l'intestin est pincé latéralement, et, sous l'influence de l'œdème de ses parois, de sa distension par les liquides et les gaz, celles-ci se boursouflent et cette saillie persiste lorsqu'on libère l'agent d'étranglement. La partie herniée est dans tous les cas la convexité de l'anse, donc la partie opposée au bord mésentérique. Souvent des adhérences pathologiques ont fixé au préalable les anses intestinales au sac et les ont en quelque sorte attirées à l'extérieur à l'occasion d'un effort ou d'une pression abdominale quelconque. Une fois engagé dans l'anneau d'étranglement, cette portion d'intestin se gangrène rapidement à cause de l'absence du mésentère dans l'intérieur du sac.

Symptomatologie. — Elle est calquée dans ses grandes lignes sur l'étranglement herniaire proprement dit; mais elle est moins bruyante, ses réactions générales sont peu marquées, les vomissements sont rares, la circulation des gaz persiste en partie. Quelquefois le pincement latéral évolue de façon tout à fait latente, les signes généraux font à peu près défaut ; il faut un examen minutieux pour les déceler; souvent la tumeur herniaire est si petite et si peu douloureuse que l'on ne songera pas, au début, à lui rattacher les troubles constatés. Il ne faut pas attendre l'éclosion des accidents pour intervenir.

Traitement. — C'est dans l'indication opératoire que réside la difficulté et aussi l'avenir du malade, car les lésions évoluent fatalement et rapidement vers la gangrène et la perforation. Dans le doute, on doit agir.

Kélotomie. — Si l'anse est saine, on la réduit; si elle est perforée ou sur le point de se perforer, on enfouit le point douteux à l'aide de quelques points à la Lambert. Si la portion sphacélée est trop étendue : résection et anastomose au bouton.

I. Accidents consécutifs a l'étranglement herniaire. — *Entérorragie :* Schnitzler, Kukula, Sauvé.

Etiologie. Symptômes. — *a.* Entérorragie précoce (type de Schnitzler). — La kélotomie s'est passée correctement ; les signes d'étranglement disparaissent. Le premier jour qui suit l'intervention, la température s'élève légèrement, une débâcle diarrhéique, sanguinolente se produit. La température tombe. Le caractère principal de cet accident est sa bénignité. Il survient dans le cas de :

Hernies vieilles, volumineuses, congénitales, dans lesquelles une grande longueur d'intestin se trouve dans le sac.

Etranglement très serré, le plus souvent hernie inguinale, quelquefois hernie ombilicale.

Etranglement de date récente. — *b.* Entérorragie tardive (type d'Ulmann), survient alors que la guérison est achevée, vers le huitième, le seizième jour, elle se fait sans prodromes ; peut être assez abondante, elle apparaît dans les conditions suivantes :

Sujet âgé, artériosclérose, porteur d'un étranglement très serré opéré tardivement.

Anse herniée de faible longeur.

Mécanisme. — *a.* Entérorragie précoce.

α. Théorie de l'éclatement capillaire (Schnitzler).

β. Théorie de la thrombose (Kukula).

b. Entérorragie tardive.

α. Théorie du bouchon artériel.

β. Théorie de la gangrène limitée à la muqueuse (Nicaise).

Traitement. — En présence d'une entérorragie précoce, l'abstention est la règle. En présence d'entérorragie tardive : glace, opium, ergotine.

II. Accidents d'occlusion. — On distingue : des accidents précoces ; des accidents tardifs.

A. *Accidents précoces.* — *Mécanisme.* — *a.* Persistance de l'agent d'étranglement.

b. Torsion de l'anse intestinale.

c. Occlusion paralytique sine materia.

Symptômes, traitement. — La symptomatologie est uniforme. Après l'intervention, le malade ne ressent aucun soulagement; le ventre demeure météorisé, les selles et les gaz ne réapparaissent pas, les vomissements augmentent de fréquence, le pouls se précipite, l'état s'aggrave. Il faut revenir à la laparotomie en branchant sur l'incision primitive une nouvelle incision qui permettra d'inspecter l'abdomen et l'intestin. C'est de la précocité de l'intervention que dépend le succès, dans le cas de persistance de l'agent d'étranglement ou de volvulus.

Si l'occlusion est sine materia, la simple laparatomie peut calmer le spasme.

B. *Accidents tardifs* (Guignard-Nicaise-Villard-Delore).

Etiologie. — La hernie inguinale d'abord, la hernie crurale ensuite, la hernie ombilicale enfin, sont les hernies les plus sujettes à cet accident.

La durée de l'étranglement est peu importante.

Anatomie pathologique. Pathogénie. — Il faut distinguer les rétrécissements : intrinsèques, extrinsèques et mixtes.

a. Rétrécissement extrinsèque, peut être le résultat d'une péritonite localisée, avec production secondaire d'un volvulus véritable, ou d'une position vicieuse, ou d'une coudure à deux anses; parfois une bride mésentérique rattache l'intestin à la paroi abdominale antérieure.

b. Rétrécissements intrinsèques, occupent la paroi même de l'intestin. Ils sont constitués par la rétraction cicatricielle de toutes ses parois. Ils se présentent sous deux formes :

Le type annulaire : rétrécissement unique, étroit. A son niveau, la séreuse est blanchâtre, dépolie.

Le type tubulaire : siège sur une étendue plus grande; le degré de striction est variable.

On admet que la sténose résulte de la cicatrisation de la tunique interne, surtout de la muqueuse et de la musculeuse ensuite. Cependant, elle nécessite des lésions de la couche externe qui devient fibreuse et favorise la nécrose de la couche interne.

Le type mixte : toutes les tuniques intestinales sont lésées.

Symptômes. — Les accidents débutent, après l'étranglement, dans une période qui varie de huit à quinze jours à quatorze ans. Quelques rétrécissements demeurent absolument silencieux. Chez d'autres malades, les accidents surviennent brusquement, chez d'autres, la diarrhée, l'entérorragie masquent le début de l'affection.

A la période d'état, on a tous les signes de l'occlusion aiguë ou de l'occlusion chronique.

Abandonnée à elle-même, cette complication a une évolution fatale.

Traitement. — Lorsque la sténose est établie, l'indication opératoire est formelle.

En cas d'occlusion aiguë, traitement habituel.

En cas d'occlusion chronique :

Dans les sténoses intrinsèques : entéroplastie, entéroanastomose, la résection est l'intervention de choix.

Dans les sténoses extrinsèques : libération des adhérences, entéroanastomose ou résection, si la lésion est étendue et complète.

II. — ACCIDENTS A RAPPROCHER DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Nous rangerons sous cette dénomination : l'engouement, l'inflammation des hernies.

L'engouement est l'accumulation des matières et des gaz dans l'intestin hernié, accumulation devenue suffisante pour gêner ou pour interrompre la libre circulation des matières et déterminer une sorte d'obstruction intestinale.

L'inflammation des hernies. — Siège principalement dans le sac et, pour cette raison, on lui donne souvent aussi le nom de péritonite herniaire.

Rapports de l'engouement et de l'inflammation avec l'étranglement des hernies.

Ce sont des accidents fréquents dans l'histoire des vieilles hernies se terminant parfois spontanément, parfois revêtant l'allure de l'étranglement herniaire.

A. **L'engouement.** — Les anciens auteurs en faisaient grand cas. Il siège presque exclusivement sur les hernies du gros intestin : cæcum ou S iliaque (Berger) *particulièrement chez l'enfant*.

B. **L'inflammation des hernies** est rare. Elle est cependant mieux définie, au point de vue anatomique, que l'engouement. Elle est nette dans les épiplocèles. Mais, de jour en jour, on trouve dans le cadre de la péritonite herniaire des faits plus nombreux d'appendicite et de salpingite herniaire; aussi peut-on se demander s'il est possible de conserver cette dénomination.

Étiologie. — Deux ordres de faits peuvent causer l'inflammation des hernies.

a. Un traumatisme : coup (J.-L. Petit) contusion produite par une balle morte (Velpeau), traumas légers et répétés surtout (bandage).

b. Dans un second ordre de faits, c'est l'intestin qui est le plus souvent le point de départ; quelquefois des corps étrangers accumulés dans une anse herniée qu'ils peuvent perforer (pied d'alouette retiré par J.-L. Petit de l'intestin d'un rôtisseur); propagation d'une infection du voisinage (plaie ou érosion superficielle).

Anatomie pathologique. — Le péritoine pariétal et le péritoine viscéral présentent des lésions identiques : rougeur, dépoli des surfaces, exsudats, œdèmes.

Etude clinique. — Nous ne parlerons pas des accidents survenant dans les grosses hernies, auxquels Malgaigne avait donné le nom de péritonite herniaire, mais seulement des cas où l'étranglement ne peut être mis en cause.

Les symptômes locaux ont un caractère inflammatoire assez marqué. La hernie est douloureuse, la palpitation décèle de l'empâtement; l'irréductibilité est complète; puis les tissus mous s'œdématant, la peau rougit, un véritable phlegmon se produit.

Le diagnostic sera délicat, avec une épiplocèle enflammée.

Traitement. — Au début : application de compresses chaudes, vessie de glace sur la hernie.

Plus tard : intervention.

III. — HERNIES IRRÉDUCTIBLES

Définition. — On désigne sous ce nom les hernies qui, sans causer d'accidents sérieux, sont cependant rebelles aux tentatives de réduction, et cela, d'une manière permanente et définitive.

Les deux causes principales susceptibles de les provoquer sont :

1° Le volume très grand de la hernie.

2° L'existence d'adhérences limitant les mouvements de son contenu et l'empêchant de rentrer.

1° Hernies irréductibles par perte du droit de domicile. — J.-L. Petit désigne sous ce nom des hernies volumineuses contenant une grande quantité d'intestin, de sorte que la cavité péritonéale, presque vidée de son contenu, se rétrécit et devient incapable de le recevoir de nouveau. Il s'est formé un véritable abdomen supplémentaire.

L'intestin est mobile et non adhérent; il se laisse facilement réduire et ressort aussitôt à travers des anneaux très larges, ou bien ressort à mesure qu'on le réduit. Quelquefois même, la réduction anatomique parfaite, provoque de tels accidents qu'elle ne peut être maintenue : douleurs, coliques, troubles digestifs.

La thérapeutique est impuissante.

2° **Hernies adhérentes.** — Les adhérences sont de deux sortes ; elles ont été décrites par Scarpa ; les unes sont inflammatoires, les autres ont été dénommées adhérences charnues naturelles, adhérences par glissement.

I. **Les adhérences inflammatoires.** — Se rencontrent dans les vieilles hernies volumineuses, rebelles aux bandages, ou négligées ; quelquefois elles résultent nettement d'une péritonite herniaire. En général, leur étiologie est obscure ; les antécédents révèlent un ou plusieurs accès d'irréductibilité passagère. La tuberculose, les néoplasmes déterminent parfois des adhérences.

Le mode de production des adhérences. — Un exsudat fibrineux, situé sur le revêtement séreux, colle l'une à l'autre les surfaces en présence. Des cellules conjonctives, des vaisseaux jeunes envahissent ces amas de fibrine. La fibrine disparaît, il reste le tissu conjonctif d'abord peu résistant, puis dense et solide, pouvant former des cloisons à l'intérieur du sac.

Symptômes. — Le développement lent et insidieux fait que les adhérences restent longtemps méconnues du malade.

Le symptôme le plus saillant est l'irréductibilité permanente rarement complète. En général, des manœuvres méthodiques arrivent à faire diminuer le volume de sa hernie : la réduction a lieu avec un gargouillement caractéristique, mais il reste dans le sac une masse pâteuse, lobulée, parsemée de noyaux durs.

A part cette irréductibilité, la hernie est peu tendue, molle, indolore à la pression ; l'anneau est large.

Les signes fonctionnels sont très légers ou même nuls ; quelquefois le malade accuse une gêne mal définie.

Accidents des hernies irréductibles. — a. *Etranglement.* — *Inflammation.* — L'étranglement peut être, soit aigu, soit plutôt à forme lente ; l'engouement, la péritonite herniaire, peuvent aussi survenir.

b. *Etranglements intrasacculaires.* — Les variétés en sont nombreuses :

1° Coudure brusque de l'intestin retenu et fixé par une bride étroite en un point quelconque.

2° L'intestin remontant, une bride s'enroule autour de lui déterminant un véritable volvulus.

3° Pénétration dans l'intestin, à travers des trous anormaux, dans l'épiploon, ou dans des orifices formés par le cloisonnement incomplet du sac.

Symptômes. — Ne diffèrent pas de ceux de l'étranglement.

c. *Réduction en masse.* — La hernie rentre en totalité, soit dans la grande cavité, soit dans le tissu cellulaire péritonéal. Des symptômes d'obstruction s'établissent alors.

Traitement des hernies adhérentes. — Diffère selon qu'il s'agit d'irréductibilité simple ou d'irréductibilité compliquée d'accidents.

a. Irréductibilité simple : la cure radicale est le traitement de choix.

b. Irréductibilité compliquée : l'indication d'opérer est formelle.

II. **Adhérences charnues naturelles ou adhérences par glissement.** — *A.* La formation de ces adhérences a été définitivement expliquée par les travaux de Lardennois et Okynczyc (1909). Ces auteurs ont très justement divisé les hernies du gros intestin en :

1° Hernie simple du cæcum et de l'appendice ordinairement libre et mobile dans un sac ordinaire.

2° Hernie du cæcum et de l'anse iléo-colique. On trouve alors l'anse iléo-colique fixée dans le sac ; ici la hernie est primitive et l'accolement secondaire.

3° Hernie du côlon gauche. Mécanisme semblable.

Le sac des hernies du gros intestin, à droite comme à gauche, est toujours un sac complet constitué par le péritoine pariétal. Ce qui lui donne une physionomie spéciale c'est que l'intestin y vient très souvent adhérer.

C'est donc plutôt adhérences *après glissement* que l'on devrait dire. On ne les observe jamais chez l'enfant.

B. Les complications des hernies du gros intestin sont les suivantes :

1° L'*appendicite herniaire*, chronique, subaiguë ou aiguë.

2° L'*engouement*, en général chronique, se traduisant cliniquement par de la tension, de la douleur au collet comme au sac. La tumeur augmente de volume, il y a des vomissements, les gaz s'arrêtent, cet état peut persister quelques heures ou quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

L'engouement peut être dû ici à la compression par des anses, à des adhérences, à des troubles mécaniques par altérations des parois.

Assez rarement on pourra constater :

3° L'*étranglement.* — Brusque ou progressif chez le nourrisson, progressivement grave chez l'adulte.

Si l'étranglement siège sur le cæcum il est masqué par la persistance des selles et des gaz.

Les anus contre nature sont lents à se produire car le collet est large, les adhérences faibles, le gros intestin résistant.

L'intestin grêle coexistant dans le sac herniaire avec le gros intestin peut s'étrangler seul.

4° *La péritonite herniaire* (non appendiculaire). — Péritonite plastique à évolution lente ou rapide avec stase et accompagnement des signes habituels de péritonite herniaire.

IV. — TUBERCULOSE HERNIAIRE

Historique. — Cruveilher (*Traité d'anatomie pathologique*, 1862), Hayem, Lejars (1889), Jonnesco, Renaut, Ott, Broca.

Anatomie pathologique. — La tuberculose est localisée sur le sac et sur son contenu.

On peut avoir :

1° La tuberculose isolée du sac ;

2° La tuberculose simultanée du sac et des viscères ;

3° La tuberculose isolée des viscères.

1° **Tuberculose du sac herniaire.** — Le sac peut être envahi en totalité ou en partie.

On décrit une forme miliaire la plus fréquente avec un semis de granulations grises, du liquide à l'intérieur.

Une forme ulcéro-caséeuse avec le tubercule à ses différents stades : crudité, ramollissement, ulcération.

Une forme fibreuse (la plus rare).

2° **Lésions viscérales.** — *a.* L'intestin. Toutes les formes de tuberculose intestinale peuvent être constatées : granulations, abcès.

b. L'épiploon. Chez l'adulte, on constate la présence de granulations fines comme du tapioca.

c. Les organes génitaux. La tuberculose herniaire coexiste souvent avec leur atteinte par le bacille de Koch.

d. Le péritoine. L'ouverture du sac livre passage à du liquide ascitique.

e. Lésions multiples : testicule, épiploon, intestin.

Etiologie. — *a.* Fréquence. Cette affection passe souvent inaperçue ; elle est donc plus fréquente en réalité que les statistiques ne le laisseraient supposer.

b. Age. Surtout le premier âge et la première moitié de la vie.

c. Sexe. Prédominance chez l'homme.

d. Siège de la hernie. Atteint surtout les hernies inguinales.

e. Caractères de la hernie : grosses ou petites.

f. Etat antérieur du sujet. Les manifestations tuberculeuses, antérieures à la hernie, ont une grande importance : lésions pulmonaires, péritonéales, quelquefois tuberculose testiculaire et épididymite.

Pathogénie. — A la suite des travaux de Lejars et Jonnesco (1891) on a admis que la tuberculose herniaire primitive existe.

Cependant, Bruns (1892) considère toute tuberculose herniaire comme l'expression d'une péritonite tuberculeuse.

Symptômes. — *A.* **Symptômes communs.** — a. *Phénomènes douloureux.* — Ces douleurs sont d'une intensité variable, continues ou intermittentes, siégeant au niveau même de la hernie ; parfois au niveau de l'abdomen tout entier (Broca).

b. *Modifications physiques.* — La hernie augmente de volume, change de consistance, parfois devient irrégulière ; de véritables tumeurs se forment (quelquefois apparence d'un troisième testicule). L'irréductibilité accompagne la péritonite herniaire tuberculeuse. Le sac contient du liquide.

c. *Signes généraux.* — L'appétit diminue, des sueurs nocturnes apparaissent, la température s'élève le soir.

B. **Formes cliniques.** — Jonnesco distingue : une forme latente, une forme douloureuse, une forme inflammatoire (aiguë ou chronique) que nous ne ferons que citer ; nous y ajouterons la tuberculose hernio-péritonéale, la tuberculose hernio-testiculaire, l'hydrocèle congénitale tuberculeuse.

1. *La tuberculose hernio-péritonéale.* — On constate la présence d'ascite, l'existence de troubles de circulation intestinale (lésions fibreuses péri-intestinales). La hernie elle-même contient une petite quantité de liquide. En général, le malade est un tuberculeux.

2. *La tuberculose hernio-testiculaire.* — Peut être simple ou associée à la tuberculose péritonéale (persistance du canal péritonéo-vaginal).

3. *Hydrocèle congénitale tuberculeuse.* — Etudiée par Phocas (1891), Jartel (1901). Tantôt il s'agit d'une hydrocèle vulgaire (transparence, fluctuation), simple affection locale, tantôt associée à la péritonite tuberculeuse.

Evolution. Complications. — 1° Complications générales (tuberculose pulmonaire, méningite).

2° Complications locales : péritonite herniaire tuberculeuse, étranglement, fistule pyo-stercorale.

Diagnostic. — Facile, si les lésions sont généralisées. Dans le cas contraire, l'interrogatoire minutieux du malade, la constatation des noyaux indurés, l'inoculation du liquide au cobaye permettront, dans la majorité des cas, de poser le diagnostic.

Traitement. — Cure radicale : dissection du sac, ouverture du sac, ablation du testicule.

Une seule contre-indication au traitement opératoire : la tuberculose généralisée.

V. — TUMEURS HERNIAIRES

Intéressent le contenu du sac, le sac lui-même ou les tissus voisins.

1° **Tumeurs intrasacculaires.** — a. *Intestin.* — Les tumeurs malignes sont exceptionnelles ; très rares aussi les polypes, les kystes.

b. *Epiploon.* — Peut être aussi le siège d'un néoplasme primitif ou secondaire, ou l'hypertrophie lipomateuse diffuse.

c. *Autres organes.* — Nous citerons les tumeurs du mésentère, la dégénérescence du testicule en ectopie, l'utérus gravide ou cancéreux.

2° **Tumeurs sacculaires.** — Il existe deux observations de néoplasie primitive, par contre les altérations secondaires sont de règle dans les cas de tumeurs intrasacculaires et dans la carcinose péritonéale secondaire à un néoplasme abdominal. Citons les kystes sacculaires.

3° **Tumeurs extrasacculaires.** — Ce seront : une collection séreuse, un hygroma dû à un bandage, un lipome herniaire.

Symptômes et diagnostic des tumeurs herniaires. — 1° **Tumeurs intrasacculaires.** — Ces tumeurs paraissent surajoutées à la hernie dont elles altèrent la forme et demeurent en dehors, après réduction.

2° **Tumeurs extrasacculaires.** — Sont une cause d'irréductibilité partielle. Parfois elles s'accompagnent de phénomènes douloureux ou d'accidents d'étranglement interne, etc. Le diagnostic est porté, le plus souvent, au moment de l'intervention.

Corps étrangers des sacs herniaires. — *a.* Les uns paraissent d'origine abdominale et glissent dans le sac herniaire : appendicite épiploïque, petit fibrome séparé de son pédicule.

b. Les autres se forment dans la hernie même : épaississement partiel du sac, frange épiploïque devenue libre.

Les symptômes sont en général absents.

VI. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

1° **Plaies des hernies.** — On se comportera vis-à-vis de l'intestin comme dans le cas d'une plaie abdominale.

2° **Contusions des hernies.** — Coup de pied, chute, lésions intestinales, soit par excès de pression dans le sac, soit par écrasement contre un plan osseux.

C'est le tableau clinique de contusion abdominale.

Traitement. — On interviendra pour vérifier immédiatement le contenu de la hernie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1924)

Sur un nouveau chromogène cristallisé, l'esculétol, retiré du maronnier d'Inde. — M. Gabriel BERTRAND et Mlle Y. DJORITCH.

De l'influence du thorium X sur la formule sanguine. — MM. AVERSENQ, DELAS, JALOUSTRE et MAURIN.

Recherches par une méthode radiochimique sur la circulation du bismuth dans l'organisme. — MM. I.-A. CHRISTIANSEN, G. HEVESY et S. LOMHOLT. L'élimination du bismuth se fait surtout par l'urine; la quantité de bismuth qu'on y trouve est le double de celle qui passe dans les matières fécales.

Le cœur et les poumons ne contiennent qu'une petite quantité de bismuth; le foie en contient une quantité assez faible et les reins une quantité assez forte, en général plus du double de celle que l'on trouve dans le foie; dans 50 centimètres cubes de sang on n'en a trouvé qu'une très petite quantité.

Les résultats obtenus montrent donc qu'il ne faut employer le bismuth qu'avec une certaine prudence, à cause de sa résorption assez lente et assez irrégulière qui peut présenter un danger d'intoxication. Sa ressemblance avec le mercure au point de vue de la circulation exige aussi des précautions dans l'emploi simultané des deux métaux, qui pourrait amener une accumulation de l'effet toxique.

Du traitement des trajets fistuleux par les rayons ultraviolets. — MM. Maxime MÉNARD et FOUBERT apportent des observations de malades atteints de fistules, ayant les causes les plus diverses, dans lesquelles la guérison a été obtenue par l'exposition aux rayons ultraviolets.

Les auteurs ont jusqu'ici traité 54 malades parmi lesquels on compte 5 échecs.

La durée totale de l'exposition varie de une heure à six heures. L'une des observations montre qu'une fistule profonde peut être guérie tout en n'étant pas directement exposée aux rayons ultraviolets.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1924)

La perception de la distance et du relief. — M. HANRIOT fait une communication sur les anaglyphes, ces curieuses projections en deux couleurs, vert et rouge, que l'on présente dans divers établissements parisiens et qui, grâce au port de verres également colorés, donnent une impression de relief saisissant.

Le rôle de la contagion familiale dans la tuberculose de l'enfant. — M. ARMAND-DELILLE, en son nom et au nom de Mlle FERMIN, fait une communication qui a pour but de démontrer que chaque fois que l'on constate l'existence de la tuberculose chez un enfant, elle doit être le résultat d'une contagion familiale (tubercule ouvert de l'un des membres de la famille). Il y aurait donc lieu, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cas de ce genre, de procéder à une enquête destinée à découvrir la source de cette tuberculose.

Vaccination contre la fièvre typhoïde par la voie buccale. — M. GAUTHIER a fait, en Grèce, un nombre considérable de vaccinations antityphoïdiques par voie sous-cutanée. Dans certains villages, ayant rencontré une grande résistance contre ces injections sous-cutanées, il a eu recours à la voie buccale et il est ainsi parvenu à arrêter immédiatement de très fortes épidémies de fièvre typhoïde.

La syphilis n'aime pas l'œsophage. — M. GUISEZ montre que depuis l'emploi des méthodes d'exploration directe de l'œsophage, on a constaté que la syphilis de cet organe était très rare. La plupart du temps, alors que l'on croyait à des manifestations spécifiques, il s'agissait de simples rétrécissements inflammatoires que l'on avait eu le tort de vouloir rattacher à cette infection. Sur près de 3.000 malades examinés à l'œsophagoscope, M. Guisez n'a observé qu'un cas bien net de syphilis de l'organe, qui se montre curieusement réfractaire à cette maladie.

Immunisation contre la diphtérie. — M. MARTIN présente trois mémoires sur ce sujet dont l'étude est renvoyée à une commission composée de MM. Roux, Calmette et Martin.

Sur le même sujet, M. RAMON explique comment une toxine diphtéritique soumise à un traitement particulier est transformée en une anatoxine immunisante et non dangereuse.

Infection puerpérale. — M. AUVRAY fournit la statistique des cas graves d'infection puerpérale qu'il a traités par l'hystérectomie dans son service de Laënnec depuis 1920. Nous y reviendrons.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1924)

Oblitération de l'artère axillaire par béquilles. — MM. SOUQUES et TERRIS présentent un malade atteint à gauche d'une oblitération artérielle, due vraisemblablement à une compression par béquille. Ce malade atteint d'une paralysie infantile ne fait usage de béquilles que du côté gauche depuis quarante-cinq ans. Absence de lésion cardiaque et de syphilis.

Encéphalite épidémique traitée par du virus-vaccin par voie intrarachidienne. — MM. GILBERT et TZANCK présentent une malade traitée et améliorée par des injections de virus-vaccin de Levaditi par voie rachidienne.

M. DUFOUR a noté, dans deux cas, une amélioration par cette thérapeutique, mais a observé un cas de mort deux jours après l'injection.

M. POINCLOU expose les résultats encourageants obtenus et les raisons de la voie intrarachidienne.

M. MARIE signale plusieurs cas très améliorés par cette méthode.

M. NETTER préfère la voie intramusculaire moins dangereuse.

M. GUILLAIN partage l'opinion de M. Netter et insiste sur le fait que la ponction lombaire peut elle-même être nocive. Dans l'encéphalite, il s'agit surtout de lésions vasculaires et la ponction lombaire peut être l'origine d'hémorragies secondaires.

Pyléphlébite à marche lente avec ascite à répétition s'accompagnant d'un souffle xyphoïdien. — M. AKTIL MOUKTAR.

Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte. — M. Julien HUBER apporte l'observation d'une malade de soixante-deux ans chez qui, après un zona, évolua une tuberculose à localisations cutanées et osseuses multiples et exclusives de toute manifestation viscérale. La faible leucocytose et l'inoculation du pus d'un abcès permirent le diagnostic, éliminant les présomptions de septicémie, d'endocardite aiguë lente ou de syphilis cutanée fébrile.

Sclérose en plaques avec poussée évolutive ayant déterminé un syndrome de myélite aiguë ascendante. Etude anatomo-clinique et recherches expérimentales. — MM. Henri CLAUDE et Th. ALAJOUANINE rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte de sclérose en plaques à symptomatologie classique chez laquelle apparurent progressivement, en un mois, les phénomènes suivants : monoplégie crurale droite avec abolition des réflexes tendineux et cutanés, anesthésie, atrophie rapide, escarres; puis atteinte identique du membre inférieur gauche constituant une paraplégie flasque avec troubles sphinctériens, anesthésie remontant jusqu'en D-10 ; puis, alors que les membres supérieurs, environ un mois après le début de

ce syndrome myélitique ascendant, se prenaient à leur tour, apparition de l'automatisme des membres inférieurs avec attitude en flexion ; enfin terminaison par des phénomènes bulbaires.

L'examen anatomique a montré en plus des plaques de sclérose des lésions de myélite diffuse allant de la partie haute de la moelle cervicale à la région lombaire avec démyélinisation intense, dégénération cordonale, disparition des cylindres axes et enfin de grosses lésions d'infiltration périvasculaire.

Les auteurs insistent :

D'une part, sur ce syndrome anatomo-clinique à type de myélite ascendante survenue au cours de l'évolution d'une sclérose en plaques, véritable poussée aiguë d'extrême intensité ; sur l'étendue des lésions dégénératives et inflammatoires ; sur l'intérêt enfin de telles constatations pour la compréhension de la nature évolutive de la sclérose en plaques.

D'autre part, sur le fait que malgré le caractère aigu de ce cas, l'inoculation de fragments médullaires à des animaux est restée sans résultat.

Artérite syphilitique des membres inférieurs. — MM. Ch. Achard et J. Thiers présentent l'observation d'un homme de soixante-cinq ans atteint d'une artérite syphilitique qui avait donné lieu, à gauche, à une gangrène limitée du quatrième orteil et, à droite à un anévrisme poplité. Il n'y avait pas de battements artériels, à gauche, à la pédieuse, ni à la tibiale postérieure, et pas d'oscillations à l'appareil de Pachon. L'examen radiographique a montré des calcifications échelonnées sur la fémorale et les tibiales à gauche.

La jambe gauche était le siège d'une amyotrophie rapidement développée que les auteurs rapportent à la névrite dégénérative produite par les altérations des vaisseaux nourriciers des nerfs (névrite d'origine vasculaire).

Syringomyélie traitée par les rayons X. Résultats observés vingt ans après le premier traitement. — MM. P. Ménétrier et M. Derville rapportent l'observation d'un malade atteint de syringomyélie, soumis, il y a vingt ans, dans leur service, au traitement radiothérapique, et assez amélioré par cette thérapeutique pour avoir pu mener une vie active jusqu'à ces derniers mois.

Ils concluent de ce cas à l'action efficace des rayons X sur la syringomyélie, mais n'en tirent aucune induction quant à la nature réelle de l'affection.

Contribution à l'étude de l'oléo-thorax dans les fistules pulmonaires et les épanchements pleuraux tuberculeux. — MM. Pissavy, Breger et Chabrun ont pratiqué l'oléo-thorax dans neuf cas et résument ainsi les résultats de leurs interventions. L'oléo-thorax a échoué entre leurs mains chez un malade atteint de pyopneumothorax spontané fistulisé dans les bronches. Ils ont vu les injections d'huile tarir une pleurésie purulente ancienne, et ralentir la reproduction du liquide dans un cas de pneumothorax thérapeutique avec épanchement récidivant. Dans les six autres cas, les effets de l'injection d'huile sur l'épanchement ont été nuls ou inappréciables. Enfin, contrairement aux espérances que pouvaient faire concevoir les travaux de leurs devanciers, l'oléo-thorax ne leur a jamais paru s'opposer à la production de la symphyse pleurale.

Intoxication bismuthique fébrile avec hémorragies intestinales au cours d'une série d'injections de curalues. — MM. Guy Laroche et Bodson relatent l'observation d'une femme atteinte de syphilis cérébro-médullaire qui subit, sans accident, deux séries d'injections de Quinby à la dose de 10 centigrammes par semaine de bismuth métallique, et présente, au cours d'une série d'injections de curalues à la dose de 30 centigrammes de bimétal par semaine, lors de la sixième injection, une température très élevée avec céphalée, délire, confusion mentale, torpeur et diarrhée avec hémorragie intestinale.

Ces hémorragies intestinales s'expliquent par les lésions congestives et même ulcéreuses qu'on trouve chez les malades et les animaux intoxiqués par le bismuth. Cette observation, d'ailleurs exceptionnelle, démontre que la parfaite tolérance d'une dose de bismuth ne peut être considérée comme une garantie d'innocuité pour une dose plus forte.

Au cours des traitements bismuthés, la surveillance du malade doit rester rigoureuse malgré la bonne tolérance des séries antérieures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1924)

Opérations rachidiennes. — M. Th. de Martel fait remarquer qu'on ne doit pas considérer ces opérations comme des opérations médullaires. Il estime que la laminectomie simple et les opérations portant sur l'origine des nerfs rachidiens ne mettent pas la moelle en cause et sont des opérations bénignes. Il considère, au contraire, que les opérations pour tumeurs de la moelle sont, suivant le siège et la hauteur de la tumeur, bénignes ou graves et qu'on ne saurait comparer la gravité d'une opération pour tumeur adhérente siégeant à la face antérieure de la moelle à la région cervicale ou dorsale supérieure à la gravité d'une tumeur reposant simplement sur la face postérieure du cône terminal. Il fait aussi remarquer que les petites statistiques n'ont aucune valeur et qu'il a opéré à la file 9 tumeurs de la moelle avec 9 guérisons, ce qui fait du 100 p. 100 et que cependant quand il considère l'ensemble de ses résultats sa mortalité est de 23 p. 100.

M. Robineau partage l'avis de M. de Martel sur la différence qu'il y a entre une simple laminectomie et une intervention directe sur la moelle, ainsi que sur la nécessité, dans ce dernier cas, d'agir avec grande prudence et grande patience. Ce n'est pas non plus l'ouverture de la dure-mère qui est dangereuse, c'est l'attaque directe de la moelle. Voici la statistique que nous apporte M. Robineau : 24 laminectomies simples, 49 cas d'interventions sur la moelle, 6 décès qui ne doivent pas être attribués à l'acte opératoire ; 16 radicotomies, 4 morts que M. Robineau croit devoir attribuer à l'opération ; 2 cas de tumeurs diffuses, 2 morts ; 11 cas de tumeurs bénignes, 1 décès. En résumé, 73 cas, 6 décès.

En cas d'hémorragies ou de complications autres, M. Robineau est d'avis d'opérer en deux temps. Le lipiodol lui paraît utile pour le diagnostic des tumeurs médullaires.

M. de Martel fait observer que, dans ces statistiques, il faudrait bien distinguer les tumeurs médullaires de la portion cervicale ou de la portion supérieure de la région dorsale, des autres tumeurs. Plus on monte, plus les interventions deviennent difficiles et dangereuses. Enfin, M. de Martel insiste encore sur la nécessité d'opérer lentement, de prendre tout son temps, d'agir avec une extrême prudence. Si l'on ne prend pas tout son temps, si on ne s'arme pas de patience, on peut commettre des fautes opératoires qui ont les plus graves conséquences pour l'opéré.

Thérapeutique des péritonites aiguës. — M. Louis Bazy fait un rapport sur un travail de M. Chaton (de Besançon) relatif à des expériences sur les lapins et les cobayes, laparotomisés et infectés, ayant pour but de juger des effets de la glace appliquée sur le ventre comme traitement de la péritonite aiguë. L'auteur, dans ces expériences, a d'abord constaté un abaissement considérable de la température locale. Les résultats obtenus ne semblent pas très probants, et d'ailleurs ils ne sauraient s'appliquer à l'homme, l'infection provoquée chez ces animaux n'étant pas la même que celle que nous observons chez l'homme.

D'autre part, les applications de la glace sont indiquées dans les cas de péritonites localisées, enkystées. Elles sont formellement contre-indiquées dans les cas de péritonite généralisée.

Tumeur para-appendiculaire. — M. Louis Bazy fait un second rapport sur une observation de M. Revel (de Nîmes). Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, opéré pour appendicite. On trouva une tumeur rétrocæcale qu'on prend pour un sarcome. Les phénomènes de douleurs, de constipation, d'amaigrissement ayant persisté, sept ans après on revoit le malade, on croit alors à de la tuberculose. Mais en observant le malade plus attentivement on porte le diagnostic de tumeur inflammatoire paraappendiculaire, variété de tumeurs sur laquelle M. Bazy père a appelé déjà l'attention. L'intervention par voie sous-péritonéale (évacuation du pus,

drainage de la cavité) et l'examen histologique d'une parcelle de la poche confirment ce diagnostic.

Occlusion intestinale par étranglement dans l'hiatus de Winslow. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) communique l'observation d'un homme de soixante et un ans, sans passé pathologique, qu'il voit au troisième jour d'une occlusion intestinale. Lavage de l'estomac sans résultat. Laparotomie; un paquet d'anses intestinales s'engage dans l'hiatus de Winslow sans qu'on puisse l'en dégager. On ouvre l'arrière-cavité et, non sans peine, on parvient à attirer 25 centimètres d'intestin grêle et on referme le ventre. Le malade va bien dans les premiers jours et meurt de pneumonie six ou sept jours après l'opération.

Autoplastie. — M. SEBILEAU présente un homme qui a perdu tout son maxillaire inférieur par ostéomyélite. A l'aide d'un lambeau céphalique et d'un lambeau cervical, M. Sebileau est parvenu à lui refaire une joue et un menton lui permettant de s'alimenter.

Elections. — La Société procède à l'élection de membres associés étrangers et de membres correspondants étrangers.

Sont élus : MM. Moynihan et Bland Sutton (Angleterre), Saxtorph (Danemark), Recasens y Girol (Espagne), W. Mayo et Gibson (Etats-Unis), Bastianelli (Italie), Jonnesco (Roumanie), Roux et de Quervain (Suisse), Lamas (Uruguay).

Sont élus membres correspondants étrangers : MM. Percy Sargent (Londres), José Arcé et Bosch Arana (Buenos-Aires), Verhoogen, Mayer et Lorthioir (Bruxelles), Nabuco de Gouvea (Rio-de-Janeiro), Alvez de Lima (Sao-Paulo), Mercier (Montréal), Grondin (Québec), Parisot (Montréal), Simard (Québec), Rovsing (Copenhague).

— La prochaine séance aura lieu le 7 mai 1924.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI AYANT POUR OBJET LA RÉALISATION D'ÉCONOMIES, LA CRÉATION DE NOUVELLES RESSOURCES ET DIVERSES MESURES D'ORDRE FINANCIER.

Le *Journal officiel* du 23 mars 1924 a promulgué la loi votée par les deux Chambres, le 22 mars, pour réaliser des économies et créer de nouvelles ressources.

Réaliser des économies dans les dépenses de l'Etat est devenu une nécessité qui s'est imposée bien plus par la volonté de l'opinion publique que par celle du législateur. On ne peut comprendre, en effet, comment une personne, personne morale ou personne physique, ne proportionne pas ses dépenses à ses recettes ; une maison de commerce qui agirait comme le fait l'Etat, irait à la ruine et à la faillite à pas précipités. Du moment que l'Etat veut être commerçant et industriel, il doit équilibrer son budget avec ses ressources. La réalisation d'économies est un but louable; on voudrait que ce but fût atteint par d'autres organisations, et spécialement par les organisations municipales.

Mais, à côté des quatre ou cinq articles de la loi nouvelle qui font l'objet de la réalisation d'économies, tous les autres articles — et la loi en comprend 107 — sont consacrés à la création de ressources nouvelles : augmentation d'impôts et de taxes sous toutes les formes, mesures d'inquisition pour éviter que la masse imposable ne s'échappe, pénalités rigoureuses contre ceux dont les déclarations ne seront pas exactes. Déjà, la loi du 25 juin 1920 avait augmenté les impôts et en avait créé de nouveaux dans des proportions considérables ; elle devait remettre les choses d'aplomb. Cela n'a pas suffi : la loi nouvelle crée, comme son titre l'indique, de nouvelles ressources fiscales, dans des proportions préoccupantes. Ne va-t-on pas finir par faire disparaître l'épargne, et, ce qui est plus grave, l'esprit d'épargne ?

Au cours de la discussion de la loi nouvelle, on a exposé qu'il fallait sauver le franc et que le vote des ressources nouvelles était indispensable à cet effet. Il faut espérer ce résultat; mais nombreux sont ceux qui à l'heure actuelle envisagent l'avenir avec inquiétude, en raison même de l'instabilité dans laquelle on vit et aussi de l'inégalité dans l'imposition. Si les sacrifices demandés devaient être temporaires, chacun prendrait son mal en patience; mais il est bien rare que des impôts ayant été votés, il survienne des remaniements ultérieurs destinés à diminuer la charge du contribuable. Nulle part dans la loi nouvelle, il n'est indiqué que les mesures prises ont un caractère temporaire : les sacrifices pécuniaires, après la victoire et avec la paix, viennent s'ajouter aux sacrifices qu'une guerre de cinq années a imposés à tous Français dans leur famille et dans leur patrimoine.

Cependant, la loi est votée; il faut s'y conformer. Mais combien les impôts qui surchargent les contribuables apparaissent comme vexatoires et inquisitoriaux dès l'instant qu'ils sont *personnels*. Il était autrefois un impôt qui s'appelait *la taille*, c'était un impôt personnel; c'était à peu près l'équivalent de notre impôt global sur le revenu. Du moment que l'on taxe une personne sur son revenu, sur ses bénéfices, sur ses appointements, on pénètre dans le secret de la vie du contribuable, on l'oblige à montrer ses papiers, à fournir des preuves ; on fait une instruction contre lui ; on le traite comme un criminel. C'est précisément ce que la Révolution avait voulu condamner et éviter; et c'est ce qui se rétablit avec des pénalités sévères. Dès lors, à quoi bon rappeler constamment des principes qu'on déclare justes et qu'on n'applique pas, notamment l'égalité devant l'impôt ? Conséquence : le contribuable se révolte et essaie d'échapper à la persécution. C'est la lutte ; on peut dire aussi suivant la chanson, c'est la vie...

On a déclaré au cours des discussions parlementaires que les sacrifices nouveaux auraient pour conséquence le retour à une vie plus normale, plus stable, moins chère que celle que nous subissons actuellement. Espérons-le.

Signalons les dispositions de la loi nouvelle de nature à intéresser le lecteur :

1. L'article 3 décide qu'en addition aux recettes autorisées par la loi du 28 décembre 1923, il sera perçu deux décimes. Cette perception s'applique à tous les impôts, droits et taxes, recouvrés au profit de l'Etat seulement. Mais cette disposition ne ferme pas la porte à la perception des centimes additionnels qui alimentent les budgets des départements et des communes. C'est dire que le contribuable va être surchargé lourdement.

Le double décime est applicable à partir du 1er janvier 1924 et porte sur le montant des droits simples et en principal. Il a donc un effet rétroactif.

2. L'article 24 est ainsi conçu : Le tarif de l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques est majoré de 0 fr. 05 pour les spécialités dont le prix est compris entre 1 fr. 05 et 2 francs inclusivement ; de 0 fr. 10 pour celles dont le prix est compris entre 2 fr. 05 et 5 francs inclusivement ; de 0 fr. 15 pour celles dont le prix est compris entre 5 fr. 05 et 8 francs inclusivement ; et de 0 fr. 20 pour celles dont le prix est compris entre 8 fr. 05 et 10 francs.

Les spécialités dont le prix est supérieur à 10 francs supportent une augmentation d'impôts de 0 fr. 10 par 5 francs ou par fractions de 5 francs.

3. L'article 36 déclare abrogée la loi du 2 août 1872 attribuant à l'Etat le monopole de la fabrication et la vente des allumettes chimiques, et interdit l'établissement d'un monopole industriel de la fabrication ou de la vente des allumettes chimiques ; et l'article 38 édicte le droit que percevra l'administration des contributions indirectes sur les allumettes chimiques fabriquées en France ou importées. Toutes les mesures relatives au licenciment du personnel, à l'organisation du contrôle et de la perception de l'impôt, et d'une manière générale toutes les dispositions nécessaires à la mise en application de la suppression édictée, doivent être fixées par décret rendu sur la proposition du ministre des finances et soumises à la sanction législative dans le délai de six mois (art. 39).

Disposition utile, indispensable après les renseignements qui avaient été fournis par le ministre des Finances sur l'exploitation de ce monopole, qui a donné lieu aux plaisanteries les plus variées ! Elle devrait être le point de départ de la suppression de toute exploitation par l'Etat, dont l'organisation est contraire à un rendement rationnel et avantageux.

Le monopole ne pourra exister dans l'exploitation privée ;

c'est la porte ouverte à la libre concurrence, qui ne peut être que profitable au consommateur. L'Etat ne peut qu'y gagner; car l'exploitation privée est pour lui la source de nombreux impôts.

Mais, à côté de cette suppression approuvée par tout le monde, le prix des tabacs a été augmenté.

4. Les évaluations foncières sont soumises à la revision, aux termes de l'article 45 :

« Une revision exceptionnelle des évaluations foncières dans toutes les communes sera entreprise en 1924 et ses résultats serviront à l'assiette de l'impôt à partir du 1er janvier 1926 et jusqu'à l'application des résultats de la prochaine révision périodique ». Propriétés bâties et propriétés non bâties sont envisagées.

Pour les propriétés bâties, l'article 46 décide que les propriétaires d'immeubles loués en tout ou en partie devront adresser au contrôleur des contributions directes de leur situation, *dans les six premiers mois de 1924*, une déclaration écrite, indiquant, au jour de sa production, le nom des locataires de chaque immeuble et le montant du loyer payé par chacun d'eux. Toute infraction à cette prescription donne lieu à l'application d'une amende de 100 francs, décimes compris, qui sera encourue autant de fois qu'il sera relevé d'omissions ou d'inexactitudes dans les renseignements qui doivent être fournis.

La répercussion de cette mesure est grave; car elle aura pour conséquence d'élever les impôts basés sur le loyer. Du moment qu'une revision est ordonnée, c'est bien évidemment en vue de faire des évaluations supérieures à celles existant actuellement ; les loyers ayant été augmentés dans les proportions que l'on sait, l'impôt personnel et mobilier, basé sur le prix du loyer, va se trouver augmenté.

Pour les propriétés non bâties, l'article 47 dispose que la revision exceptionnelle prévue à l'article 45 sera limitée à la revision des tarifs des évaluations en vue de les mettre en rapport avec le taux actuel des valeurs locatives.

(A suivre.)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CERTIFICAT MÉDICAL

M. Fernand Merlin, sénateur, demande à M. le ministre du Travail et de l'Hygiène les conditions de délivrance du certificat médical indispensable pour obtenir l'inscription sur la liste des bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches qui doit payer ce certificat et à quel tarif. (*Question du 25 mars 1924.*)

Voici la réponse du ministre : Si l'intéressée n'est pas inscrite sur les listes d'assistance médicale gratuite, les frais du certificat médical qu'elle doit produire, en s'adressant au médecin de son choix, sont à sa charge. Si, au contraire, elle est inscrite sur ces listes ou admise d'urgence, le médecin de l'assistance médicale peut se faire payer la visite ou la consultation au cours de laquelle il a délivré le certificat sur les fonds du service d'assistance médicale dans les conditions où lui sont payées ces visites nécessitées par l'application de la loi du 15 juillet 1893. (*J. O.*, 12 avril 1924.)

LIVRES NOUVEAUX

Conférences de clinique médicale pratique (1), par Louis RAMOND.

Le succès qui a accueilli la première série de *Conférences de clinique médicale pratique* a décidé leur auteur à en publier une nouvelle série, conçue selon le même plan. C'est de clinique que s'occupe exclusivement M. L. Ramond. Non de cette clinique transcendante qui, n'abandonnant point les sommets, reste toujours quelque peu nuageuse, mais de clinique pratique. Les sujets qu'il traite sont empruntés à la vie courante : ce sont ceux que chaque médecin rencontre, à tout instant, sur sa route; ce sont ceux dont il doit, chaque jour, faire le diagnostic, fixer le pronostic, et enfin, et surtout, préciser le traitement. Pour résoudre ces problèmes, de quelles données avons-nous besoin? D'historique? Que nenni! Aussi l'auteur nous fait-il grâce de ces kyrielles de noms propres et de ces litanies de citations dont croient encore nécessaire de s'encombrer tant d'ouvrages, par ailleurs excellents. D'étiologie, d'anatomie pathologique, de pathogénie? Oui, dans la très modeste mesure où elles peuvent concourir au diagnostic, et, par lui, au traitement sans lequel la médecine n'est que fumée. M. L. Ramond fait donc de la clinique. Mais il y a clinique et clinique. Il y a celle qui se traîne terre à terre; il y a celle qui a de l'allure et de l'envolée. Dédaignant celle-là, c'est celle-ci qu'il choisit. Qu'il s'occupe du *coma diabétique*, des *congestions pulmonaires*, des *paralysies oculaires*, du *phlegmon néphrétique*, des *crises gastriques du tabes*, des *pleurésies putrides*, etc., il excelle à saisir les grandes lignes du sujet, à mettre au premier plan les données essentielles, à ménager les effets d'ombre et de lumière. De l'art difficile qui consiste à peindre un état pathologique, il n'ignore plus rien. Et voilà le secret de son succès. Comment ces qualités n'auraient-elles pas été appréciées par le grand public médical? N'a-t-il pas, comme tel grand auteur, « le don particulier de plaire, de charmer, de séduire »?

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 401 pages, 2e série. — Paris, Vigot.

La Psychanalyse, par Ch. BLONDEL (1), professeur à l'Université de Strasbourg.

En dehors des traités de Régis et Hesnard : *La Psychanalyse des névroses et des psychoses*, spécialement réservés aux médecins, il n'existait jusqu'ici, en France, aucun ouvrage qui exposât, d'une manière accessible au grand public, la doctrine et la méthode de Freud. Le livre de M. Ch. Blondel vient très heureusement combler cette lacune. Sans doute, quelques-uns des ouvrages du professeur viennois ont été déjà traduits en français, mais ils sont un peu diffus et permettent difficilement, sans une étude approfondie et difficile, d'en extraire la conception générale. C'est cette besogne que l'auteur a réalisée avec succès. Il a suivi Freud pas à pas, principalement l'*Introduction à la psychanalyse*, et, très clairement, nous montre le développement du système, examinant successivement les actes manqués, les rêves et les névroses, précisant le mystère de la libido et de la sexualité infantile, exposant les procédés thérapeutiques et indiquant enfin les grandes lignes de la conception psychologique que fournit la psychanalyse. Cette première partie se termine par des réflexions critiques extrêmement intéressantes. Sans parti-pris, mais de façon très précise, l'auteur expose les raisons scientifiques qui lui font repousser le système de Freud comme trop artificiel et aventureux et dépourvu de toute vérification possible. La seconde partie est consacrée à la psychanalyse en action, où l'auteur montre comment on peut interpréter, au moyen de l'exploration analytique, les rêves et les actes manqués. En somme, cet excellent livre, d'un esprit très averti, rendra les plus grands services, attendu que si beaucoup de personnes parlent aujourd'hui du freudisme, très peu le connaissent assez pour le juger impartialement. M. Ch. Blondel leur permet désormais d'asseoir leur opinion sur une base solide.

J. LAUMONIER.

Lazare (2), par Henri BÉRAUD.

Après le retentissant succès du *Vitriol de lune* et du *Martyre de l'obèse*, qui lui valurent le prix Goncourt, M. Henri Béraud nous apporte aujourd'hui un roman d'ordre pathologique. *Lazare* propose au lecteur un cas très curieux de dédoublement de la personnalité qui a soulevé déjà et soulèvera encore, parmi les aliénistes, des discussions très vives. Tous les médecins s'intéresseront à l'aventure surprenante et très étudiée que conte le romancier de la façon la plus attachante.

L. G.

(1) Un vol. in-16. — Prix : 9 fr. — Paris 1924, Alcan.
(2) Un vol. broché. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Etude de M. Gaston FRANÇOIS, à Paris, 23, rue Le Peletier, 9e, liquidation par circonstances tout à fait exceptionnelles :

Vente aux enchères publiques

Collection d'environ 200 différentes pièces anatomiques et pathologiques en naturel et en cire,

Jeudi le 24 avril 1924, à 10 h. du matin, dans les salles des Chambres syndicales, 10, rue de Lancry, à Paris, 10e, par M. Gaston François, commissaire priseur à Paris, qui liquidera le Musée international d'anatomie et de pathologie Wynaut, avant Soc. anonyme Eigl, comprenant naissances, accouchements, fœtus, opérations, anormalités, anatomies, maladies vénériennes, etc., etc. *Exposition publique* dans les salles des Chambres syndicales, *10, rue de Lancry, à Paris, 10e*, mercredi le 23 avril 1924, de 1 heure jusqu'à 7 heures de l'après-midi, et le 24 avril jour de la vente, à partir de 9 heures du matin jusqu'au moment de la vente, qui commencera à 10 heures du matin. Catalogues sur place durant l'exposition. Vente certaine au plus offrant, au comptant, plus 19,50 p. 100.

En marge du Codex. Notes d'histoire thérapeutique, par le docteur Henri Leclerc. Un vol. de 188 pages avec 12 planches hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

N° 33. — MARDI 22 & JEUDI 24 AVRIL 1924. 97e ANNÉE. MARDI 22 & JEUDI 24 AVRIL 1924 — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Concours de l'agrégation. — Nous avons annoncé il y a quelques jours la publication d'un arrêté du ministre de l'Instruction publique relatif à un examen préalable que doivent subir les candidats à l'agrégation. Voici le texte de cet arrêté, daté du 14 mars 1924 :

« Article premier. — Les candidats aux emplois d'agrégé dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent subir un examen préalable divisé en deux épreuves.

Les candidats qui ont subi avec succès l'une et l'autre épreuve de cet examen n'ont droit de ce fait à aucun titre ni à aucune fonction.

PREMIÈRE ÉPREUVE

Art. 2. — Pour la première épreuve, il est ouvert une session tous les ans dans les premiers jours de décembre. Nul n'est admis à se présenter à cette épreuve s'il n'est Français et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Pour la division de pharmacie, les candidats doivent être pourvus, soit du titre de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du titre de pharmacien et du grade de docteur ès sciences physiques ou naturelles.

Art. 3. — L'épreuve consiste en deux compositions écrites dont chacune donne lieu à une note spéciale.

Art. 4. — Les candidats sont répartis entre les divisions et sessions suivantes :

Première division. — Morphologie. — *Section A.* — Anatomie : une composition sur une question d'anatomie et une composition sur une question d'histologie.

Section B. — Histologie : une composition sur une question d'histologie et une composition sur une question d'embryologie.

Section C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie ; une composition sur une question d'histoire naturelle médicale et une composition sur une question de parasitologie.

Deuxième division. — Physiologie. — *Section A.* — Physiologie : deux compositions sur la physiologie.

Section B. — Chimie : une composition sur une question de chimie générale et une composition sur une question de chimie physiologique et pathologique.

Section C. — Physique : une composition sur une question de physique générale et une composition sur une question de physique médicale.

Troisième division. — Médecine. — *Section unique.* — Médecine : deux compositions sur la pathologie médicale.

Quatrième division. — Chirurgie et obstétrique. — *Section A.* — Chirurgie : deux compositions sur la pathologie chirurgicale.

Section B. — Obstétrique : deux compositions sur l'obstétrique.

Cinquième division. — Pharmacie. — *Section A.* — Histoire naturelle pharmaceutique : une composition sur une question de botanique et une composition sur une question de matière médicale.

Section B. — Pharmacie : une composition sur une question de pharmacie chimique et une composition sur une question de pharmacie galénique.

Art. 5. — Les questions à traiter sont les mêmes pour toutes les facultés. Elles sont tirées au sort parmi trois sujets proposés par le jury de chaque section.

Art. 6. — Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de trois heures. La surveillance est organisée et contrôlée par le recteur. Les copies doivent être anonymes.

Art. 7. — Chaque année, il est constitué pour chaque section un jury de trois membres. En vue de la constitution de ce jury, les facultés présentent chacune une liste de deux noms. Les trois membres sont nommés par le ministre parmi les professeurs ou agrégés qui figurent sur ces listes.

Toutes les copies sont corrigées successivement par chaque juge et notées de 0 à 20. Les notes définitives sont données par délibération du jury.

Tout candidat ayant obtenu pour l'ensemble des deux compositions écrites un total de points au moins égal à 30 est déclaré admis.

ART. 8. — Les notes obtenues sont rendues publiques et jointes au dossier du candidat en vue de la deuxième épreuve.

ART. 9. — Sont dispensés de cette épreuve :

1° Les candidats admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs;

2° Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans les villes de facultés, s'ils sont candidats aux sections de la 3e et de la 4e division.

DEUXIÈME ÉPREUVE

ART. 10. — Les sessions pour la deuxième épreuve ont lieu tous les trois ans.

ART. 11. — Les candidats à la deuxième épreuve se présentent pour celles des catégories auxquelles leur donne droit leur réception à l'une des sections de la deuxième épreuve, suivant les dispositions du tableau inséré à l'article 12 du présent arrêté.

ART. 12. — Les catégories de la deuxième épreuve sont au nombre de 22, savoir :

Catégories. — 1° Anatomie : 1re division, section A.

2° Histologie : 1re division, section B.

3° Bactériologie : 1re division, section C ou 3e division.

4° Histoire naturelle médicale et parasitologie : 1re division, section C.

5° Physiologie : 2e division, section A.

6° Chimie médicale : 2e division, section B.

7° Physique médicale : 2e division, section C.

8° Pharmacologie et matière médicale : 2e division, sections A et B ou 5e division.

9° Pathologie expérimentale : 2e division, section A ou 3e division.

10° Médecine : 3e division.

11° Anatomie pathologique : 3e division.

12° Hygiène : 3e division.

13° Médecine légale : 3e division.

14° Neurologie et psychiâtrie : 3e division.

15° Dermatologie et syphiligraphie : 3e division.

16° Chirurgie générale : 4e division, section A.

17° Ophtalmologie : 3e division ou 4e division.

18° Oto-rhino-laryngologie : 3e division ou 4e division.

19° Urologie : 4e division, section A.

20° Obstétrique : 4e division, section B.

21° Histoire naturelle pharmaceutique : 5e division, section A.

22° Pharmacie : 5e division, section B.

ART. 13. — La deuxième épreuve comprend :

A. La remise d'un travail inédit ou déjà publié soumis à l'appréciation du jury. Ce travail devra être déposé deux mois au moins avant l'ouverture de la session. Il donnera lieu à un exposé par le candidat d'une durée de vingt minutes environ.

B. Une leçon de trois quarts d'heure après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet de la spécialité. Ce sujet sera tiré au sort parmi trois sujets au moins, proposés par une commission de trois professeurs désignés à chaque session par le ministre et appartenant à des facultés différentes. Les facultés seront autorisées à faire une présentation pour chacune des catégories énumérées à l'article 12.

C. Dans les catégories suivantes, une épreuve pratique déterminée par le jury : 3° bactériologie; 4° histoire naturelle médicale et parasitologie; 8° pharmacologie et matière médicale; 21° histoire naturelle pharmaceutique; 22° pharmacie.

ART. 14. — Le jury, dans les catégories de médecine et de chirurgie générale, est composé de cinq membres; il est composé de trois membres dans les autres catégories. Ces membres sont désignés par le ministre sur la proposition des facultés et doivent être choisis dans des facultés différentes. Le jury est renouvelé à chaque session.

ART. 15. — Chacune des parties de l'épreuve est notée de 0 à 20.

Tout candidat ayant obtenu pour l'ensemble de l'épreuve un total de points au moins égal à 45 dans les catégories qui comportent une épreuve pratique et 30 dans les autres catégories est déclaré admis.

ART. 16. — Les notes obtenues sont rendues publiques et jointes au dossier de chaque candidat.

ART. 17. — Les candidats peuvent se présenter simultanément ou successivement dans plusieurs catégories.

Nul ne peut se présenter plus de trois fois dans la même catégorie.

AGRÉGATION

ART. 18. — Les candidats admis aux deux épreuves qui font l'objet des articles 2 à 17 sont inscrits sur une « liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé ».

ART. 19. — Sur cette liste, les candidats sont rangés par année d'inscription et, dans chaque année, par ordre alphabétique.

ART. 20. — La liste est revisée tous les ans par la commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section) qui peut, le cas échéant, proposer au ministre des radiations.

ART. 21. — La radiation d'un nom inscrit sur la liste d'aptitude ne peut être proposée par le Comité consultatif qu'après un rapport écrit d'un de ses membres, et cette proposition doit être votée à la majorité des deux tiers.

ART. 22. — Quant un poste d'agrégé devient vacant, le Conseil de la Faculté se prononce sur le maintien, la suppression ou la transformation du poste.

ART. 23. — Si le poste est maintenu ou transformé par décision ministérielle, la déclaration de vacance est faite par la Faculté et insérée au *Journal officiel* et au *Bulletin administratif* du ministère de l'Instruction publique et portée à la connaissance des autres facultés.

ART. 24. — Un délai de vingt jours, à dater de l'insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

A l'expiration du délai réglementaire, le Conseil de la Faculté, après avoir consulté, au besoin, les personnalités scientifiques compétentes, présente un nom.

ART. 25. — Le dossier de la présentation de la faculté, avec le rapport d'un membre du Conseil et, éventuellement, l'avis des personnalités consultées, sont transmis au ministre.

ART. 26. — La présentation de la Faculté est soumise à la commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public qui peut prendre l'initiative de présenter d'autres noms inscrits sur la liste d'aptitude.

La nomination est faite par le ministre, conformément au décret du 13 mars 1924.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 27. — Par exception, la première session pour la première épreuve après la publication du présent arrêté pourra être ouverte à un autre moment de l'année qu'à la date fixée par l'article 2, après avis de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public.

La première session pour la seconde épreuve ne pourra avoir lieu que six mois au moins après la première session de la première épreuve. La date en sera fixée après avis de la commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public.

ART. 28. — Sont abrogées les dispositions contraires au présent arrêté, et notamment l'arrêté du 1er mars 1914. »

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Par arrêté en date du 11 avril 1924, M. le docteur Quénu, membre de l'Académie des sciences, a été maintenu dans ses fonctions de président de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

UN CAS D'ATROPHIE TESTICULAIRE

CONSÉCUTIVE A UNE ORCHITE BLENNORRAGIQUE

Par MM. JEANSELME et BURNIER.

L'atrophie testiculaire consécutive à une orchite blennorragique est peu fréquente; elle est même très rare, dit Hudelo (1), exceptionnelle, dit Renault (2) et la plupart des traités spéciaux d'urologie et de vénéréologie passent cette complication sous silence.

Aussi croyons-nous intéressant de publier l'observation suivante :

B..., vingt-cinq ans, se présente à la consultation, le 27 octobre 1922 pour des douleurs rhumatoïdes des talons. A l'examen complet du malade, nous sommes surpris de constater que son testicule droit est minuscule, et possède environ le volume d'une noisette.

Le malade, intelligent, fournit les renseignements suivants :

Il a toujours été maladif durant son enfance : à trois ans, il contracte la scarlatine, qui fut suivie d'une adénite cervicale. Il fut envoyé à huit ans au sanatorium de Forges où il demeura cinq mois et à l'âge de douze ans, il passa six mois au sanatorium d'Hendaye pour anémie.

Il a fait quatre ans de service militaire avec un arrêt de quatre mois.

En janvier 1915, il contracte une première blennorragie qui dura deux mois. En décembre 1915, nouvel écoulement qui dura également deux mois. En juin 1916, nouvelle blennorragie qui passa à l'état chronique : goutte matinale, douleur à la miction, et dura neuf mois.

En mars 1917, apparut une orchite droite; en même temps l'écoulement cessait. Jusqu'alors les testicules avaient été normaux. Le testicule droit augmenta progressivement de volume et atteignit le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. La douleur était alors très vive et obligea le malade à garder le lit durant trois semaines. Le médecin traitant prescrivit une pommade jaune et une pommade au calomel et au bout de deux jours le testicule commença à diminuer de volume assez rapidement, à tel point qu'au bout de trois semaines, il avait acquis le volume d'une noisette qu'il a conservé depuis lors.

L'écoulement qui s'était tari pendant l'orchite reparaît de nouveau en juillet 1922 et une goutte intermittente se montre de temps en temps.

Le 5 août 1922, à la suite d'une légère torsion du pied droit, le malade se plaint de douleurs au talon droit, dans la région sous-malléolaire interne et à l'insertion du tendon d'Achille. En octobre 1922, une douleur analogue apparaît au pied gauche, à la face inférieure du calcanéum et à l'insertion du tendon d'Achille. Cette douleur est intermittente, elle est exacerbée par la fatigue, la marche; elle disparaît la nuit sous l'influence du repos. L'examen ne montre aucun gonflement visible.

A l'ausoultation des poumons, on entend une respiration rude et soufflante aux deux sommets. Il n'y a jamais eu d'hémoptysie.

Le cœur est normal; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

A l'examen des bourses, on trouve à gauche un testicule normal et un varicocèle du cordon assez notable.

A droite, le testicule est réduit au volume d'une petite noisette; il est dur et insensible.

Le cordon est atrophié et il existe un léger varicocèle.

Au toucher rectal, on note que le lobe droit de la prostate est atrophié.

Les désirs sexuels et la puissance générale du malade sont absolument normaux.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'un malade atteint de talalgie bilatérale, vraisemblablement d'origine blennorragique et chez lequel on constate une atrophie du testicule droit, consécutive à une orchite gonococcique.

Les observations de ce genre sont rares.

Jullien (1) connaît cette atrophie testiculaire d'origine blennorragique et cite un cas de Nicaise (2) qui vit se produire en un an une atrophie complète.

Oberländer et Kollmann (3) ont observé une atrophie testiculaire consécutive à une épididymite gonococcique qui aboutit en deux mois à une disparition complète du testicule, de sorte qu'à la palpation du scrotum on ne sentait que le cordon.

Kolopp (4) rapporte le cas d'un sous-lieutenant de vingt-trois ans, chez lequel une épididymite se termina, en deux mois, par une atrophie du testicule qui devint gros comme une fève avec un épididyme en proportion; la sensibilité à la pression était diminuée et la consistance était moins dure que celle de l'autre testicule.

(1) HUDELO. *Nouveau traité de médecine*, fasc. 1, article GONOCOCCIE.
(2) RENAULT. *Maladies blennorragiques des voies urinaires*, 1920.

(1) JULLIEN. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1899.
(2) NICAISE. *Soc. de chir.*, 1881.
(3) OBERLANDER et KOLLMANN. *Die chron. Gonor. der mannl. Harnröhre*, 1910.
(4) KOLOPP. *Ann. des mal. vénér.*, fév. 1924.

LA SURMORTALITÉ

DANS UN DÉPARTEMENT FRANÇAIS

Par le docteur LOUIS DESCLAUX,
Médecin des Prisons de Nantes,
Membre correspondant de la Société de médecine légale de France,
Membre du Conseil central d'hygiène de la Loire-Inférieure.

L'étude de la surmortalité dans le département de la Loire-Inférieure et de ses causes implique la connaissance de la mortalité moyenne connue en France pendant les années 1920-1921-1922.

Durant cette période, la mortalité moyenne a été de 1,76 pour 100 habitants; en d'autres termes sur 1.000 Français, il en est décédé environ 17 par an, en 1920-1921-1922.

Il y a surmortalité lorsque le nombre des décès pour 100 habitants est supérieur à la moyenne : 1,76.

Quatorze communes du département ont une mortalité supérieure à la moyenne : Anetz, Pouillé, Teillé, Issé, la Meilleraye, le Loroux-Bottereau, Nantes, la Bernerie, Paimbœuf, la Montagne, Pornic, Saint-Gildas-des-Bois, Pornichet, Savenay.

L'examen des maladies qui ont occasionné les décès dans ces communes confirme mon rapport antérieur (5).

On remarque, en effet, le nombre considérable de décès par tuberculose. Les maladies d'origine hydrique ne comptent que pour une faible proportion. Quant aux maladies vénériennes, notons qu'il n'est pas fait mention de la syphilis initiale dont relèvent beaucoup d'affections d'origine syphilitique : cardio-pathies, néphrites, hémorragies cérébrales, lésions médullaires, comprises dans les statistiques de plusieurs communes.

Il y a là un facteur important de surmortalité qu'il ne faut toutefois pas exagérer.

(5) Rapport au Conseil central d'hygiène et de salubrité, sur la surmortalité dans le département de la Loire-Inférieure et ses causes (1922) par le docteur Louis DESCLAUX. (Voir : La surmortalité dans un département français, *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 62, p. 999.)

Sans vouloir nier l'extension prise par la syphilis, pendant la guerre, les ravages de cette infection sont loin d'égaler ceux de la tuberculose.

A la prison de Nantes où les malades appartiennent à la classe sociale la plus basse, dans laquelle se recrute la clientèle pénitentiaire, le mouvement de consultation pour syphilis a été le suivant : en 1920, 350; en 1923, 700 environ.

Il ne faudrait pas inférer de ces chiffres qui ont doublé, que la syphilis est en augmentation à Nantes; le contraire serait plutôt vrai; mais un syphilitique doit être suivi et traité plusieurs années, et à chaque nouvelle détention pénale, les mêmes malades reviennent à la consultation, ce qui provoque la formation d'une « boule de neige ».

Voici la mortalité par tuberculose comparée à la mortalité globale ainsi que celle due aux autres maladies d'origine hydrique et la grippe dans les communes où la surmortalité est élevée.

A Nantes, sur les 3.434 décès des trois dernières années, 1.786 ont été occasionnés par la phtisie, 140 par la grippe, 75 par la fièvre typhoïde et 23 par la dysenterie.

Les maladies d'origine hydrique ne comptent que pour une faible proportion, si on les compare à la mortalité due à la phtisie.

Cette constatation implique certaines remarques importantes.

Dans une grande cité, il existe des conditions d'hygiène plus favorables que dans les campagnes.

L'établissement d'un service d'eau potable, ne risquant plus d'être contaminée, et un réseau d'égouts réalisent un progrès considérable au point de vue de l'assainissement. D'autre part, il est des circonstances défavorables : circulation plus intense et travaux d'industrie qui déterminent de nombreux accidents et des morts immédiates ou différées. La densité de la population favorise la propagation des maladies transmissibles.

Il existe dans une grande ville comme Nantes de nombreux établissements hospitaliers et des cliniques qui attirent un nombre important de malades, parmi lesquels le taux des décès est élevé, ce qui contribue à majorer la moyenne de la mortalité.

Par suite de toutes ces raisons, pour apprécier les conditions d'hygiène d'une cité comme Nantes, il est utile de comparer le taux de sa mortalité à celui des cités industrielles de même importance.

C'est ce que nous avons pu faire, grâce à l'obligeance de M. le maire de Nantes, qui a bien voulu faire procéder à une enquête sur l'état sanitaire pendant les trois dernières années de Nancy, Rouen, Bordeaux, Toulouse, Le Hâvre, Saint-Etienne, Lille, Nice, Lyon et Roubaix.

L'étude comparative des résultats fournis par cette enquête montre que Nantes, avec une surmortalité de 20,34 se place au cinquième rang d'un classement où Nancy occupe la première place avec un taux de 23,63; Rouen la seconde avec une moyenne de 22,5; Bordeaux la troisième avec un quotient de 20,5 et Toulouse la quatrième avec un taux de 20,5.

Le calcul de la moyenne de la mortalité dans ces onze grandes villes, obtenue en additionnant la moyenne de chacune d'elles et en divisant par leur nombre donne un taux de 19,22, assez voisin de celui de Nantes.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que la surmortalité dans les villes comme Nantes provient de la tuberculose favorisée par l'alcoolisme et propagée par les logements insalubres.

La prophylaxie consiste à fournir des logements salubres par de nouvelles percées et constructions.

Malheureusement les conditions économiques actuelles sont un grand obstacle à cette réalisation.

La diminution des débits sera aussi une mesure d'une certaine efficacité.

La ville de Nantes a actuellement un maire, rempli de zèle et de bonne volonté, et il est certain qu'il recueillera ces indications pour réaliser toutes les améliorations que lui permettront ses ressources financières.

L'examen des communes rurales, sans agglomération ouvrière, montre qu'elles ne sont pas épargnées.

A Pouillé, 9 décès en trois ans, 7 par tuberculose pulmonaire, 2 par dysenterie.

A Issé, 22 décès en trois ans; 15 par tuberculose pulmonaire, 7 par pneumonie et broncho-pneumonie.

A la Meilleraye, 10 décès en trois ans; 6 par tuberculose pulmonaire, 2 par grippe.

A Saint-Gildas-des-Bois, 18 décès en trois ans, tous causés par la tuberculose. Notons la présence d'une communauté religieuse qui apporte ici son quotient à la mortalité moyenne.

A Savenay, 32 décès en trois ans, 18 par tuberculose pulmonaire, 9 par la grippe, 5 par pneumonie et broncho-pneumonie.

A la Bernerie, 94 décès en trois ans, 26 par tuberculose pulmonaire, 16 par dysenterie, 12 par grippe.

A Pornic, 39 décès en trois ans, 22 par tuberculose pulmonaire, 3 par fièvre typhoïde.

Ici encore, la majoration des décès est due à la tuberculose; mais il faut faire intervenir la population étrangère à Pornic, population dont le nombre des décès s'élève à 35 et compte dans le chiffre global de la mortalité.

L'augmentation de la léthalité n'est qu'apparente puisque le total des décès de la population sédentaire de Pornic est de 4 en trois ans.

A Anetz, 4 décès en trois ans par pneumonie et broncho-pneumonie.

A Paimbœuf, la mortalité par tuberculose est faible; sur 207 décès en trois ans, 26 sont dus à la tuberculose, 3 à la fièvre typhoïde, 1 à la coqueluche, 23 à la pneumonie et à la broncho-pneumonie et 54 à d'autres maladies.

La surmortalité élevée n'est pas due à la phtisie, mais il faut faire intervenir l'hôpital dont la population est étrangère à la commune et compte malgré cela, pour 71 décès dans le chiffre global.

A Pornichet, 128 décès en trois ans : 7 par tuberculose pulmonaire, 4 par méningite tuberculeuse, 6 par entérite. Dans ces 128 décès, sont compris ceux de 25 personnes n'habitant pas Pornichet et qui comptent cependant dans le total de la léthalité.

Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur la mortalité des communes du Loroux-Bottereau et de la Montagne.

L'énoncé ci-dessus comporte des conclusions intéressantes.

Les conditions qui régissent le développement de la tuberculose dans la population urbaine et rurale sont l'alcoolisme et la mauvaise alimentation.

Toutefois le logement insalubre et le surpeuplement du logis sont des facteurs encore plus intensifs de bacillose.

La contamination se fait par le logement insalubre et infecté.

En ville, on s'occupe un peu de l'insalubrité et de l'infection des logements; on ne s'en occupe pas à la campagne.

C'est la cause principale de la persistance de la tuberculose dans les communes rurales où la plupart des habitations n'ont pas les réserves d'air et de lumière indispensables. Les plafonds sont bas, les fenêtres étroites, l'ensoleillement défectueux et la désinfection des locaux rarement pratiquée. On pourrait penser que les habitants de la campagne, vivant à l'air et à la lumière devraient être préservés de la tuberculose. Mais une grande part de leur existence se passe dans l'air confiné de leurs demeures où la lumière pénètre d'une façon tout à fait insuffisante.

Au Congrès de la tuberculose, à Strasbourg, cet été, l'ensemble de l'organisation de la lutte antituberculeuse fut envisagé de la manière suivante :

Au sommet les spécialistes officiels et leurs assistants. Au-dessous, la cohorte nombreuse des infirmières visiteuses qui après de brèves études ont été déclarées aptes au dépistage comme au recrutement des tuberculeux. Enfin lesdits tuberculeux, sans lesquels ne sauraient fonctionner les dispensaires, les préventoriums et les sanatoriums, ni subsister leur personnel de médecins fonctionnaires spécialisés, de radiologistes spécialisés.

Tout en rendant hommage à l'armement moderne de la lutte antituberculeuse et en reconnaissant l'utilité du dispensaire, du préventorium et du sanatorium, je crois que la prophylaxie la plus efficace consiste à prévenir le mal.

Or, les grands facteurs de tuberculisation sont le surpeuplement, l'encombrement, la raréfaction de l'air et de la lumière solaire, la persistance de l'infection dans les maisons et même dans les villages contaminés par les malades, l'alcoolisme.

La meilleure preuve, c'est que le principal agent thérapeutique de la tuberculose consiste dans l'aérothérapie. C'est précisément l'air dispensé sous forme d'aération continue et aussi la lumière solaire qui constituent aujourd'hui le traitement local de la tuberculose pulmonaire confirmée et des ostéoarthrites tuberculeuses.

La solution logique consisterait à mettre d'abord l'individu sain dans les conditions d'hygiène, où, malade, il serait placé pour guérir.

En réalité, il faut lutter contre l'alcoolisme qui est l'antichambre de la tuberculose et faire disparaître le taudis qui en est le propagateur.

Sans nier l'utilité d'organisations qui peuvent souvent intervenir efficacement quand l'infection est déjà réalisée, il est certainement préférable de prévenir le mal et de supprimer les deux grands facteurs de tuberculose : le logement insalubre et l'alcoolisme.

La fréquence des décès par tuberculose nous semble devoir motiver les mesures suivantes dont la plupart ont déjà été approuvées par le Conseil d'hygiène, lors de la lecture de mon précédent rapport sur la surmortalité :

1° Nécessité de faire l'éducation anti-alcoolique et antituberculeuse de la population dans les écoles, dans les cercles, à la caserne, par les ligues, par les Sociétés, les Conférences;

2° Rappeler que toute maladie des voies respiratoires provoquant la toux et les crachats est contagieuse, que tout malade qui crache répand les germes de la maladie et de la mort, et qu'il faut toujours cracher dans un liquide antiseptique, de l'eau de javel par exemple;

3° La tuberculose étant la maladie de l'obscurité, favoriser la création de logements salubres, pratiquer de larges percées permettant un bon ensoleillement des maisons et lutter contre le surpeuplement du logis;

4° Désinfection obligatoire, à la ville et à la camprgne, des logements qui ont été habités par des tuberculeux;

5° Application stricte des réglements sanitaires des communes, réglements qui doivent être rappelés à plusieurs reprises à MM. les maires;

6° Réduction du nombre des débits et application stricte des réglements les concernant;

7° Nécessité de faire le nettoyage humide des édifices publics (théâtres, mairies, gares, etc.), l'Etat devant donner l'exemple en matière d'hygiène;

8° Nécessité de l'application stricte des lois sur la police sanitaire et l'inspection des viandes et du lait pour éviter la propagation de la tuberculose bovine à l'homme.

ACTUALITÉS

LE PROBLÈME DE L'ANAPHYLAXIE

C'est le titre même sous lequel M. Auguste Lumière vient de réunir et de condenser, dans un livre récent (1), ses nombreuses recherches sur l'anaphylaxie. L'auteur est un des savants qui ont fait le plus d'effort pour apporter des clartés à cette question complexe dont cependant l'importance en médecine et même en biologie prend des proportions surprenantes. Elle a déjà été traitée ici même et à plusieurs reprises; si j'y reviens aujourd'hui, c'est que le travail de M. A. Lumière apporte certaines précisions nouvelles qu'il est intéressant de faire connaître.

Un fait, déjà soupçonné par F. Le Dantec, mais que M. A. Lumière paraît avoir mis, le premier, expérimentalement en évidence et dont il a du reste parlé longuement dans ses ouvrages antérieurs, mérite particulièrement de retenir tout d'abord l'attention : le *mûrissement* des colloïdes. Les humeurs et les tissus des êtres vivants sont formés de colloïdes, qui, pas plus que les colloïdes artificiels, n'ont une durée illimitée; ils tendent peu à peu à agglomérer leurs micelles, à précipiter, à *mûrir*, mais plus ou moins vite suivant leur nature. Ce mûrissement se produit constamment et d'une façon normale dans nos humeurs et nos tissus et c'est grâce à lui, comme à la transformation des sols en gels, que se constituent en partie les appareils de soutien. En somme, ce mûrissement équivaut à une floculation spontanée, lente et peu abondante dans un temps donné suffisamment court; il n'entraîne pas d'accidents perceptibles, parce que la résorption des floculats fait en réalité partie de la vie physiologique. On prévoit qu'il en est tout autrement quand la floculation est abondante et brusque, que la cause en soit interne ou d'origine extérieure : dans le premier cas, qui se réalise forcément à la longue, c'est la vieillesse et la mort naturelle; dans le second, c'est la maladie. Nous abordons ainsi

(1) A. Lumière, correspondant de l'Académie de médecine : *Le problème de l'anaphylaxie*, 1 vol. relié in-8 avec planches en noir et en couleurs, 1924, G. Doin, Paris.

l'anaphylaxie, qui n'est qu'une modalité de l'état morbide.

*
* *

Sur l'anaphylaxie de PORTIER et de Ch. RICHET, il n'y a pas à revenir; tout le monde connaît les conditions du choc et les signes qui le manifestent. Un point essentiel doit néanmoins nous arrêter. La floculation sérique *in vitro*, décelée en 1914 par KOPACZEWSKI, étudiée en 1920 par DOLD et ensuite par A. LUMIÈRE, se produit-elle également *in vivo* et, dans l'affirmative, est-elle la cause ou l'effet du choc anaphylactique lui-même? Tout d'abord il convient de remarquer que l'existence de floculats dans le sérum des sujets choqués n'a jamais pu être formellement démontrée. On a tenté d'expliquer cette circonstance par la rapidité avec laquelle les grumeaux précipités sont entraînés par la circulation. D'ailleurs, l'injection de floculats artificiels déterminant les mêmes accidents que l'anaphylaxie, il est permis d'en conclure que le choc est bien dû à la floculation provoquée par l'injection déchaînante ou, pour parler plus exactement et ne rien préjuger, que cette injection seconde est suivie d'une floculation sérique. Quant à la question de savoir si le choc est la cause ou l'effet de la floculation, elle paraît bien tranchée par le fait que les substances les plus inoffensives peuvent déclancher le choc à la condition qu'elles soient injectées à l'état floculé et les expériences de l'auteur sont particulièrement démonstratives à cet égard. On peut donc admettre, jusqu'à ce qu'une preuve contraire ait été fournie, que le floculat est la cause du choc.

Mais par quel mécanisme? En excitant mécaniquement les terminaisons nerveuses et l'endothélium des vaisseaux dans les centres nerveux, répond M. A. LUMIÈRE. En effet, l'excitation brusque des filets du vago-sympathique par des floculats abondants détermine la dilatation intense des vaisseaux, d'où les symptômes essentiels du choc anaphylactique : hypotension artérielle, congestions, crise solaire, syncope, mort. Tout ce que F. WIDAL et ses élèves ont groupé sous le nom d'hémoclasie : leucopénie, diminution du nombre des hématies, modifications de la coagulabilité du sang, de l'indice réfractométrique du sérum, de sa viscosité, de sa tension superficielle, de sa conductibilité électrique, etc., est la conséquence et le témoin du déséquilibre du système vago-sympathique causé par les irritations vasculaires. Bref, le choc anaphylactique a son origine dans un réflexe parti des centres, puisque, ainsi que l'a montré M. A. LUMIÈRE, la ligature des carotides retarde notablement ou empêche l'apparition des accidents caractéristiques.

Une notion intéressante ressort de ce qui précède : la notion de quantité. Elle n'a pas lieu de nous surprendre, bien qu'il s'agisse de phénomènes purement physico-chimiques. Il faut une certaine quantité de substances anaphylactisantes pour déterminer le choc, quantité que l'auteur estime, chez le cobaye, à 1/10 ou 1/100 de centimètre cube. Audessous de cette quantité, l'organisme assimile, pour ainsi dire, sans accident le floculat et devient apte à en assimiler ensuite une dose de plus en plus forte, par suite de l'*habitude* propre à la matière vivante. Ainsi s'expliquerait la méthode de désensibilisation de BESREDKA par les injections subintrantes de l'antigène. La quantité d'antigène voulue pour déterminer le choc varie nécessairement avec la nature de l'antigène, l'espèce du sujet et son état, car il y a un rapport entre l'équilibre humoral du sujet et la facilité ou l'ampleur de la floculation, ou l'assimilation du floculat. Certaines espèces, comme le rat, sont plus ou moins réfractaires; d'autres se montrent très susceptibles. De plus la voie par laquelle se fait la pénétration des substances anaphylactisantes joue aussi un rôle; de petites lésions de la peau et des muqueuses ne permettent pas une floculation aussi brutale que celle consécutive à la pénétration immédiate dans le torrent circulatoire. Voilà pourquoi, dans l'anaphylaxie alimentaire, il convient souvent de penser à des lésions plus ou moins sérieuses du tube gastro-intestinal et du foie. Ces lésions se multiplient avec l'âge, les réactions organiques contre les pénétrations hétérogènes se compliquent et donnent naissance aux affections chroniques, dyscrasiques ou autres, tandis que la production croissante des antigènes bactériens pendant la période d'incubation, finit par déterminer les symptômes des infections aiguës. Mais nous ne pouvons insister davantage sur tous les développements que M. A. LUMIÈRE donne à sa très intéressante conception de l'anaphylaxie.

*
* *

En définitive, cette conception paraît satisfaisante, en ce sens qu'elle ne se heurte positivement contre aucun fait bien établi. Mais une grave question, qui a toujours été le point faible des théories similaires, reste en suspens : celle de la sensibilisation. Quel est le processus par lequel un antigène, n'ayant déterminé aucun accident perceptible à sa primo-injection, en produit-il de graves et même de mortels s'il est réinjecté après un laps de temps convenable? Laissant de côté les explications verbales d'EHRLICH, de SAHLI et de RICHET, l'auteur reprend l'hypothèse qu'il a déjà formulée dans son livre : *Théorie colloïdale de la Biologie et de la Pathologie* (1922) et que l'on peut résumer de la manière suivante : une petite quantité d'un colloïde étranger introduite dans le sang s'y détruit parce qu'elle y perd ses matériaux périgranulaires solubles (partie active des micelles), mais elle n'entraîne pas de phénomènes notables parce qu'elle se trouve diluée dans une masse de liquide. Supposons cependant que ces matériaux périgranulaires se combinent avec une des substances du milieu humoral, la substance A par exemple. Cette substance A, ainsi fixée, va disparaître en partie du milieu humoral, et, pour rétablir l'équilibre de celui-ci, il faut que la cellule diffuse dans le milieu une nouvelle quantité de la substance A qui en a été enlevée. Mais, en vertu de la loi biologique qui veut que la réponse dépasse la demande, cette substance A va être, au bout d'un certain temps (incubation), fournie en excès et non seulement elle ramènera l'équilibre entre les concentrations des couches périgranulaires et celle du liquide ambiant, mais encore une certaine quantité en demeurera libre. Que maintenant nous injections une nouvelle quantité du même colloïde étranger, la substance A en excès enlèvera la couche périgranulaire de toutes les micelles hétérogènes, et, l'état colloïdal de ces micelles étant ainsi détruit, elles floculeront. D'où le choc anaphylactique. Comme on le prévoit, cette hypothèse est, dans une certaine mesure, applicable à l'interprétation de la désensibilisation et de l'immunité et à la recherche de procédés thérapeutiques contre l'anaphylaxie.

Avouons cependant qu'elle ne paraît pas entièrement satisfaisante; elle se rapproche trop de la théorie chimique des chaînes latérales et aboutit en réalité à une conception *chimique* de la sensibilisation à laquelle l'observation nous pousse de plus en plus à renoncer. D'ailleurs, M. A. LUMIÈRE se rend compte de sa fragilité. « En attendant des faits nouveaux, écrit-il (p. 138), il n'était pas inutile de chercher à comprendre comment ce singulier état de sensibilisation pouvait prendre naissance, ne fût-ce que pour ouvrir quelques voies, encore inexplorées, à l'expérimentation. C'est pour cela que nous avons indiqué la théorie hypothétique que l'on vient de lire. Bien entendu, nous sommes dans l'impossibilité de la démontrer, ni même de pouvoir estimer sa valeur. »

Cette réserve faite, il convient de rendre hommage au travail persévérant et aux idées hardies de M. A. LUMIÈRE. Nous sommes loin, dans ce bref article, d'avoir épuisé tous les sujets sur lesquels ses investigations ont porté, mais, en nous bornant à l'exposé de quelques-uns des points principaux, nous croyons avoir montré, de nouveau, tout l'intérêt scientifique et médical qui s'attache aux recherches du savant lyonnais. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1924)

A propos de la communication de MM. Souques et Ducroquet. — M. L. BABONNEIX. A la dernière séance, M. J.-A. Sicard a mis en doute l'existence, dans la paralysie infantile, d'un signe de Babinski vrai, lié à des lésions centrales. On connaît, cependant, un certain nombre de cas où les neurologistes les plus qualifiés l'ont observé, soit au début, d'une manière temporaire, soit pendant toute la durée de la maladie.

D'ailleurs si, dans la paralysie infantile, il est toujours lié à une paralysie du court fléchisseur du gros orteil, comment expliquer qu'il puisse s'associer à d'autres signes de la série spasmodique : trépidation spinale, exagération d'un ou de plusieurs réflexes tendineux? Comment interpréter les cas où, la paralysie s'étant localisée aux membres supérieurs, on l'a constaté de la manière la plus nette?

Sarcome périthélial de la queue de cheval avec xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au-dessus de la tumeur. Localisation par le lipiodol. Ablation chirurgicale. — MM. Georges GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE, P. MATHIEU et I. BERTRAND rapportent l'observation d'un malade de dix-neuf ans chez lequel, en l'espace de trois mois, se développa un syndrome de la queue de cheval caractérisé par des douleurs violentes, des troubles moteurs dans le territoire des sciatiques avec modification des réactions électriques, l'abolition des réflexes achilléens, médio-plantaires et péronéo-fémoraux postérieurs, des troubles de la sensibilité dans le domaine des racines sacrées, des troubles sphinctériens et génitaux. L'injection de lipiodol fut très précieuse dans ce cas pour fixer la hauteur de la compression, l'opération permit de faire l'ablation d'une tumeur siégeant entre L_3 et L_4 au niveau exact de l'arrêt du lipiodol. A la suite de l'intervention le malade s'améliora progressivement.

Les auteurs attirent l'attention sur ce fait que la ponction lombaire pratiquée au-dessus de la tumeur montra un liquide céphalo-rachidien xanthochromique et hyperalbumineux. Cette constatation faite aussi récemment par Cushing et Ayer est contraire aux notions classiques qui spécifient que la xanthochromie et le syndrome de Froin indiquent une compression sus-jacente. Il est vraisemblable que la xanthochromie constatée au-dessus de la tumeur n'est pas due, comme dans les cas habituels du syndrome de Froin, à l'existence d'une cavité close, mais à une transsudation hématique à la surface supérieure de la tumeur. Cette action de la xanthochromie possible du liquide céphalo-rachidien au-dessus d'une tumeur de la queue de cheval est importante à connaître pour éviter des erreurs de localisation de la tumeur.

La nature histologique de la tumeur observée chez ce malade est très spéciale. Il s'agit d'une tumeur conjonctivo-vasculaire, d'un sarcome périthélial, tumeur diffuse très vasculaire et dissociée par de multiples hémorragies interstitielles. Ce périthéliome, par son origine vasculaire, par sa diffusion, par son pouvoir d'infiltration et d'envahissement est une tumeur maligne, ne présentant aucune analogie avec le fibrogliome pédiculé radiculaire, cause fréquente de compression médullaire.

Dystrophies osseuses et dermatolysie au cours d'une maladie de Recklinghausen. — MM. Michel REGNARD et Robert DIDIER. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans, présentant une maladie de Recklinghausen typique, avec une grosse tache mélanodermique étendue sur toute la face postérieure de la cuisse gauche, le pied gauche présente de la dermatolysie, et la radiographie montre des altérations du squelette de la jambe et du pied gauche consistant en élargissement du tibia, tassement et aplatissement du calcanéum et vacuoles osseuses développées dans l'épaisseur de l'astragale et du calcanéum.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1924)

La survie du chien totalement dépancréaté traité par l'insuline. — M. E. HÉDON. En associant au traitement par l'insuline un régime alimentaire convenable, comportant une certaine quantité de lait et des ferments pancréatiques, un chien totalement dépancréaté présente un état de nutrition tel qu'il est légitime d'en inférer que, par la continuation du traitement, sa longévité serait normale. Trois mois après la dépancréatation complète, l'animal se trouve dans un état de santé parfait, vigoureux et bien musclé, avec des réserves adipeuses normales, maintenant son poids primitif et même le dépassant, alors que, non traité, il serait mort au bout de vingt jours, épuisé par la cachexie diabétique.

L'expérience est continuée pour savoir si à la longue les fonctions pancréatiques peuvent être suppléées par des organes vicariants.

Etude de l'influence des injections d'antigène méthylique, sur la teneur du sérum en anticorps, chez les enfants tuberculeux. — MM. P. ARMAND-DELILLE, DUHAMEL et MARTY confirment les résultats obtenus expérimentalement chez l'animal par MM. Bocquet et Nègre, que les injections répétées d'antigène méthylique chez l'enfant tuberculeux provoquent l'apparition ou l'augmentation progressive d'anticorps dans le sérum de ces sujets.

Cette augmentation peut atteindre un taux extrêmement élevé, jusqu'à 900, mais on observe dans certains cas, des variations et des baisses relatives au taux des anticorps, exactement comme on l'observe dans le sérum des tuberculeux n'ayant pas reçu d'injections.

Etudes sur la sédimentation globulaire (du rôle des concentrations différentes des liquides anticoagulants sur les phénomènes observés). — M. Edouard PEYRE, en employant deux solutions de citrate dissodique, l'une à 5 p. 100, l'autre à 3g50 p. 100 pour se tenir plus près de l'isotonie sanguine, a pu observé que la rapidité de chute et le volume du tassement globulaire étaient comparables : les différentes concentrations des liquides anticoagulants sont donc sans effet modificateurs sensibles.

L'auteur se propose donc de continuer l'emploi de la concentration à 5 p. 100 de citrate qui évite plus sûrement la coagulation.

Retour au type classique du bacille tuberculeux filtré après passage par le péritoine du cobaye. — MM. Henri DURAND et A. VAUDREMER. L'inoculation du produit de filtration d'un pus tuberculeux sur bougie Chamberland 23 perme

de tuberculiser le cobaye. Il ressort de cette expérience que certains éléments du bacille tuberculeux traversent le filtre et reproduisent chez l'animal des lésions tuberculeuses renfermant des bacilles tuberculeux de formes et de propriétés tinctoriales communes, dont la principale est une orchite, fait qui rapproche leurs expériences de l'expérience classique de l'inoculation de la morve avec sa localisation testiculaire habituelle.

Etude expérimentale de la déglutition œsophagienne. — M. Caballero, se basant sur des recherches expérimentales, démontre que l'œsophage possède, contrairement à l'opinion généralement admise, une contractilité et une excitabilité qui lui appartiennent en propre, en dehors de tout acte de déglutition bucco-pharyngienne. Cette excitabilité directe est abolie par les agents anesthésiques.

Il démontre, en outre, que le corps étranger qui est introduit dans l'œsophage, avant de pénétrer dans l'estomac, subit un temps d'arrêt au niveau, non point du cardia, mais de l'hiatus œsophagien du diaphragme et que ce passage est exclusivement réglé par l'abaissement du diaphragme au moment de l'inspiration. L'image endoscopique décrite sous le nom de « museau de tanche » et considérée comme celle du cardia, est, en réalité, constituée par une véritable saillie herniaire de la muqueuse de la partie intradiaphragmatique de l'œsophage aspirée, pour ainsi dire, au niveau de l'hiatus, dans le canal œsophagien lui-même par suite de la pression négative intrathoracique.

Nouvel antigène pour le sérodiagnostic de la syphilis. — M. A. Jaubert préconise l'emploi d'un extrait alcoolique de cœur additionné de 2,50 p. 100 de cholestérine. Les avantages de cet antigène sont les suivants :

1° Plus grande sensibilité dans les syphilis latentes et héréditaires.

2° Pouvoir anticomplémentaire négligeable, ce qui permet d'utiliser les méthodes de Bauer-Hecht ou dérivées, sans avoir de réactions de fixations non spécifiques.

3° Emulsion dans l'eau physiologique homogène et à peine opalescente facilitant la lecture des résultats.

Cet antigène a été expérimenté sur plus de 500 sérums cliniquement connus.

L'intermittence dans le rythme fonctionnel des foies normaux. — MM. Noël Fiessinger et Henry Walter. Chauffard a décrit l'intermittence des éliminations chez les hépatiques. Les auteurs rapportent leurs constatations qui confirment ce fait.

L'élimination des sels biliaires, de l'urobiline, des sucres, suivie d'heure en heure chez les hépatiques, se fait suivant un cycle intermittent : ce n'est là d'ailleurs qu'une simple exagération d'un processus physiologique, puisque normalement il existe une intermittence légère explicable par le surmenage fonctionnel intermittent et normal de la cellule hépatique.

Elections. — M. Wollmann est nommé membre titulaire.

(Séance du 12 avril 1924)

Fixation du complément dont un zona arsénical et dans deux zonas consécutifs aux injections de bismuth. Pathogénie. — MM. Arnold Netter et Achille Urbain. Dans ces trois cas la méthode de Bordet-Gengou a mis en évidence dans le sang la présence des anticorps du zona et de la varicelle.

Ces zonas sont donc de même nature que la fièvre zostérienne. Comme celle-ci ils paraissent par séries et ne récidivent point.

S'ils ne sont pas sous la dépendance exclusive de ces agents toxiques, ceux-ci n'en jouent pas moins un rôle important. Ils déchaînent l'agent pathogène qui sans eux serait resté inerte. C'est ainsi qu'au cours d'une injection de salvarsan on voit apparaître une fièvre intermittente dont jusqu'ici le malade n'avait jamais été atteint, fièvre souvent mortelle. Le neurotropisme bien connu de l'arsenic peut créer dans les ganglions intervertébraux les conditions favorables à la localisation du zona.

Sur la composition minérale du sang de chien et ses variations. — MM. A. Blanchetière et H. Cardot. Cette note a pour but d'apporter quelques données analytiques sur la teneur du sang total en Na, K et Ca. Les résultats obtenus sont comparés à ceux d'ailleurs peu nombreux qui peuvent être relevés dans la littérature. Quelques remarques sont faites en ce qui concerne l'influence de l'anesthésie par le chloralose et l'effet des prises de sang successives sur la composition minérale du sang. Les auteurs ont en outre observé un très fort abaissement du rapport Na : K à la suite d'un épanchement pleurétique non purulent.

L'apparition corrélative de la cellule de Kultschitzky et de la sécrétion chez l'embryon. — M. Parat, par une étude comparée de l'apparition des cellules de Kultschitzky chez des embryons d'homme et de quelques autres mammifères arrive à cette conclusion que la cellule de Kultschitzky est l'agent producteur de la sécrétine.

Hyperhémie papillaire au cours du syndrome d'intolérance à la ponction lombaire. — MM. Georges Guillain, Th. Alajouanine et H. Lagrange ont observé au cours du syndrome d'intolérance que présentent certains sujets dans les jours qui suivent une ponction lombaire, des modifications de l'aspect de la papille optique qui ne semblent pas avoir été signalées.

Chez les malades présentant des accidents d'intolérance importants avec céphalée intense, vertiges, vomissements, ils ont constaté avec une remarquable constance l'hyperhémie de la papille avec dilatation veineuse plus ou moins marquée, allant parfois jusqu'à réaliser un véritable œdème papillaire. Cette image ophtalmoscopique dure quelques jours et s'efface progressivement. Il convient d'ajouter que tous les malades examinés avant la ponction lombaire avaient un fond d'œil absolument normal.

Chez d'autres sujets présentant des signes d'intolérance moindre, céphalée légère, vertiges, quelques nausées, l'aspect ophtalmoscopique, sans avoir la netteté des pseudo-papillites précédentes, montre toutefois un aspect congestif que l'on peut comparer à celui des pseudo-névrites des hypermétropes.

Chez les sujets qui supportent bien la ponction lombaire on ne constate aucune modification ophtalmoscopique.

Le syndrome clinique de l'intolérance à la ponction lombaire a toutes les apparences d'une crise paroxystique d'hypertension intracranienne; les modifications de l'image ophtalmoscopique apportent un argument important à cette interprétation.

M. Netter a observé un cas qui se rapproche, jusqu'à un certain point, des faits précédents.

M. Ph. Pagniez. L'hypertension mise en évidence par les auteurs explique les bons résultats que donne dans ces cas, l'ingestion de substances hypertoniques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 21 mars 1924)

M. Goubeau, président, prononce l'éloge de notre collègue, le docteur Millée, ophtalmologiste des plus distingués, un des très anciens membres de la Société médicale des praticiens, décédé récemment.

M. Fassina présente un malade atteint d'un **érythème polymorphe** localisé aux mains et à la face, nettement limité aux poignets et au cou par une ligne circulaire. Il n'y a rien ailleurs sur le corps.

M. Briault dans une note sur l'emploi de **l'huile de paraffine comme laxatif**, insiste sur les caractères que doit présenter une bonne huile de paraffine : elle doit être claire, limpide, sans saveur, sans odeur, exempte de tout relent pétrolifère; elle doit donner au toucher la sensation d'une viscosité très nette.

M. Jaworski présente une communication très importante et très intéressante sur la **Régénération de l'organisme humain par le sang.** Le sang d'un organisme jeune en pleine activité de ses forces biologiques, peut donner à un organisme

vieux toutes ses substances activantes. Des observations animales, accompagnées de photographies (jument et chèvre) montrent que les animaux ont réellement rajeuni par les injections de sang. L'auteur cite un certain nombre d'observations humaines (il faut savoir choisir le donneur de sang pour avoir un bon mariage des sangs) où les résultats sont tout à fait satisfaisants.

M. Boissier lit un travail sur le diagnostic différenciel des stomatites érythémateuses.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE STATUT DES OFFICIERS DE RÉSERVE

PARTICULARITÉS CONCERNANT LES MÉDECINS

La Chambre des députés a voté avant de se séparer la loi sur l'organisation des cadres des réserves, qui constitue le statut des officiers de réserve.

Cette loi, qui n'a pas encore été soumise au Sénat, a été préparée à l'état-major de l'armée puis mise au point avec le concours d'une Commission consultative dans laquelle figurait un médecin-major de réserve.

D'une manière générale, a dit le colonel d'Harcourt, rapporteur, l'identification entre les officiers de réserve et les officiers de l'armée active est aussi complète que possible. Le statut des officiers de réserve sera l'image fidèle de celui des officiers de l'armée active. La seule différence résultant de celle qui est à la base même de la situation particulière des officiers de réserve, est caractérisée par leur présence éphémère sous les drapeaux en temps de paix, présence que l'on appelle d'un nom nouveau : la *situation d'activité*.

Leur état d'officier sera nettement fixé par cette loi.

L'expression « officiers de complément » disparaît définitivement.

De même, il n'y aura plus d'officiers de première ou de deuxième réserve, catégories que l'on a désignées pendant quelque temps par les expressions de « réserve active » et de « réserve territoriale ».

Il n'y aura que des officiers de réserve. Plus d'assimilés des services.....

La possession du grade est garantie par des règles précises. Les positions de l'officier de réserve sont nettement définies. Il y en a quatre, calquées sur les positions de l'officier de l'armée active.

L'officier de réserve pourra être dans les cadres — c'est la position normale de l'officier de réserve — quand il appartiendra à une formation mobilisée quelconque, régiment ou état-major. Il pourra être hors cadres lorsqu'il sera chargé d'une mission spéciale ou d'un emploi quelconque. Il pourra être en non-disponibilité, position à peu près analogue à celle de la non-activité des officiers de l'armée active. Enfin, il pourra être officier honoraire.

Des règles très précises fixent l'avancement.

L'avancement a lieu au choix, sauf pour les sous-lieutenants promus au grade de lieutenant. Les officiers de réserve peuvent accéder à tous les grades, jusques et y compris celui de lieutenant-colonel; celui de colonel n'est accessible que dans des cas particuliers pour des services exceptionnels.

Les périodes exigées pour certains franchissements de grades sont légèrement réduites.

De même, des règles précises déterminent les conditions d'avancement dans l'ordre de la Légion d'honneur. En temps de guerre, tous les grades de la hiérarchie et tous ceux de la Légion d'honneur sans aucune exception sont accessibles aux officiers de réserve.

Enfin, au point de vue de l'avancement, la situation d'activité compte double pour la fixation de l'ancienneté des officiers de réserve entre eux.

En ce qui concerne la solde et les indemnités, l'identification est encore complète en situation d'activité, c'est-à-dire lorsque l'officier est présent sous les drapeaux.

Enfin, des stages de longue durée seront autorisés dans certaines conditions. Ces stages pourront être d'une durée variable d'un an à huit ans.

La principale innovation de ce projet consiste dans la création du cadre dit des *assimilés spéciaux*, créé pour l'encadrement des corps spéciaux, et aussi des affectés spéciaux, prévus par l'article 52 de la loi de recrutement pour les nécessités de la mobilisation générale du pays, mobilisation économique, industrielle et agricole.

Ce cadre est tout à fait indépendant de celui des officiers de réserve. C'est un cadre parallèle, pour ainsi dire.

Un officier peut posséder, par exemple, un grade de lieutenant ou de capitaine dans la réserve et être nommé éventuellement dans ce cadre spécial à un grade qui devra seulement ne pas être inférieur à son grade d'officier du cadre de réserve.

C'est un grade né de l'emploi qu'occupe une personnalité dans la vie civile et qui disparaît avec cet emploi ; mais l'emploi civil qui peut motiver une nomination dans le cadre des assimilés spéciaux, ne crée aucun droit, autrement dit aucune fonction civile ne peut permettre à un officier de réserve, quelle que soit sa classe, d'échapper à une affectation dans une unité combattante.

« ... Un exemple : Voici un savant chimiste, il est dégagé de toute obligation militaire, il pourra devenir « conseiller technique ». Et s'il lui est arrivé d'être récupéré par une mesure légale quelconque, analogue à celles qui ont été prises durant la guerre, il ne risquera plus d'aller balayer une salle d'hôpital. »

La loi définit enfin le droit au commandement à égalité de grade.

L'officier de réserve ne sera plus, comme autrefois, subordonné, quelle que soit son ancienneté, à l'officier de l'armée active. On tiendra compte pour la fixation du droit de commandement du temps passé *en situation d'activité.*

Sans entrer dans tous les détails de la loi, indiquons en terminant quelques points qui intéressent les médecins.

Recrutement des officiers de réserve :

« Art. 5. — Les officiers de réserve se recrutent :

« 1° Parmi les officiers de l'armée active retraités ou démissionnaires, les premiers recevant dans le cadre des officiers de réserve un grade au moins égal à celui qu'ils détenaient dans l'armée active, les seconds devant être admis par décret au même bénéfice ;

« 2° Parmi les militaires accomplissant leur service actif et satisfaisant aux conditions de la loi de recrutement.

« 3° Parmi les sous-officiers de la première ou de la deuxième réserve ayant servi comme sous-officiers dans l'armée active et comptant cinq ans de service actif, y compris leurs périodes d'instruction obligatoires ou volontaires.

« 4° Parmi les sous-officiers ayant obtenu, soit à l'expiration du service actif, soit au cours d'une période d'instruction volontaire ou obligatoire, le certificat de « chef de section ou de peloton ».

« 5° En temps de guerre seulement, parmi les sous-officiers de la première ou de la deuxième réserve, dans les conditions identiques à celles imposées, dans les mêmes circonstances, aux sous-officiers de l'armée active pour être nommés officiers.

« 6° *En outre*, et :

« ... *b*. En ce qui concerne le Service de santé et le Service vétérinaire, parmi les docteurs en médecine, les dentistes diplômés, les pharmaciens et les vétérinaires exemptés ou réformés reconnus ultérieurement aptes au service dans la réserve dans les conditions qui seront fixées par des instructions ministérielles. »

QUELQUES PRÉCISIONS

Sur une question du docteur Amédée Peyroux, M. le général Ragueneau, *premier sous-chef de l'état-major général, commissaire du gouvernement*, a donné les précisions qui suivent :

« L'article 37 de la loi de recrutement prévoit le recrutement des étudiants en médecine, pharmacie, art dentaire, des élèves des écoles vétérinaires, et contient les prescriptions relatives aux jeunes gens appelés sous les drapeaux pour le service actif.

« Les médecins ayant quitté le service actif avant d'être nommés docteurs en médecine peuvent accéder ultérieurement au grade d'officier. C'est le cas prévu par l'article 39 de la loi de recrutement. Ils peuvent, en outre, entrer dans

les catégories visées au paragraphe 3 de l'article 5, parmi les sous-officiers de la première ou de la deuxième réserve ayant servi comme sous-officiers dans l'armée active et comptant cinq ans de service actif, ou au paragraphe 4 du même article, parmi les sous-officiers ayant obtenu, soit à l'expiration du service actif, soit au cours d'une période d'instruction volontaire ou obligatoire, le certificat d'aptitude au grade d'officier.

« Enfin, pour les médecins de haute valeur qui n'auraient pas pu acquérir régulièrement un grade d'officier au cours de leur service actif ou pendant leurs périodes de réserve, l'article 24 prévoit qu'à titre exceptionnel, afin de permettre l'utilisation en temps de guerre des éminents services qu'ils sont capables de rendre, ils peuvent recevoir à titre de « conseillers techniques » un grade dans la réserve ou l'assimilation spéciale, « en rapport avec la nature des missions qui peuvent leur être confiées. »

M. Amédée Peyroux. « Vous signalez les professeurs de Faculté.. C'est une exception. Mais qu'allez-vous faire de tous les médecins, de tous les pharmaciens ayant accompli leur service militaire et qui, au cours de ce service, n'ont pas été nommés officiers de réserve?

Vous ne m'avez pas répondu sur ce point. »

M. le Commissaire du gouvernement. « Le cas est prévu à l'article 5 :

« 3° Parmi les sous-officiers de la première ou de la deuxième réserve ayant servi comme sous-officiers dans l'armée active et comptant cinq ans de service actif, y compris leurs périodes d'instruction obligatoires ou volontaires.

« 4° Parmi les sous-officiers ayant obtenu, soit à l'expiration du service actif, soit au cours d'une période d'instruction volontaire ou obligatoire, le certificat de chef de section ou de peloton. »

Les médecins auxquels vous faites allusion, qui ont obtenu le grade de docteur en médecine, après leur service militaire, n'ont qu'à accomplir une période; ils rentrent ainsi dans l'une ou l'autre de ces catégories et peuvent accéder au grade d'officier. »

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

LIVRES NOUVEAUX

Les Cercles vicieux en pathologie (1), par Jamieson B. Hurry. Traduit, sur la troisième édition anglaise, revue et augmentée, par C. Flandin et F. Françon.

Qu'est-ce qu'un cercle vicieux, en pathologie? C'est, selon la définition de Murray, « comme un processus morbide consistant dans la perpétuation et l'aggravation réciproque d'un désordre par un autre désordre ». C'est la réaction d'un désordre sur sa cause, telle que celle-ci devient l'effet et que l'effet devient la cause.

Les cercles vicieux jouent un grand rôle en pathologie. Ils sont responsables de la perpétuation et de l'aggravation de processus morbides comme de destructions d'organes. Impossible de comprendre, sans eux, les multiples problèmes d'évolution, de pronostic et de traitement que pose, à chaque instant, la clinique.

Et pourtant, ils n'ont jusqu'ici attiré que peu l'attention. Aucun Traité de médecine ne leur consacre de chapitre spécial; aucun manuel de thérapeutique ne guide le praticien pour découvrir le *locus minoris resistentiae* pour que la *natura medicatrix* puisse reprendre tout de suite son influence bienfaisante en supprimant la gyration du cercle vicieux.

C'est à l'étude méthodique de cette passionnante question que s'est adonné M. Hurry. Il étudie successivement les cercles vicieux des différents systèmes : nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, urinaire, génital; des états thyroïdiens; des maladies constitutionnelles; des organes des sens; de la peau. Il n'oublie pas, non plus, de rappeler, en quelques pages, les notions relatives aux cercles vicieux en pathologie vétérinaire et végétale. Il se termine par une série de chapitres relatifs à la rupture de ces cercles vicieux, que cette rupture soit spontanée, ou qu'elle résulte de mesures hygiéniques, de traitements médicamenteux ou d'opérations chirurgicales.

De nombreuses figures illustrent cet intéressant ouvrage, dont MM. Flandin et Françon nous donnent une fidèle traduction, et que la librairie Maloine a édité avec son soin habituel. L. BABONNEIX.

Un danger social, la constipation (1), par le docteur L. Chauvois.

M. Burlureaux a naguère écrit un livre sur la « purgation, danger social » ; M. Chauvois écrit à son tour : « Un danger social, la constipation ». Ils ont raison tous les deux. La constipation prolongée peut amener des accidents aussi sérieux que l'irritation produite par des purgations répétées et, en fin de compte, il y a une juste mesure que le présent livre nous fait connaître. La constipation étant une source de maux doit être prévenue et combattue par des habitudes régulières, imposées dès l'enfance, et, en dehors d'une cause locale incidente, par des mesures d'hygiène générale et diététiques que l'auteur expose en détail. Il repousse avec raison l'emploi des purgatifs, lavements et suppositoires qui, souvent ne font qu'aggraver la situation. Un dernier chapitre est consacré à l'intervention chirurgicale dans les cas de stase intestinale chronique rebelle au traitement médical. Ce livre est destiné surtout au public, mais les médecins y trouveront assurément aussi l'occasion de s'instruire au bénéfice de leurs clients, dont bon nombre, surtout parmi les femmes, souffrent de constipation. J. LAUMONIER.

Endoscopie opératoire des voies urinaires (2), par Papin.

Comme le dit l'auteur dans son introduction, il s'agit d'un court manuel sur les interventions endoscopiques. Mais, dans ces 107 pages le lecteur trouvera le plan et les principales lignes d'un ouvrage plus complet.

Papin décrit la table cystoscopique, éminemment pratique et les trois modèles de cystoscopes qu'il a fait construire par Drapier. Il utilise les courants de haute fréquence pour l'endoscopie thérapeutique de l'urètre postérieur et se sert, à cet effet, de l'urétrocystoscope de Mac Carthy : de ce fait se trouvent supprimés, avec avantage, les applications directes de caustiques, les cautérisations au galvano-cautère et le curettage.

Nous signalons le chapitre qui traite des « polypes » de l'urètre postérieur; le traitement des suites opératoires incomplètes de la prostatectomie sus-pubienne et de l'atrophie de la prostate par prostatite chronique. Les opérations endo-vésicales, le traitement endoscopique des tumeurs vésicales, des calculs urétéraux, etc. y sont largement exposés.

La moitié des planches en couleurs a été dessinée par Papin; les autres sont dues à Frantz.

Ce petit volume rendra de précieux services aux spécialistes et aux médecins qui veulent s'instruire.

DE BERNE-LAGARDE.

(1) In-8 de 354 pages. — Paris, Maloine et fils.

(1) Un vol. in-16. — Prix : 5 fr. — Paris 1923, Maloine.
(2) Un vol. 107 p., 85 fig., 8 pl. en coul. — Paris 1923, Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE

Définition. — L'angine de poitrine est un syndrome clinique caractérisé par :

1° Une douleur rétrosternale à caractère constrictif et irradiations dans le cou et bras gauche;

2° Une sensation d'angoisse et de mort imminente.

On a décrit des vraies angines qui tuent et des fausses angines dont on guérit. Cette division est arbitraire et fausse.

Par contre, il y a lieu de distinguer avec Vaquez l'angine d'effort qui débute après un effort et cesse dès que l'effort a été suspendu; ainsi que l'angine de décubitus qui éclate la nuit, au repos et ne cesse qu'à la longue. Mais il n'est pas rare de voir des malades chez lesquels les deux modalités sont associées; par ailleurs, tous les intermédiaires s'observent en clinique.

Historique. — En 1768, dans une lettre adressée à Larry, le docteur Rougnon (de Besançon) parle d'un capitaine de cavalerie mort inopinément au cours d'une crise douloureuse rétrosternale.

A la même époque, Heberden rapporta un cas analogue. Depuis ont paru les observations de Wall, Healt (« asthme spasmodique »), Baumez (« sternalgie »).

A la fin du XIXe siècle, on discute surtout la pathogénie du syndrome. L'opinion du jour est celle de Potain et Huchard : la vraie angine est une angine coronarienne.

La notion d'angine de décubitus est de date plus récente. Elle a été développée par Fraentzel, Lauder Brunton, Merklen, Vaquez.

Symptômes. — Il faut rappeler deux descriptions classiques : « Un malade bien portant, il y a quelques secondes, éprouve tout à coup, quelquefois à la suite d'une émotion, le plus souvent sous l'influence d'un simple effort, d'une marche rapide en montant et contre le vent, une douleur violente qu'il accuse dans la région du cœur, ordinairement sous le sternum et qu'il compare à un étau, à des griffes de fer, une constriction énorme de la poitrine. Il s'arrête sous le poids de cette vive souffrance, qu'accompagnent fréquemment une sensation d'angoisse indicible, un sentiment de péril imminent et de fin prochaine. Immobilisé par l'inquiétude et la douleur, il attend et en quelques minutes l'orage passe, la douleur angoissante a disparu; mais l'accès terminé laisse presque toujours dans le souvenir une inoubliable impression. » (Huchard.)

D'autres fois c'est « la nuit que l'accès éclate pour la première fois sans que rien l'ait annoncé. Dans les premières heures de son sommeil le malade est réveillé par une douleur dans la région thoracique qui atteint presque immédiatement son maximum... L'intensité de la crise est variable, mais très souvent elle est effrayante, tant sont pénibles l'impression de broiement, d'écrasement thoracique provoquée par la douleur et l'acuité des irradiations à distance. Le malade assis immobile dans son lit, est pâle et anxieux; des sueurs perlent sur son visage, son pouls est petit et rapide, et il reste ainsi pendant des heures, attendant la mort qu'il sent prochaine, si les accidents ne s'amendent pas » (Vaquez).

Analysons de plus près chaque symptôme.

Nous venons de voir que la cause de l'accès est variable. C'est tantôt l'effort, la montée contre le vent après le repas surtout. D'autres fois c'est un acte physiologique. La digestion est une cause fréquente, ainsi que l'émotion. L'accès éclate enfin la nuit au repos le plus complet.

La douleur en est le signe principal. Elle est comparée par le malade à une « griffe de fer » qui enserre le cœur, un étau qui étreint la poitrine, (ἄγχω j'étrangle), une sensation d'écrasement par un poids (« sténo » cardie). Elle est presque toujours *constrictive*.

Elle siège derrière la partie supérieure du sternum. Rarement localisée, elle irradie transversalement « en barre » dans les espaces intercostaux voisins. Il n'est pas rare qu'elle se propage dans le dos — douleur transfixiante — et plus souvent encore à la base de la poitrine, d'où sensation d'étau.

D'autres fois elle déborde dans le domaine du plexus brachial et cervical, d'où douleur à l'épaule, bracelet enserrant le coude ou le poignet, douleur dans l'annulaire et le petit doigt, toujours dans le membre supérieur gauche.

La douleur monte au cou, d'où sensation d'étranglement, de raideur de la mâchoire, de sensibilité à l'oreille.

Telles sont les irradiations habituelles. Plus rarement le membre supérieur droit, l'épigastre, les membres inférieurs, les testicules sont intéressés.

A la douleur s'ajoute un autre élément qui lui confère un caractère particulier : l'ANGOISSE.

Parfois l'angoisse prédomine. C'est une sensation de mort imminente, de fin prochaine.

L'angoisse est la répercussion mentale de la douleur. Elle est propre aux douleurs viscérales qui, suivant Bichat, sont « profondes et spéciales ».

Tels sont les signes majeurs de l'angine de poitrine. Ils peuvent s'accompagner de :

Troubles moteurs. — Le bras est lourd, engourdi, immobile.

Troubles vasomoteurs. — Outre la sensation purement subjective de gonflement de la main qu'accusent les malades, il importe d'insister sur la pâleur de la face et des membres supérieurs, siège d'une véritable asphyxie locale des extrémités. Les troubles vasomoteurs plus ou moins diffus annoncent souvent et accompagnent la crise dans la « forme vasomotrice » décrite par Nothnagel.

Examen du malade. — Le facies pâle, les yeux fixes, le front couvert de sueurs, le patient se fige dans une attitude toujours la même pour le même malade. Il reste généralement assis, la main droite sur le sternum ou sous le bras gauche, qu'elle soulève.

Surpris dans la rue, le malade s'arrête devant une vitrine (« les boutiquiers » de Vaquez).

Fait capital observé déjà par les anciens : pendant que se joue ce drame fonctionnel et que le malade se sent frôlé par la mort, le « cœur paraît assister impassible à la violente douleur dont il est le siège ».

Le pouls est calme et régulier, la pression en général ne varie guère.

Ajoutons, enfin, qu'il n'y a PAS DE DYSPNÉE dans l'angine de poitrine.

Durée de l'accès. — En général bref, l'accès ne dure que quelques secondes ou quelques minutes, tout au moins au début des crises.

Terminaison de la crise. — C'est progressivement que la douleur cesse; puis l'engourdissement du bras.

L'organisme comme affranchi du terrible cauchemar subit une véritable détente marquée souvent par des phénomènes critiques : *éructations, baillements, mictions, gaz intestinaux, hoquet*, — tous signes dont Huchard a fait à tort l'apanage d'angine névropathique.

D'autres fois l'angine se termine brutalement par la mort, et c'est la première et unique crise qui tue.

Évolution du syndrome. — Variable.

En général les crises deviennent de plus en plus fréquentes, elles éclatent tous les mois, toutes les semaines, tous les jours.

Elles subissent des poussées, et tel malade en proie à des soucis, des ennuis, à l'occasion d'une affection intercurrente aura des crises plusieurs fois par jour à l'occasion de causes souvent insignifiantes. Tout lui est prétexte de crise : le fait de remuer les bras, un courant d'air, une visite inopinée, une ablution à l'eau froide. Un véritable « mal angineux » peut se voir. Puis le calme renaît et parfois des mois se passent sans crise.

A une phase avancée de la maladie les accès éclatent spontanément la nuit et cette angine de décubitus tardive comporte un pronostic encore plus sombre que l'angine dite d'effort.

Fin de l'angineux. — Il meurt souvent subitement (mort subite).

D'autres fois c'est l'angine qui commence et c'est une crise d'œdème aigu qui achève le malade (mort rapide).

D'autres fois encore il meurt comme un grand asystolique (mort lente). *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux attire à nouveau et très justement l'attention sur la situation des externes malades.

On sait que l'Assistance publique ne donne aux externes des hôpitaux qu'une indemnité quotidienne dérisoire. Encore trouve-t-elle que c'est trop. Elle retient, en effet, leurs quatre francs quotidiens aux externes que la maladie éloigne momentanément de l'hôpital. Cette mesure, peu généreuse, se justifie encore par un souci d'économie. Elle devient odieuse lorsque les jeunes médecins qu'elle frappe ont contracté leur maladie au chevet des malades. Un médecin qui contracte dans son service une typhoïde, une scarlatine dont il peut mourir est victime d'un accident professionnel, et les assurances indemnisent l'accidenté du travail ordinaire de son manque à gagner. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de la plus exposée des professions ?

En attendant le système d'assurance recommandé par le Conseil supérieur de l'hygiène publique et promis depuis bien longtemps au personnel médical des hôpitaux par M. Mourier, celui-ci pourrait éviter la mesquinerie de supprimer à ses externes une indemnité — pourtant bien légère à son budget — sous de falots prétextes administratifs.

— *Secours d'études.* — Le Conseil municipal de Paris, conformément aux conclusions d'un rapport de M. Grangier au nom de la 5e Commission, vient de décider d'accorder à vingt-six externes des hôpitaux des secours d'études dont le total s'élève à 22.600 francs.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour deux places d'électroradiologiste adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Jean Huguet et André Astier.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par arrêté du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. Rivet (Gustave), ancien vice-président du Sénat, est nommé directeur administratif de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. Raoul Strauss, non installé.

MARINE. — M. le médecin général de 1re classe Bellot, inspecteur général du Service de santé de la marine, a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé.

— M. le médecin général de 1re classe Girard a été désigné pour remplir les fonctions d'inspecteur général du Service de santé, à compter du 26 avril 1924, en remplacement de M. le médecin général de 1re classe Bellot, placé dans la 2e section (réserve).

— PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Par décision ministérielle en date du 16 avril 1924 et conformément à l'avis exprimé par le Conseil supérieur de santé, le prix de médecine navale, pour l'année 1924, a été attribué, ex æquo :

A M. le médecin en chef de 2e classe Oudard et à M. le médecin de 1re classe Jean, pour leur travail en collaboration intitulé : *Hydarthroses et hémarthroses. Contribution à l'étude séméiologique du genou.*

Et à M. le médecin de 1re classe Hamet, pour son manuscrit sur *L'Ecole de chirurgie de la marine à Brest* (1740-1798).

D'autre part, il a été accordé, à cette occasion, un témoignage officiel de satisfaction, avec inscription au calepin, à M. le pharmacien chimiste en chef de 2e classe Saint-Sernin, pour son mémoire ayant pour titre : *Pétrole et carburant national.*

MINISTÈRE DES PENSIONS. — COMMISSION CONSULTATIVE MÉDICALE. — Le *Journal officiel* du 19 avril publie un décret suivi d'une instruction concernant la Commission consultative médicale pour l'attribution des pensions.

SERVICES AÉRIENS ET SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Les officiers du Service de santé militaire et les hommes de troupe des sections d'infirmiers militaires pourront à l'avenir, s'ils sont volontaires, être appelés à exécuter des services aériens commandés, soit pour convoyer des blessés ou malades évacués par avions sanitaires ou apporter aux blessés

ou malades des secours urgents, soit pour effectuer à bord d'aéronefs des recherches scientifiques d'ordre médical.

Sont qualifiés à l'égard de ce personnel « services aériens commandés », les ascensions exécutées à bord d'aéronefs en vertu d'ordres émanant :

a. Du ministre en ce qui concerne les recherches scientifiques ;

b. Des directeurs régionaux du Service de santé militaire, ou, en cas d'urgence, des médecins chefs de formations ayant reçu délégation des directeurs dans tous les cas où il s'agira de soins à assurer à des blessés ou malades.

Ces exercices devront toujours avoir un but militaire ou présenter un intérêt technique net.

Les services aériens commandés, exécutés par les personnels du Service de santé ouvriront à ceux-ci des droits :

1° A l'indemnité journalière de service aéronautique prévue par le décret du 11 janvier 1913 (modifié par les décrets du 21 août 1921, du 4 mai 1922);

2° Aux bonifications de durée de services prévues par le décret du 28 juillet 1920.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — INFIRMIÈRES PROFESSIONNELLES. — Le *Journal officiel* du 19 avril publie un arrêté relatif à la délivrance du diplôme d'État à des infirmières professionnelles. Ces diplômes ont été délivrés à 561 infirmières hospitalières possédant un diplôme d'écoles d'infirmières hospitalières.

— Le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré, en outre, à 569 infirmières en fonction dans des établissements hospitaliers à caractère permanent.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE. — Les quatre conférenciers annoncés à l'occasion des Journées médicales de Toulouse du 10 au 13 juillet sont :

MM. Beckers, secrétaire général des Journées médicales de Bruxelles; Bellencontre, président de l'Association des médecins de France ; Gley, professeur au Collège de France; Vincent, médecin inspecteur général, professeur au Val-de-Grâce.

HOMMAGE A M. STRAUSS. — Les anciens collaborateurs et les amis de M. Paul Strauss, désireux de lui témoigner leur reconnaissance pour son dévouement à la cause de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, ont décidé de lui offrir une médaille commémorative.

Le président du Comité est M. le docteur Emile Roux, et le secrétaire M. Gabriel Cros Mayrevieille.

Les souscriptions sont reçues à la librairie Masson.

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR TOURNEUX. — La Faculté de médecine de Toulouse sur l'initiative du doyen M. le professeur Abelous, et de M. le professeur Argaud se propose d'élever un monument à la mémoire du professeur Tourneux qui professa l'histologie et l'embryologie à Toulouse pendant plus de trente ans.

Les souscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, allées Saint-Michel à Toulouse.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le banquet du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le mardi 6 mai 1924, sous la présidence du docteur J. Noir, à l'hôtel Lutétia, à 8 heures du soir.

Le banquet sera suivi d'une soirée artistique.

S'inscrire au bureau du Syndicat, 28, rue Serpente.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES. — Le secrétaire général de l'Association nous communique l'ordre du jour suivant :

« Les membres de l'A. F. C. D., réunis en assemblée générale le 30 mars 1924, à la Faculté de médecine de Paris, persuadés plus que jamais de la nécessité d'un statut nouveau introduisant le doctorat en médecine obligatoire pour l'exercice de l'art dentaire en France, repoussent toute idée devant aboutir au doctorat en chirurgie dentaire ; après avoir entendu les allocutions et rapports exposant l'œuvre poursuivie, les résultats obtenus et les projets conçus, s'en tiennent à leur déclaration de principes et font confiance à leur Conseil d'administration pour continuer avec énergie les efforts entamés pour atteindre ce but. »

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en dix leçons, par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 28 avril 1924, à 2 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 150 francs. — Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

— **CONFÉRENCES DE BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE AVEC TRAVAUX PRATIQUES.** — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques, en seize leçons), par M. le docteur Georges Faroy, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, assisté de M. Dubois-Roquebert, chef de laboratoire adjoint, commencera le mercredi 30 avril 1924, à 2 heures, et continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Trente élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 150 francs.

COURS POUR LE PERSONNEL AUXILIAIRE DES STATIONS THERMALES. — La Faculté de médecine de l'Université de Nancy a organisé de nouveaux enseignements techniques destinés à doter les stations hydrominérales et climatiques de médecins et d'assistants divers préparés à leurs fonctions, ainsi que le prescrit l'article 19 de la loi du 24 septembre 1919.

Ces nouveaux enseignements ont été institués d'accord avec l'Institut d'hydrologie du Collège de France qui les a subventionnés. L'enseignement destiné aux futurs médecins a été inauguré il y a plusieurs semaines.

Un enseignement destiné au personnel auxiliaire des stations thermales et climatiques (masseurs, doucheurs et baigneurs des deux sexes) sera donné au début du mois de mai. Cet enseignement sera à la fois théorique et pratique; les leçons et démonstrations seront groupées de façon à ne retenir les élèves à Nancy que peu de jours. L'inscription sera gratuite, un certificat sanctionnera l'assiduité.

Le programme et les conditions exigées des candidats leur seront envoyés sur demande adressée à M. le professeur agrégé Perrin, au laboratoire d'hydrologie de la Faculté, 30, rue Lionnois, à Nancy.

LES VACANCES DU MÉDECIN. — La Société des Eaux d'Evian nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à nouveau cette année à MM. les médecins et à leur famille des conditions tout amicales au *Splendide Hôtel d'Evian* du 1er mai au 10 juin et à l'*Ermitage* d'Evian du 15 mai au 15 juin. Il en sera de même au *Grand Hôtel du Parc à Thonon* du 1er juin au 30 juin. Mêmes conditions dans ces trois hôtels après le 15 septembre.

Tous les habitués d'Evian connaissent le confort et l'agrément du *Splendide* et de l'*Ermitage*. Quant au *Grand Hôtel du Parc* à Thonon — dont la Société des hôtels d'Evian s'est, on le sait, assuré la direction — son vaste parc et sa situation incomparable comme centre d'excursions en font un séjour idéal pour les familles. Ajoutons que des moyens de communication rapides sont organisés pour le relier avec l'Etablissement thermal et le casino d'Evian.

Bien vouloir écrire le plus tôt possible à l'administrateur délégué de la Société des Eaux d'Evian, 21, rue de Londres, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ph. Breckx (de Saint-Josse-ten-Noode, Belgique), Clément Chambeiron (de Pierrefeu), Maurizot (de Lyon), de Villebois-Mareuil, ancien député de la Mayenne, et J.-D. Wilson (de Marseille).

REVUE GÉNÉRALE

LES POLYNÉVRITES POSTSÉROTHÉRAPIQUES

Par M. Léon POLLET,
Interne des hôpitaux de Paris.

A côté de ses innombrables bienfaits, la sérothérapie peut parfois provoquer des accidents dont les modalités cliniques habituelles sont maintenant devenues classiques. Mais, comme l'ont rappelé il y a déjà longtemps MM. Vincent et Richet fils — il existe des formes anormales de maladie du sérum qui peuvent dérouter le clinicien — et parmi ces accidents — un des plus intéressants est la polynévrite post sérothérapique (1).

A vrai dire, c'est là une complication exceptionnelle. M. Lhermitte n'en rapportait ici même que cinq cas en 1919. Nous avons pu rassembler 25 observations de polynévrites consécutives à diverses sérothérapies et nous en indiquons plus loin les références bibliographiques.

Historique. — Les premiers cas publiés nous paraissent être ceux de Engelmann en 1897, de Grünberger en 1904, puis de Gangolphe et Gardère en 1908. Ces auteurs discutent d'ailleurs le rôle de la sérothérapie sans l'accuser formellement, les névrites étant apparues à la fin de tétanos guéris par le sérum. Puis viennent les cas de Thaon (1910), Cauchois, de Rouen (1912), Dyke (1918), les 3 cas de Lhermitte en 1919. Plus récentes sont les observations de Halipré et Goujard, de Etienne et Benech en 1920, de Weill-Hallé et Lévy, de Marchal en 1921, de Benech et Brenas, de Mason en 1922. Enfin plus fréquentes sont les publications en 1923 : cas de Mouriquand, Dechaume et Ravault; nouveau cas de Marchal; 3 cas de Sicard et Cantaloube; cas de Morichau-Beauchant, de Sézary et Dessaint.

Quatre de ces observations sont relatives à des troubles névritiques consécutifs à la sérothérapie antidiphtérique, au moins dans l'opinion de leurs auteurs (Weill-Hallé, Mouriquand, Sicard, et citation de Marchal dans son premier cas).

Mason signale des névrites optiques survenues après injections de sérum antipneumonique.

Etienne cite un cas de polynévrite après lavements de sérum de Marmorek au cours d'une entérite tuberculeuse.

Les 18 autres observations concernent les troubles névritiques consécutifs à la sérothérapie antitétanique, dont 6 seulement sont survenus après un tétanos confirmé, les autres ayant suivi des injections sériques préventives.

Nous verrons cependant que pour certains cas, l'interprétation pathogénique des auteurs est discutable.

Récemment M. Lhermitte a repris cette question en limitant d'ailleurs son étude aux troubles parétoamyotrophiques.

Mais après un rappel de ses observations personnelles, cet auteur a eu surtout en vue, comme il le dit lui-même, une analyse critique de quelques cas plus récents.

Nous nous proposons au contraire, de faire une étude synthétique d'ensemble de ces névrites qui peuvent être aussi bien sensitives ou sensorielles que motrices et nous résumerons seulement quelques observations passées sous silence en renvoyant pour les autres au travail de M. Lhermitte.

Étude clinique. — En mettant à part un cas de Morichau-Beauchant concernant une hémiplégie organique qu'il considère comme liée à la sérothérapie, il s'agit dans toutes ces observations d'altérations nerveuses de type périphérique, polynévrites ou radiculites.

Nous décrirons un type commun de névrite à prédominance motrice, et des types rares : polynévrite à prédominance sensitive ou même sensitive pure, névrite optique, névrite du pneumogastrique.

Type commun. — La paralysie motrice consécutive à la sérothérapie antitétanique, qui est de beaucoup la moins rare et que nous aurons surtout en vue dans notre étude peut s'observer dans deux conditions : Ou bien il s'agit de patients guéris d'un tétanos confirmé, grâce à la sérothérapie, ou bien, environ deux fois plus fréquemment, il s'agit de blessés, souvent légers, chez lesquels on a pratiqué préventivement une injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. Encore pourrait-on distinguer, au moins pour l'interprétation pathogénique, entre les sujets neufs et ceux qui ont déjà reçu antérieurement l'injection d'un sérum thérapeutique, de même nature ou non.

Que l'on ait affaire à l'une ou l'autre de ces deux éventualités, un fait est constant : l'apparition des phénomènes nerveux est tardive, nécessitant une véritable incubation.

Dans le premier cas, le début se fait ordinairement en pleine convalescence, dix à quinze jours après la disparition des contractures, et la cessation du traitement sérothérapique.

Quand il s'agit d'injections de sérum à titre purement préventif, les premiers troubles névritiques apparaissent de quatre à dix jours après l'injection, en moyenne le huitième jour.

Seul le cas de Cauchois a été d'une grande précocité, les signes apparaissant le lendemain de l'injection.

Encore faut-il noter que les troubles moteurs n'ont débuté que dans les délais habituels.

Le plus souvent, la complication nerveuse éclate au milieu d'un cortège d'accidents sériques banaux, survenus un jour ou deux auparavant : érythèmes divers, urticaire, œdèmes, arthralgies, état fébrile. Ces signes peuvent d'ailleurs être discrets et fugaces. Parfois, elle explose brusquement en pleine santé apparente, la légère excoriation et l'injection sérique qu'elle a nécessitée, étant déjà oubliées du malade.

Quoi qu'il en soit, le début de la névrite est marqué soudainement par des douleurs de siège et de caractères un peu variables. Elles occupent les territoires qui seront ultérieurement paralysés, donc comme nous le verrons, presque toujours l'épaule ou la totalité du membre supérieur d'un ou même des deux côtés, sans aucun rapport avec le siège du trauma qui a nécessité l'injection sérique, pas plus qu'avec celui de cette injection elle-même. Seul Dyke a incriminé la répétition des injections dans la même région (scapulo-humérale) comme une cause favorisant la complication nerveuse. Dans le cas d'Etienne et Benech qui concerne une névrite

(1) Le terme de « polynévrite », s'applique à l'inflammation même d'un seul tronc nerveux, quand la cause en est interne, générale et non externe, locale.

du sciatique poplité externe droit, les douleurs siégeaient naturellement au niveau de la jambe droite.

Ces douleurs sont ordinairement extrêmement vives, lancinantes, continues avec paroxysmes et les malades les comparent à des brûlures, à la sensation de vrilles.

Dans d'autres cas, il s'agit plutôt d'une gêne pénible (Benech et Brenas) ou même d'un simple engourdissement (Gangolphe et Gardère).

La paralysie motrice survient peu après le début de la douleur, de quelques heures, à un ou deux jours, exceptionnellement dix jours (deuxième cas Marchal).

Dans le seul cas de Cauchois, elle n'est apparue que douze jours plus tard, mais nous avons déjà noté que les phénomènes douloureux avaient été particulièrement précoces.

Ces paralysies apparaissent presque toujours brusquement, réalisant une impotence fonctionnelle subite.

Elles siègent très ordinairement au membre supérieur d'un côté, exceptionnellement des deux (1er cas Marchal).

Elles peuvent sembler massives, réalisant une monoplégie brachiale totale. Mais assez rapidement elles se localisent à certains groupes musculaires. Ou bien elles sont d'emblée nettement limitées à certains muscles.

Nous allons maintenant étudier les caractères propres aux diverses formes cliniques ainsi réalisées.

1. Troubles moteurs. — La paralysie siège presque toujours à la racine du membre supérieur, affectant plus ou moins le type radiculaire supérieur du plexus brachial. D'autres fois elle occupe tout ou partie du territoire musculaire d'un tronc nerveux du membre supérieur.

Nous n'avons trouvé, intéressant le membre inférieur, que le cas d'Etienne et Benech que nous résumerons plus loin après l'étude des paralysies du membre supérieur.

A. La forme habituelle de ces paralysies post-sérothérapiques est donc voisine de la paralysie du plexus brachial de type supérieur, Duchenne-Erb, qui intéresse les muscles innervés par les cinquième et sixième racines cervicales. Mais il nous faut insister tout de suite sur ce fait que ces muscles ne sont pas tous atteints, que les muscles pris le sont à des degrés très divers, en un mot qu'il y a paralysie dissociée du plexus brachial comme le dit Lhermitte.

Par ordre de fréquence sont paralysés :

Le *grand dentelé* dont le nerf émerge le premier et d'une façon à peu près fixe des racines supérieures du plexus brachial immédiatement en dehors des gouttières transverses, le sus et le sous-épineux, le deltoïde.

Puis viennent le biceps, le brachial antérieur, le grand dorsal, le rhomboïde.

Au contraire le long supinateur, le grand rond, le faisceau claviculaire du grand pectoral, le court supinateur restent souvent intacts.

Le tableau clinique sera donc variable avec l'étendue des paralysies.

Au minimum, on ne trouve que l'écart anormal de l'omoplate se séparant de la cage thoracique (scapulum alatum) surtout dans l'élévation horizontale des bras en avant (paralysie du grand dentelé).

Souvent en outre l'abduction est gênée, d'amplitude diminuée avec surélévation de l'épaule, par suite de la paralysie du deltoïde. Elle peut même être impossible quand les abducteurs auxiliaires (et surtout le sus-épineux) sont atteints. En outre la paralysie fréquente du sous-épineux restreint la rotation externe du bras qui n'est plus effectuée que par le petit rond. Le bras pend alors immobile, flasque, en adduction et rotation interne, collé contre le bras. Cette paralysie de l'abduction entraîne une gêne considérable pour le malade qui peut difficilement manger, s'habiller.

La propulsion du bras est diminuée, et surtout la rétropulsion si le grand rond est pris avec le grand dorsal.

Parfois enfin, la saillie du rhomboïde est diminuée quand on rapproche les omoplates l'une de l'autre.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est difficile quand le biceps et le brachial antérieur sont atteints, mais elle se fait quand même grâce surtout à leur suppléance par le long supinateur.

Dans la plupart des cas de paralysies plexuelles, l'extension de l'avant-bras, les mouvements du poignet et des doigts sont normaux.

Mais elles peuvent envahir d'autres muscles parfois d'innervation très distincte.

Lhermitte signale l'atteinte du triceps brachial.

Dans l'observation de Benech et Brenas on note : outre l'atteinte du grand dentelé, du deltoïde, des épineux et du biceps, l'impossibilité de l'extension et de la flexion des doigts, la gêne de l'adduction et d'opposition du pouce, avec aspect de main « de singe ».

Marchal dans un cas très étendu, signale la parésie bilatérale des crico-thyroïdiens constatée au laryngoscope; dans un autre cas, l'atteinte de la partie supérieure du trapèze.

On peut donc dire que ces radiculites sont à la fois dissociées et associées.

B. Dans une autre série de faits, les paralysies semblent occuper le territoire d'un seul nerf.

Dyke conclut, dans son cas, à une névrite du circonflexe, bien qu'il semble y avoir eu atteinte des muscles épineux en sus du deltoïde.

Gangolphe et Gardère parlent de névrite du cubital qui semble cependant n'avoir pas été seul intéressé.

Voici leur observation résumée :

« Tétanos grave traité et guéri par la sérothérapie (une injection de 5 centimètres cubes, 4 injections de 10 centimètres cubes). Le sujet entré en convalescence, ressent bientôt une sensation d'engourdissement dans le membre supérieur gauche qui apparaît parésié.

Pas de résistance à la flexion et à l'extension de l'avant-bras sur le bras. Paralysie de la flexion des doigts. En outre, abolition des réflexes de ce membre et anesthésie de l'avant-bras et de la main dans le domaine du cubital. Régression rapide; mais la flexion des quatrième et cinquième doigts reste difficile et il persiste une diminution de la force musculaire ainsi qu'une certaine hypoesthésie dans le domaine du cubital. »

Enfin et surtout, récemment Sicard et Cantaloube ont publié trois cas de paralysie radiale entièrement analogues, disent-ils, à ceux dus à une compression du nerf dans la gouttière de torsion. Mais Lhermitte fait remarquer que leur deuxième cas s'accompagnait de D. R. partielle du triceps, et surtout

du biceps, l'atteinte de ce dernier indiquant une atteinte du nerf musculo-cutané.

Dans tous les cas, il s'agit de paralysies flasques.

2. Troubles des réflexes. — Les réflexes tendineux et périostés correspondant aux racines ou aux nerfs intéressés sont d'ordinaire abolis ou diminués, en particulier les réflexes du territoire C_5 C_6 : bicipital, tricipital et stylo-radial. Mais il y a parfois des modifications inattendues des réflexes : Dans le premier cas de Marchal, tous les réflexes du membre supérieur étaient diminués sauf le cubito-pronateur. Dans son deuxième cas, à vrai dire, moins étendu, seul ce même réflexe cubito-pronateur était cette fois diminué.

Parfois, au contraire, les réflexes sont vifs du côté paralysé : il en était ainsi dans le premier cas de Lhermitte, dans celui de Goujard. Mais en tous cas, il existe presque toujours des troubles de la réflectivité.

3. Troubles sensitifs. — D'ordinaire, les douleurs qui ont précédé la paralysie cèdent peu à peu, mais elles peuvent persister plus d'un mois (Lhermitte).

La sensibilité objective est très souvent intacte. Marchal indique cependant une anesthésie aux trois modes, dans la région deltoïdienne et dans une zone arrondie à l'épine de l'omoplate, réunies par un pont d'hypoesthésie.

Cauchois signale seulement une petite zone anesthésique au pouce et à l'index.

Gangolphe et Gardère indique l'anesthésie du territoire du cubital.

Les sensibilités profondes sont intactes. Mais les muscles paralysés peuvent être douloureux à la pression (Marchal).

4. Évolution. — Elle est caractérisée par la précocité et la ténacité de l'amyotrophie et des troubles des réactions électriques.

L'amyotrophie est presque constante aux muscles paralysés, mais son degré varie avec chacun d'eux. Elle ne s'accompagne pas de contractions fibrillaires. Elle accentue le « scapulum alatum », creuse les fosses sus et sous-épineuses, aplatit le moignon de l'épaule. Plus rarement, elle se montre au biceps, au triceps, à l'avant-bras, au grand dorsal, au trapèze.

Les troubles des réactions électriques sont fréquents et variables.

On peut noter aux nerfs et aux muscles :

Hypoexcitabilité faradique et galvanique.

Inversion de la formule polaire et lenteur de la secousse à l'excitation galvanique des muscles, alors seule conservée (D. R. partielle).

Inexcitabilité totale (D. R. totale).

Les altérations quantitatives et qualitatives de l'excitabilité électrique s'associent diversement pour les divers muscles et même pour les faisceaux d'un seul muscle qui, tel le deltoïde, ont des actions physiologiques distinctes.

En général, l'amélioration plus ou moins rapide se produit, même spontanément. Mais la gêne motrice et surtout l'amyotrophie peuvent persister des mois et des années, surtout dans certains cas de D. R. totale.

Formes atypiques. — Avant de les passer en revue, nous résumerons l'observation d'Etienne et Benech, paralysie motrice se rapprochant du type précédent, mais qui en diffère par son siège exceptionnel au membre inférieur :

« Il s'agit d'un cas de tétanos confirmé guéri par un traitement sérothérapique intensif (1.340 centimètres cubes de sérum en neuf jours).

Plus de quinze jours après la guérison, sans aucune réaction sérique antérieure, apparut brusquement une douleur vive dans la jambe droite. suivie bientôt de paralysie légère au quadriceps crural, très marquée aux extenseurs du pied, amenant un pied ballant, en équinisme.

Il y avait abolition des réflexes rotulien et achilléen.

Les troubles sensitifs, outre la persistance de douleurs légères, se résumaient en hypoesthésie tactile de la moitié externe de la jambe et du dos du pied. Pas de douleur à la pression. Léger œdème de la partie inférieure de la jambe.

D. R. partielle dans le domaine du sciatique poplité externe.

L'électrothérapie amena une amélioration notable en un mois. »

Dans ce cas, nous notons encore l'atteinte simultanée de plusieurs nerfs, puisqu'il y avait parésie du quadriceps en même temps que paralysie des extenseurs des pieds, abolition du réflexe rotulien, coexistant avec celle de l'achilléen.

A côté de ces formes paréto-amyotrophiques, il existe d'autres altérations névritiques postsérothérapiques, sur lesquelles nous allons laisser parler leurs rapporteurs dont, à vrai dire, certaines observations sont assez peu précises.

Formes a prédominance sensitive et sensitives pures. — M. Etienne a observé, en 1910, un cas de polynévrite sensi-motrice généralisée qu'il résume ainsi : jeune fille de vingt-deux ans, atteinte d'entérite tuberculeuse traitée par des lavements au sérum de Marmorek. Elle présenta des réactions sériques, surtout marquées par des arthralgies, suivies bientôt de polynévrite généralisée avec douleurs multiples et amyotrophies.

M. Etienne pense qu'il ne peut s'agir que d'une polynévrite sérique et non de névrite tuberculeuse, car, d'une part, il y avait coexistence d'accidents sériqnes indiscutables et, d'autre part, l'entérite tuberculeuse était déjà très améliorée et ne tarda pas à guérir ainsi du reste que la polynévrite.

MM. Sézary et Dessaint rapportent également le cas suivant de névrite postsérothérapique :

« Une femme n'ayant jamais été injectée au sérum, reçoit 10 centimètres cubes de sérum antitétanique pour petites plaies des genoux par chute. Huit jours après, éruption sérique durant quatre à cinq jours, suivie de fourmillements des extrémités avec œdème fugace des membres inférieurs. Ces fourmillements s'accentuent pendant les mouvements, la marche et sont provoqués aux membres inférieurs par la manœuvre de Lasègue, aux membres supérieurs par l'extension de l'avant-bras sur le bras. Pas de troubles objectifs de la sensibilité sauf un peu d'hyperesthésie de la plante du pied droit. Pas de douleurs à la pression des muscles ni des nerfs. Pas de paralysies ni d'amyotrophies. Les réflexes sont normaux, à part l'abolition des achilléens et un signe d'Argyll unilatéral.

Mais la malade est syphilitique et ces troubles des réflexes semblent dus à un tabes fruste malgré un

liquide céphalo-rachidien normal et la négativité du Wassermann dans le sang depuis deux ans.

Les fourmillements qui duraient depuis un mois ont presque disparu, en onze jours, par la galvanisation. »

Malgré l'absence de toute douleur à la pression, les auteurs concluent à une polynévrite purement sensitive d'origine sérique, car, elle est apparue avec des accidents sériques, et on ne relève aucune autre cause possible : pas d'éthylisme, pas d'injections arsenicales depuis quatorze mois; enfin les manifestations douloureuses tabétiques ne s'exacerbent pas à la marche ni par l'élongation nerveuse.

Citons encore le cas d'Engelmann : Après un tétanos confirmé, guéri par la sérothérapie, survinrent des douleurs paroxystiques dans les quatre membres avec douleur à la pression des troncs nerveux. En outre, on observait dans les territoires lésés, une diminution nette des sensibilités tactile et thermique.

Le cas de Grünberger est analogue, mais en diffère par l'absence de troubles objectifs de la sensibilité : Après guérison d'un tétanos, apparition de douleurs spontanées dans le territoire du crural et du saphène interne gauches avec points électivement douloureux à la pression : inguinal, rotulien et malléolaire interne. La guérison totale survint en trois semaines.

Névrite optique. — Mason décrit ainsi son observation :

« Malade atteint de pneumonie, à qui on injecte, du troisième au sixième jour de sa maladie, 500 centimètres cubes de sérum antipneumococcique I par voie intraveineuse. Apyrexie le septième jour. Le patient semblait guéri, quand le onzième jour, survint une nouvelle élévation thermique, accompagnée d'urticaire et d'œdèmes. Pas d'albuminurie. Leucocytose sanguine. Bientôt le malade tomba dans un véritable état léthargique dont on le tirait avec peine.

Bien qu'il n'eût, alors, aucun trouble visuel, l'examen ophtalmoscopique montra un œdème papillaire avec hyperémie et élargissement des veines, et un œdème de toute la rétine.

La ponction lombaire révéla un liquide céphalo-rachidien hypertendu, hyperalbumineux, contenant quinze lymphocytes par millimètre cube, avec Wassermann négatif. Peu à peu, la névrite optique se caractérisa nettement avec quelques hémorragies rétiniennes.

Cette maladie du sérum avec fièvre et somnolence dura quinze jours. Le malade sortit guéri.

On le revit trois mois après. Aucune anomalie des champs visuels, pas de diminution de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmoscopique montra un fond d'œil à peu près normal; à peine un léger flou des contours de la papille. »

Mason attribue cette névrite optique à l'introduction dans l'organisme d'albumines étrangères agissant sur un système nerveux particulièrement sensible. Il ne peut s'agir, dit-il, de névrite infectieuse, d'ailleurs rare dans la pneumonie et qui provoque alors des troubles durables, ni de neuro-rétinite par altérations rénales qui étaient inexistantes dans ce cas. Mason a observé un autre cas analogue après sérum antipneumonique et un après méningite cérébro-spinale traitée par le sérum, ce dernier davantage sujet à discussion.

Névrite du « X ». — Il nous reste à citer, bien qu'elle s'éloigne un peu de notre sujet, une observation de MM. Weil-Hallé et Lévy intitulée : Troubles cardiaques sériques du « X ».

« Il s'agit d'un enfant de six mois atteint d'angine diphtérique légère, traitée et guérie par deux injections de sérum antidiphtérique, 50 centimètres cubes et 30 centimètres cubes. Cinq jours après la première injection, on constate une arythmie caractérisée par un silence prolongé suivant toutes les quatre ou cinq pulsations cardiaques, sans que l'auscultation révèle de bruits extrasystoliques pendant les silences. Le lendemain apparut un érythème avec urticaire et œdème, et l'arythmie diminua, puis disparut à mesure que progressait l'érythème. Enfin survinrent des arthralgies. Le premier bruit du cœur s'assourdit alors et les intermittences firent leur réapparition. La guérison totale se fit en treize jours. »

Les auteurs concluent qu'il ne peut s'agir de troubles cardiaques d'origine diphtérique, car on avait affaire à un cas léger et traité immédiatement, et d'autre part, l'arythmie apparut précocement et sans autres troubles cardiaques. On ne peut penser non plus à un rhumatisme articulaire aigu surajouté à début cardiaque, éventualité rare et dont les arthralgies consécutives sont moins éphémères. Il s'agit donc de troubles sériques — block simple — dû à une impressionnabilité spéciale du « X » et du faisceau neuro-musculaire de His. M. Lian croit qu'il y a, avant tout, dans ces cas, une hypervagotonie provoquée par choc hémoclasique à la suite de l'injection d'albumines étrangères.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1924)

Nouvelles observations sur les réflexes pupillaires. — M. J. Couvreux.

Utilisation en biologie de la méthode microcalorimétrique; exemple d'application. — MM. A. Tian et J. Cotte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1924)

Les rapports du zona et de la varicelle. — M. Netter rappelle la première communication qu'il a faite, en 1892, sur les relations possibles du zona avec la varicelle. A cette époque, beaucoup de médecins se refusaient à admettre ces relations. Depuis il a été publié un nombre considérable d'observations françaises qui prouvent la réalité de ce rapport entre les deux affections. En outre, une nouvelle preuve a été fournie, en 1920, par la méthode de réaction de Bordet et Gengou portant, pour la première fois, sur 5 observations.

M. Netter a pu réunir 86 observations françaises dont 44 furent recueillies à Paris et 42 en province. En voici quelques exemples. Un étudiant en médecine, atteint de zona, reçoit un de ses collègues qui, quinze jours après, présentait une varicelle. Une autre observation, fournie par un médecin, concerne le mari et la femme, le premier ayant été atteint de zona et la seconde, quelques jours après, ayant été prise de varicelle. Un enfant de quatre ans, atteint de varicelle, est envoyé chez sa tante qui fut, une douzaine de jours après,

atteinte de zona. Enfin, à Nanterre, au cours d'une épidémie de varicelle dans une école, plusieurs enfants furent atteints de zona.

Dans toutes ces différentes observations on note les détails essentiels. L'intervalle qui sépare les deux affections varie de six à dix jours, mais il est le plus souvent d'une quinzaine de jours. Les arguments fournis par ces observations suffisent à justifier les conclusions de M. Netter.

Mais il est encore une autre preuve tirée de la réaction de Bordet et Gengou, réaction positive à la fois chez les varicelleux et les malades atteints de zona. Cette réaction persiste pendant très longtemps, jusqu'à huit mois et même un an. Pratiquée chez des enfants venant d'avoir la varicelle ou un zona, elle s'est montrée également positive. Il y a donc là une nouvelle preuve.

M. Netter rappelle l'opinion soutenue par Landouzy sur la contagion du zona. Parmi le grand nombre de sujets qu'il a examinés, M. Netter serait tenté d'admettre qu'il existe un zona tuberculeux, un zona syphilitique, un zona d'origine érysipélateuse, d'origine arsenicale. Il a rencontré des zonas chez des syphilitiques soumis au traitement par l'arsénobenzol. Quand il y a des épidémies de varicelles, on observe généralement en même temps un plus grand nombre de zonas. Les examens biologiques ont montré qu'un grand nombre de zonas sont produits par le virus varicelleux.

Si on réunit toutes ces preuves on reconnaîtra le bien-fondé de la conclusion de M. Netter.

De la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec la génitalité. — M. Jacquemin a étudié quels pouvaient être les rapports de la tuberculose avec l'abondance des sécrétions génitales. Il a constaté que l'hypersécrétion, étant en rapport avec l'hypergénitalité, augmente la réceptivité de l'individu au bacille de Koch et que, au contraire, l'hyposécrétion augmenterait la résistance à la tuberculose.

Deux cas de pseudo-kystes pancréatiques spontanés. — MM. Brin et Denechau (d'Angers).

Courbes statistiques des paralysies générales. — MM. Marie et Kohen. La paralysie générale serait-elle en décroissance?

Les campagnes thérapeutiques contre la syphilis auraient-elles déjà une telle conséquence sur les séquelles neurotropes tardives et les nouvelles médications arsenicales et bismuthiques permettent-elles cet espoir?

Les statistiques générales des asiles de la Seine, des Etats-Unis d'Amérique et d'Argentine ne semblent hélas pas confirmer cette vue.

Ces statistiques montrent que, dans le département de la Seine, la proportion des paralytiques généraux rapportée au nombre total des entrées dans les asiles est de 12,33 p. 100 entre 1920 et 1923 contre 12,87 p. 100 entre 1909 et 1913.

Dans l'Etat de New-York, entre 1909 et 1922, la proportion de ces mêmes malades a oscillé entre 8 et 9 pour 100.000 habitants, alors qu'en Argentine les chiffres accusent même une légère augmentation au cours de ces dernières années.

D'ailleurs, ce n'est en moyenne qu'entre douze et quinze ans après l'accident primitif que la paralysie générale apparaît; attendons encore une dizaine d'années pour vérifier si le fléchissement des statistiques syphiligraphiques retentit sur celle des séquelles neurotropes.

Certains auteurs appréhendent même un résultat contraire, considérant le neurotropisme comme la rançon des traitements énergiques des syphilis dermotropes par les arsenobenzènes.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1924)

Psoriasis des ongles chez un enfant. — MM. J. Hallé et Decourt présentent un enfant de trois ans qui, depuis un an, présente des déformations des ongles. Après avoir éliminé l'onyxis syphilitique, le périonyxis streptococcique, les auteurs pensèrent au psoriasis, diagnostic confirmé par l'apparition d'éléments de psoriasis sur le corps. On note encore un arrêt de développement des canines coïncidant avec la poussée de psoriasis, et le fait que l'hérédité syphilitique est double chez le père et la mère. La lésion a été améliorée par la pommade à l'oxyde jaune de Hg, puis par une pommade à l'huile de cade.

M. Babonneix fait remarquer que l'enfant présente un peu de strabisme interne, signe important de syphilis pour Gaucher.

Atrophie optique d'origine hérédo-syphilitique. — M. L. Babonneix présente un enfant de dix ans, nettement hérédo-syphilitique, et qui présente, d'une part, une atrophie optique, de l'autre une hémiplégie spasmodique gauche. Il rappelle ensuite trois observations analogues et que l'on peut ainsi résumer : Obs. II. Atrophie optique postnévritique chez un nourrisson hérédo-syphilitique. Obs. III. Atrophie optique et exostoses chez un enfant hérédo-syphilitique. Obs. IV. Arriération mentale et état spasmodique, avec atrophie optique, chez un nourrisson dont père et grand-père paternel étaient des spécifiques avérés.

L'atrophie optique ne reconnaît donc pas pour seule cause, chez l'enfant, une tumeur cérébrale ou une méningite cérébro-spinale. Elle peut aussi être liée à l'hérédo-syphilis, probablement par l'intermédiaire d'une méningite de la base. Elle peut, dans certains cas, se compliquer d'autres symptômes, en rapport probable avec une lésion du tube : obésité, syndrome adiposo-génital, polyurie et même glycosurie. Elle est justiciable du traitement spécifique et, particulièrement, du bismuth.

Urticaire pigmentaire. — M. Jean Hallé présente un nourrisson qui présente sur tout le corps des macules bronzées qui se soulèvent en papules au moindre frottement, caractéristique de l'urticaire pigmentaire.

Diabète sucré infantile et insuline. — MM. Lereboullet, Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert présentent à nouveau la fillette qu'ils ont présentée il y a un an et traitée par des cures successives d'insuline. Elle est actuellement dans un état satisfaisant; le poids a repris; l'état général est excellent, la glycosurie réduite à zéro pendant les périodes où la cure d'insuline est instituée et l'amélioration a persisté partiellement pendant les périodes où la cure a été suspendue. Il s'agit donc d'un résultat thérapeutique qui se maintient satisfaisant depuis plus d'un an.

Luxation congénitale bilatérale des rotules. — M. Madier présente un enfant de dix ans qui présentait une luxation congénitale complète et irréductible des deux rotules, avec des troubles considérables de la marche, impossibilité de s'accroupir, de sauter, etc. M. Madier fit, il y a huit mois, l'opération suivante : désinsertion de tout l'appareil rotulien, aileron compris, qui est réinséré sur le côté interne du genou, tandis qu'un lambeau fibreux interne vient combler la brèche externe. Il fut nécessaire de creuser entre les condyles une nouvelle trochlée. Un mois après opération analogue du côté opposé. Résultat fonctionnel excellent.

Scoliose congénitale par malformation lombaire rare. — M. L. Lamy. La scoliose congénitale par malformation lombaire est fréquente et bien connue. Ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est, d'une part, l'énormité de la lésion osseuse, en opposition avec le peu de signes cliniques, et, d'autre part, la rareté même de la forme de la lésion. Il s'agit d'une fillette de quinze ans, petite, adressée à l'hospice des Enfants-Assistés pour douleurs des reins. Ces douleurs sont fugaces, ne se manifestent que par la fatigue (l'enfant travaille aux champs) et disparaissent par le repos. Scoliose dorso-lombaire droite avec déjètement en masse à droite de 4 à 5 centimètres. Pas de troubles moteurs. Réflexes normaux. Sensibilité normale. La radiographie de face montre douze vertèbres dorsales normales et douze paires de côtes. Mais il y a trois vertèbres lombaires nettes ; une dernière, un peu floue, repose sur le sacrum, et on trouve sur le côté gauche, au niveau des IVe et Ve lombaires, une masse osseuse qui semble correspondre à une vertèbre luxée en dehors et soutenue entre deux pédicules provenant des vertèbres sous et sus-jacentes. Les sacro-iliaques sont malformées et baillent de façon très exagérée. De profil, on voit en arrière, au niveau de l'apophyse

épineuse de la IIIe vertèbre lombaire, une masse qui ressemble absolument à un corps vertébrale et qui surplombe une autre masse verticale qui se détache en haut et en arrière du sacrum.

Occlusion intestinale mécanique précoce dans l'appendicite aiguë. — M. Madier rapporte l'histoire d'un enfant de dix ans qui fut pris d'accidents abdominaux consistant en douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement péri-ombilical de l'abdomen, crises paroxystiques avec dilatation des anses et bruits musicaux, sans contracture abdominale ni tuméfaction, et avec une température ne dépassant pas 38 degrés.

Le diagnostic porté fut celui d'occlusion sur la fin du grêle due probablement à une péritonite tuberculeuse fibro-adhésive, peut-être à une séquelle d'appendicite antérieure (amaigrissement depuis un an, plusieurs petites crises abdominales qualifiées « indigestion »).

La laparotomie médiane montre bien une occlusion mécanique sur la fin du grêle, par agglutination et coudure des dernières anses, mais la cause en était un abcès appendiculaire rétro-cæcal qui s'ouvrit au cours des manœuvres de décollement. Mort par péritonite.

L'auteur envisage les différentes modalités d'occlusion mécanique précoce dans l'appendicite et les difficultés cliniques et thérapeutiques qui en découlent.

Perforation intestinale typhique guérie spontanément. Occlusion intestinale consécutive. Opération. Guérison. — MM. Aviragnet, Madier et Niel rapportent l'observation d'une fille de quatorze ans entrée à l'hôpital des Enfants-Malades après trois semaines de maladie chez elle avec le diagnostic de réaction péritonéale d'origine probablement appendiculaire.

Passée le lendemain dans le service du docteur Aviragnet avec le diagnostic de fièvre typhoïde (confirmé quelques jours après par le séro-diagnostic positif au 1/200) elle y faisait une perforation avec chute thermique de 3 degrés, tendance au collapsus, réaction péritonéale de moyenne intensité. Au bout de trois semaines tout était rentré dans l'ordre et depuis huit jours la malade paraissait en pleine convalescence lorsqu'éclatèrent des accidents d'occlusion intestinale sur la partie terminale du grêle.

La laparotomie permit de constater que ces accidents étaient dus à l'étranglement de l'intestin par une corde épiploïque et à des accolements d'anse à anse, masquant plusieurs perforations sur les 40 ou 50 derniers centimètres du grêle. Guérison.

Le principal intérêt de cette observation réside dans la vérification opératoire des lésions de perforation et de leur processus de guérison.

La gravité de la mortalité de la rougeole dans les hôpitaux. — Question mise à l'ordre du jour de la Société :

Discussion. — MM. Robert Debré, Robert Broca et Bertrand communiquent la statistique du pavillon de la rougeole de l'hôpital Bretonneau.

Au cours de l'épidémie sévère de l'an dernier : 355 enfants ont été hospitalisés, 60 sont morts. Sur les 60 cas mortels, 50 concernent des enfants de moins de deux ans, 4 enfants avaient de deux à trois ans, 4 de trois à cinq ans, et 2 plus de cinq ans.

Les maladies associées (coqueluche, pleurésie, troubles digestifs graves, tuberculose même) ne jouent qu'un rôle accessoire dans la mortalité, des rougeoles malignes d'emblée n'ont causé que 4 morts, il y eut 2 morts à la suite d'otites compliquées et une à la suite d'abcès multiples. C'est la broncho-pneumonie qui est la cause de la mort, dans la grande majorité des cas : 47 fois sur 60.

Or, ces broncho-pneumonies ne paraissent pas dues, avant tout, à une contamination hospitalière, car dans 34 cas, la broncho-pneumonie existait dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Du reste, 18 enfants sont morts dans les trois jours qui ont suivi leur admission, 37 dans la première semaine.

La gravité de ces rougeoles est liée d'une part à la sévérité même de l'épidémie (virulence et diffusion du germe vont de pair), d'autre part aux fâcheuses conditions d'habitation, d'hygiène générale, aux soins insuffisants dont sont victimes, avant leur entrée, les nourrissons qui viennent mourir de rougeole à l'hôpital. Dans ces conditions, la prophylaxie de la rougeole du premier âge par l'emploi du sérum de convalescent prend toute son importance.

M. Lereboullet insiste sur l'état mourant de la plupart des rougeoleux à l'entrée à l'hôpital, sur l'étendue de l'épidémie de l'an dernier, d'où encombrement des services, ouverture de services temporaires mal installés d'où mortalité plus grande. Il faut cependant insister sur les bienfaits de l'isolement en boxes qui supprime la propagation des complications si le personnel est dressé. Il conviendrait d'adopter pour celui-ci le masque préconisé par M. Röhmer.

M. Lesné. La rougeole a été particulièrement meurtrière dans les hôpitaux d'enfants, en 1923, et la mortalité qui était en 1922 de 5,59 p. 100 est passée à 18,19 en 1923. A l'hôpital Trousseau, sur 485 entrants, nous avons eu 103 décès, soit 21 p. 100. A première vue, le taux élevé de cette mortalité peut surprendre, car tous les enfants sont boxés et soignés par un personnel expérimenté, observant toutes les règles de l'isolement. L'augmentation de la mortalité provient de ce que l'épidémie a été très étendue, qu'elle a coïncidé pendant plusieurs mois avec une épidémie de grippe; les enfants atteints de rougeole simple ont été soignés à domicile et seules les rougeoleux graves ont été hospitalisés, la plupart porteurs, à leur entrée, de broncho-pneumonie. Sur 103 décès, 68 portent sur des enfants entrés avec broncho-pneumonie et 62 sont décédés avant huit jours.

Enfin, 72 avaient moins de deux ans, or le jeune âge est un facteur considérable de la rougeole.

Un grand nombre de ces enfants, rachitiques ou débilités par des maladies antérieures ont été plus ou moins soignés chez eux au début de leur rougeole, dans des chambres mal aérées, mal éclairées, où couchaient des frères et sœurs également atteints. C'est dans ces taudis que la rougeole est devenue grave et s'est compliquée : tous les soins donnés ensuite à l'hôpital dans les nouveaux pavillons dont l'aménagement ne laisse rien à désirer, n'ont pu sauver qu'un très petit nombre de ces enfants irrémédiablement atteints.

M. Nobécourt pense aussi que l'épidémie de grippe qui a coïncidé, en 1923, avec celle de rougeole a aggravé considérablement celle-ci comme elle a augmenté la gravité des scarlatines en les compliquant de broncho-pneumonies.

Il faut étendre le boxage individuel à tous les services. Il ne devrait pas y avoir de salles de médecine générale pour les enfants, mais rien que des salles de douteux, c'est le seul moyen de supprimer les cas de contagion intrahospitalière.

M. Apert apporte la statistique de la rougeole aux Enfants-Malades en 1922 et 1923, en commun avec M. Aviragnet. Il insiste sur les deux caractères principaux de gravité de l'épidémie de 1923 : extensivité de l'épidémie, coïncidence avec une épidémie de grippe.

Il montre les grandes variations de la mortalité, selon les mois de l'année, coïncidant avec des changements de personnel tantôt expérimenté, tantôt inexpérimenté. Il insiste sur la nécessité, pour un service de contagieux, d'avoir un personnel d'élite et stable.

M. Weill-Hallé insiste aussi sur l'importance du rôle du personnel, et l'insuffisance habituelle du personnel de l'après-midi et de veille.

M. Huber montre, par un exemple personnel, l'effroyable mortalité qui résulte de l'installation de fortune de services temporaires, lors de l'encombrement résultant de grandes épidémies.

Mme Nageotte-Wilboutschewitch montre l'insuffisance numérique du personnel hospitalier dans les services d'enfants et l'impossibilité de soigner les contagieux dans ces conditions. Elle montre aussi l'intérêt qu'il y aurait pour l'Assistance à assurer l'existence du personnel médical (chefs de clinique, internes, externes) de manière à ce qu'ils puissent passer toute la matinée à l'hôpital.

M. Papillon, tout en convenant que la plupart des rougeoles sont devenues graves en ville et amenées avec des broncho-pneumonies à l'hôpital, insiste sur l'importance du boxage. Il rappelle la fréquence observée autrefois dans les services généraux de la contamination intrahospitalière par les entrants porteurs de rougeoles méconnues.

Grâce à l'isolement, cette cause d'extension des épidémies doit disparaître.

M. Jules RENAULT apporte la statistique de l'hôpital Saint-Louis, service complètement boxé. La statistique porte sur douze années et 1.798 cas.

La mortalité chez les enfants atteints de rougeole au-dessus de cinq ans est presque nulle. Pour 100 morts de rougeole, il y en a 2 au-dessus de cinq ans, et cependant ces enfants forment 32 p. 100 des entrants et seulement 25 p. 100 au-dessous de deux ans, 43 p. 100 entre deux et cinq ans.

Or, sur 100 cas de morts, on trouve 70 p. 100 au-dessous de deux ans, 27 p. 100 de deux à cinq ans, et 2 p. 100 au-dessus de cinq ans. Ces enfants étaient soignés dans le même local par le même personnel. La gravité est donc une question d'âge.

Les boxes assurent un isolement parfait avec un bon personnel; en effet, à Saint-Louis, il n'y a pas de service spécial pour chaque maladie, les boxes sont interchangeables, et cependant les cas de contagion intrahospitalière ne sont que de 1,2 p. 100 — contagions dues à des fautes d'un personnel nouveau ou insuffisant.

La mortalité du service de la rougeole pendant ces douze ans a varié de 6 à 20 p. 100 ; c'est beaucoup, mais il y a déjà un progrès, car étant interne chez M. Gaucher, il se rappelle que la mortalité variait de 38 à 48 p. 100.

M. Jean HALLÉ remarque qu'on ne peut opposer les statistiques très favorables de l'Institut Pasteur et Saint-Joseph, avec celles bien plus mauvaises des hôpitaux de l'Assistance parce que ces hôpitaux ne reçoivent pas les mêmes malades. A Pasteur et Saint-Joseph, on reçoit des adultes, très peu de nourrissons, et les malades n'arrivent pas à moitié morts des taudis où ils ont été soignés et dans lesquels ils ont contracté la broncho-pneumonie. Les statistiques ne peuvent donc se comparer.

— A la suite de cette discussion, une commission est nommée, chargée d'établir des conclusions qui seront soumises à la Société de pédiatrie à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1924)

Pied bot varus equin paralytique. — M. PÉRAIRE présente une fillette de quatorze ans qu'il a guérie de cette affection par une large tarsectomie. Anesthésie générale au Schleich à doses faibles et continues malgré une lésion congénitale grave : persistance du trou de Botal.

Néphrite chronique simulant le myxœdème. — M. P. MENARD communique l'intéressante observation d'un malade atteint de néphrite chronique présentant tous les symptômes du myxœdème. Pas d'albumine, pas de modification des éléments de l'urine, mais forte proportion d'urée dans le sang et coefficient uréo-secrétoire élevé. Le traitement thyroïdien aggrava les symptômes, la médication diurétique et le régime hypo-azoté amenèrent la guérison.

Abcès du poumon. Traitement chirurgical. — M. PETIT DE LA VILLEON. Parmi les différents traitements chirurgicaux employés, pneumothorax artificiel, thoracoplastie avec compression extra-pleurale, pneumotomie, lobectomie, donne la préférence à la pneumotomie avec drainage et en rapporte un cas, complètement guéri sans fistule. Il insiste sur la nécessité d'opérer sous anesthésie locale dans la position assise, en deux temps en cas de plèvre non adhérente.

Fibromes utérins enlevés après radiothérapie. — M. DUPUY DE FRENELLE en présente deux cas, traités par la radiothérapie sans aucun résultat et enlevés par hystérectomie.

La réduction des fractures et luxations doit se faire sous le contrôle immédiat des rayons X. — M. DUPUY DE FRENELLE insiste sur l'emploi de la radiothérapie immédiatement avant et immédiatement après la réduction des fractures et des luxations, avant que l'appareil plâtré ne soit sec.

Lésions tumorales de la tuberculose vésicale. — M. CATHELIN présente un malade tuberculeux urinaire avec bacilles de Koch positifs à deux examens directs de l'urine, dont la division des urines montre encore deux bons reins (élimination uréique diminuée à droite) et qui, à l'examen cystoscopique, présentait dans la zone droite de la vessie trois tumeurs très grosses et que des débutants pourraient prendre pour de vraies tumeurs, alors qu'il s'agit en réalité d'un processus hypertrophiant de tuberculose vésicale.

Valeur des lois de l'urée en chirurgie rénale. — M. CATHELIN apporte le résultat de sa pratique déjà longue sur l'étude du fonctionnement rénal basé sur les lois de l'urée; s'appuyant sur un nombre considérable de cas, il montre par des tableaux que la déficience uréique n'est nullement symptomatique d'une tuberculose rénale, mais s'observe dans toutes les affections chirurgicales du rein, sauf peut-être dans certains cas de cancer. Il montre la supériorité d'étude du fonctionnement rénal basé sur le principe intangible de la division des urines et la faillite de la cryoscopie ou de la constante.

Les éléments psycho-moteurs du sommeil. — M. BÉRILLON pense que chez l'homme, l'état de veille est constitué par une excitation anormale des centres nerveux entretenue par un grand nombre d'éléments d'ordre psychique ou physique. L'entrée dans le sommeil artificiel s'accompagne toujours de phénomènes insolites; il existerait dans le cerveau un centre du réveil, réagissant contre le sommeil et nous maintenant éveillés.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 MARS 1924)

Impuissance par plaie de guerre. — M. PÉRAIRE présente un blessé de guerre qui reçut des éclats de shrapnel, que la radiographie montre situés les uns en avant de la colonne vertébrale et les autres en dehors dans la masse musculaire. La moelle ne paraît pas avoir été touchée. Il n'y a jamais eu de paraplégie; les réflexes sont conservés. Le seul symptôme inquiétant est l'absence d'érection.

M. Péraire se demande s'il s'agit d'une commotion médullaire avec répercussion sur le centre génital ou de troubles névropathiques simples?

Perforation d'ulcère gastrique en péritoine libre. — M. GOUGET DE GIRAC. Perforation d'ulcère juxta-cardiaque opérée tardivement en pleine péritonite. La suture, très difficile à réaliser en raison de la profondeur de la plaie, est pourtant faite. Mais au sixième jour du liquide gastrique repasse par le drain. La perforation s'est reproduite et cependant les accidents péritonéaux s'amendent et le malade finit par guérir et la fistule se ferme spontanément.

Le vissage du col du fémur par la méthode radio-opératoire. — M. PETIT DE LA VILLÉON préconise le vissage du col du fémur par la méthode radio-opératoire, qui permet d'opérer directement, sous l'écran, avec un outillage simple et banal.

Traitement des pseudarthroses du col du fémur par l'omogreffe. — M. DUPUY DE FRÉNELLE préconise l'avivement des fragments, leur accolement, suivi de la double greffe qui encastre un greffon en os dans les fragments et renforce celui-ci par un greffon ostéopériostique à la Delajénière, lequel enveloppe en manchon le foyer de fracture.

Il rapporte un cas ainsi traité avec bon résultat après trente mois.

Occlusion intestinale. — M. DARTIGUES, au nom de MM. MOUCHET et GUILLERMIN (de Constantinople) présente une observation de syndrome d'occlusion intestinale avec hépatite amibienne. Le malade, qui avait subi un lavement électrique, vit les symptômes d'occlusion abdominale s'amender; on put faire alors le diagnostic d'abcès du foie et le patient guérit sans opération par l'administration de l'émétine.

Ulcère peptique du corps du pancréas. — M. Raymond BONNEAU, dans une première intervention (1922), décolle avec peine, et après section des vaisseaux courts un ulcère

perforé de la face postérieure du corps de l'estomac qui adhère avec le corps du pancréas. Ce pancréas porte une plaque plus large qu'une pièce de 2 francs, à nu dans la cavité gastrique et ulcérée. L'ulcération pancréatique est légèrement avivée au bistouri, touchée à la teinture d'iode et recouverte d'une greffe épiploïque à pédicule. La face postérieure de l'estomac trouée est trop calleuse pour qu'on puisse faire une résection de l'ulcère gastrique et une suture régulière en tissu sain. Thermocautérisation à la Balfour. Bon résultat fonctionnel temporaire.

En janvier 1924, le malade souffre sans être calmé par la morphine. Deuxième opération suivie de mort : Résection annulaire de la partie moyenne de l'estomac, après ouverture large de cet estomac.

Fibromes utérins. — M. Paul Delbet présente deux fibromes utérins qu'il a extirpés par myomectomie, et un kyste de l'ovaire qu'il a pu enlever sans ponction, fibromes et kyste provenant de la même malade.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI AYANT POUR OBJET LA RÉALISATION D'ÉCONOMIES, LA CRÉATION DE NOUVELLES RESSOURCES ET DIVERSES MESURES D'ORDRE FINANCIER (1).

5. Aux termes de l'article 50, tout contribuable qui n'aura pas intégralement payé les contributions directes et taxes assimilées assises à son nom et devenues exigibles dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi du 31 décembre 1921, devra sans préjudice des frais afférents aux poursuites dont il aura pu être l'objet, acquitter sur la portion non soldée, à partir d'une date qui sera fixée annuellement par la loi de finances, une majoration de 10 p. 100.

En ce qui concerne les contributions et taxes comprises sur tous les rôles émis jusqu'au 31 décembre 1923, la date ci-dessus est fixée au 1er juillet 1924.

6. L'article 51 décide qu'aucune poursuite ne sera exercée, aucune amende fiscale ne sera répétée contre les redevables qui, ayant, avant la promulgation de la loi, omis de souscrire des déclarations d'impôts ou souscrit des déclarations insuffisantes, ou encore indiqué dans des actes portant mutation entre-vifs de propriété ou de jouissance de biens immeubles ou de fonds de commerce des prix inexacts, auront *spontanément*, dans les six mois de cette promulgation, réparé leurs omissions ou rectifié leurs déclarations antérieures. C'est une sorte d'amnistie que la loi accorde, amnistie qui, d'ailleurs ne s'applique pas en matière de contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre.

A côté de cette disposition qui s'applique au passé, une disposition pénale pour l'avenir : s'il est établi que le contribuable a agi dans le but de se soustraire frauduleusement au paiement total ou partiel des impôts, soit qu'il ait volontairement omis de faire sa déclaration dans les délais prescrits concernant l'impôt général sur le revenu, les impôts cédulaires et l'impôt de mutation par décès, soit qu'il ait volontairement dissimulé une part des sommes sujettes à l'impôt, il sera passible, indépendamment des sanctions fiscales établies par les lois en vigueur, d'une amende de 1.000 fr. à 5.000 fr., à la condition, en cas de dissimulation, que l'insuffisance atteigne au moins 10 p. 100. Le tribunal peut ordonner que le jugement de condamnation sera publié en tout ou en partie dans les journaux qu'il désignera et affichée dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du condamné, sans que ceux-ci puissent dépasser 5.000 fr.

Mais, avant toutes poursuites le contribuable est mis en demeure, par lettre recommandée, de faire ou de compléter sa déclaration dans un délai qui ne pourra être moindre de quinze jours ni excéder un mois. En cas d'accord, le contribuable n'est passible que de l'amende fiscale; en cas de contestation, il est statué par la juridiction compétente.

7. Les articles 61 et 62 se rapportent au *bordereau de coupons*, qui a fait l'objet de discussions ardentes.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 32, p. 536.

Toute personne ou tout établissement, dispose l'article 61, qui fait profession de payer des intérêts, dividendes, revenus et autres produits de valeurs mobilières, ou dont la profession comporte à titre accessoire un payement de cette nature, ne peut se livrer à ces opérations qu'en vertu d'une autorisation, toujours révocable, du ministre des Finances, sauf recours au Conseil d'Etat.

Et l'article 62 : aucun payement d'intérêts, dividendes, revenus et autres produits de valeurs mobilières non déposées chez l'une des personnes ou Sociétés visées au troisième alinéa de l'article 15 de la loi du 25 février 1901, ne peut être effectué que sur la production d'un bordereau comportant un talon signé du requérant, justifiant de son identité, et contenant l'indication de ses nom, prénoms, nationalité, domicile et résidence réels.

Les coupons présentés sont, sauf preuve contraire, réputés propriété du requérant. Dans le cas où le requérant déclarerait présenter les coupons pour le compte de tiers, il devra, sous sa responsabilité, consigner sur le talon du bordereau les nom, prénoms, nationalité, domicile et résidence des propriétaires réels.

Le bordereau nominatif n'est pas exigible lors d'une présentation de coupons pour compte de tiers par les personnes ou établissements ayant obtenu l'autorisation visée à l'article 61.

En dehors des dispositions qui viennent d'être énumérées, il y en a beaucoup d'autres relatives notamment au paiement d'un impôt sur la différence de change pour certaines valeurs étrangères, de taxes modifiées sur les cartes postales illustrées, de taxes sur les imprimés; les abonnements au service téléphonique sont, désormais, concédés sous le régime des conversations taxées au fur et à mesure de l'équipement approprié des bureaux.

En définitive, le contribuable est recherché partout et surchargé; il est l'objet d'une inquisition fiscale, développée particulièrement depuis la fin de la guerre... qui s'est terminée par la victoire. On semble revenir peu à peu aux procédés de perception de l'ancien régime : l'impôt personnel en est la preuve. Bien plus, sous des vocables différents, on arrive aux fermes d'impôts de l'ancien régime : la suppression du monopole des allumettes a eu pour conséquence, aux termes de la loi nouvelle, la perception par l'administration des contributions indirectes d'un droit dont le maximum est fixé ainsi, le droit de consommation étant par million d'allumettes :

1° Allumettes communes en bois soufrées.	1.000 fr.
2° Allumettes-tisons	3.200 —
3° Allumettes en cire de plus de 40 millimètres de longueur	3.500 —
4° Autres allumettes	2.000 —

Les valeurs mobilières, qui sont pourtant la représentation de l'épargne, des économies accumulées pour faire face aux exigences de la vie lorsque la retraite sonnera, lorsqu'il y aura impossibilité physique de travailler, sont particulièrement visées par le législateur. Le même revenu est atteint par des taxes superposées. Les valeurs mobilières étrangères sont l'objet d'impositions élevées. Cependant celles qui sont dans les portefeuilles étaient pour la plupart déjà possédées avant la guerre; or, elles n'ont été introduites sur le marché français qu'avec l'autorisation du gouvernement. Et combien de portefeuilles contiennent des valeurs dont le revenu n'est pas payé : russe, autrichien, hongrois, ottoman, brésilien, etc...! Quel préjudice chacun éprouve ! En compensation des charges considérables qu'il impose, l'Etat devrait faire payer au porteur les revenus de ces titres? Il ne doit pas s'en désintéresser; car c'est pour lui une source d'impôts à percevoir.

Il était autrefois une expression qui revient aujourd'hui à l'esprit : taillables et corvéables à merci. Le Français va-t-il donc, au siècle actuel, voir disparaître tout ce qu'il possède au profit de l'Etat. Déjà l'impôt sur les successions est prohibitif; les quelques économies que le Français réalise pour mettre sa vieillesse à l'abri vont s'évanouir. C'est évidemment une situation très grave qui ne peut durer; et c'est pourquoi les sacrifices imposés ne sauraient être que temporaires : une bonne gestion financière, sévère, économe, serait

préférable à toutes ces mesures d'inquisition qui malheureusement sèment la méfiance et l'inquiétude.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

Ve RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE (30 et 31 mai 1924). — La Ve Réunion neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les vendredi 30 et samedi 31 mai 1924, dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière.

Les séances auront lieu le matin de 9 à 12 heures, l'après-midi de 15 à 18 heures.

La question suivante est mise à l'étude : « La sclérose en plaques. » Rapporteurs : MM. Georges Guillain (de Paris) et Otto Veraguth (de Zurich).

Secrétaire général, M. Henry Meige, à la librairie Masson, à Paris.

CONGRÈS BRITANNIQUE D'HYGIÈNE (BORDEAUX, mercredi 4 juin au lundi 9 juin 1924, inclusivement). — Sur l'invitation de la Municipalité et de l'Université de Bordeaux, il se tiendra dans cette ville du 4 juin au 9 juin inclusivement prochain un Congrès de médecine sociale et d'hygiène placé sous le patronnage de S. M. le Roi d'Angleterre du côté Anglais et du Président de la République du côté Français.

Le président du Congrès est le vicomte Burnham et nous citerons parmi les présidents d'honneur : S. E. la marquise de Crewe, ambassadrice d'Angleterre, les ministres de l'Hygiène, de l'Intérieur, de la Guerre, de la Marine et des Travaux publics anglais et français; parmi les vice-présidents : les maires des grandes villes d'Angleterre, de Belgique et de France et les recteurs des Universités.

Le Comité d'organisation est composé des hautes personnalités administratives, militaires, religieuses et municipales de Bordeaux et des représentants politiques du département de la Gironde.

Le Comité actif local est présidé par M. Guestier, président de la Chambre de commerce et le professeur Sigalas, doyen de la Faculté de médecine.

Le Congrès comprend six sections : 1° Médecine sociale et d'hygiène municipale. Présidents : Anglais, Sir H. D. Rolleston; Français, professeur Achard. — 2° Section navale, militaire et aérienne. Présidents : vice-amiral J. Chambers. médecin inspecteur général Vincent et médecin directeur de la marine Girard. — 3° Hygiène industrielle. Présidents : professeur Sir Thomas Oliver et professeur William Dubreuilh. — 4° Maladies tropicales. Présidents : colonel Sir Ronald Ross et professeur A. Calmette. — 5° Pathologie, Bactériologie et Biochimie. Présidents : Sir John Bland-Sutton et professeur G. Mouriquand. — 6° Section féminine et d'hygiène publique. Présidentes : S. E. la marquise de Crewe, Lady Bland-Sutton (Deputy) et Mme Wallerstein.

Communications. — Les communications acceptées à ce Congrès doivent être annoncées au Comité actif et portent sur tous les sujets d'hygiène sociale, de prophylaxie individuelle ou collective, et d'une façon générale ayant trait de près ou de loin au bien-être de l'homme. Le Congrès sera inauguré par une réception à l'Hôtel-de-Ville, le mercredi 4 juin à 10 h. 30, en robe et costume. Cette réception sera suivie d'une Grand'Messe à la Cathédrale Saint-André que S. E. le Cardinal Andrieux honorera de sa présence. La réunion inaugurale du Congrès sera ouverte à 14 h. 30 à l'Athénée municipal; à 16 h. 30 visite de l'Exposition d'hygiène et de médecine militaire, navale et aérienne; à 20 h. 30 soirée de gala au grand Théâtre. Le 5 juin, séance des différentes sections du Congrès de 9 heures à midi et de 14 heures à 16 h. 1/2. A 18 heures réception par le général Duport et à 21 h. 30 réception par la Municipalité à l'Hotel-de-Ville. Le vendredi 6 juin, séances du Congrès aux mêmes heures. A 19 h. 30 diner du Congrès à l'Hôtel de Bordeaux (habit et insignes officiels). Les dames sont spécialement invitées. A partir du samedi 7 juin, auront lieu diverses visites et excursions sur lesquelles on obtiendra des détails en s'adressant aux secrétaires du Congrès : MM. le professeur R. Cruchet, Faculté de médecine de Bordeaux et docteur R. Pierret, 7 bis, rue Raynouard, à Paris (jusqu'au 15 mai), puis Villa Ménival à La Bourboule (Puy-de-Dôme). La cotisation pour les membres de langue française de ce Congrès est fixée à 30 francs, que l'on pourra envoyer à M. Edouard G. Faure, trésorier du Congrès, 51, Cours de Verdun à Bordeaux.

IVe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — L'Association française de pédiatrie organise un Congrès qui se tiendra à Paris les 29, 30 septembre et 1er octobre 1924, sous la présidence du professeur Marfan, à l'amphithéâtre de la clinique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades.

En dehors des membres de l'Association, les médecins français ou étrangers peuvent adhérer au Congrès à titre de membres participants. Pour cela, ils devront en faire la demande avant le 10 septembre en s'adressant au secrétaire général du Congrès, M. H. Barbier, 5, rue de Monceau, à Paris, et être présentés par trois membres français de l'Association française de pédiatrie.

La cotisation de ces membres est de 60 francs, les personnes de leur famille peuvent devenir adhérentes sur leur demande moyennant une cotisation de 30 francs. Les demandes d'inscription doivent être faites avant le 10 septembre.

Rapports. — M. Lesné : « Etiologie et pathogénie du rachitisme ».

M. L. Tixier : « Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile ».

MM. Ribadeau-Dumas et Rocher: « Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance ».

LIVRES NOUVEAUX

Le Système nerveux autonome. Sympathique et para-sympathique (1), par J. N. LANGLEY. Première partie traduite par M. TIFFENEAU.

On sait l'importance qu'a prise, non seulement en neurologie, mais encore en pathologie, la question du système nerveux autonome. Qui, plus que J. N. Langley, a contribué à nous le faire connaître? On ne peut donc que louer M. Tiffeneau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, de nous en donner une traduction élégante et fidèle. La première partie, qui vient de paraître chez Vigot, comprend les questions si controversées de *nomenclatures*; les *généralités sur l'origine et sur la distribution périphérique du système autonome*; les *fibres nerveuses* qui le constituent; l'*action spécifique des poisons sur les systèmes sympathique et parasympathique*; les *tissus nerveux innervés par le sympathique*. Tous les médecins instruits voudront lire cette étude d'une des questions les plus passionnantes de la science.

L. BABONNEIX.

Luxeuil-les-Bains et ses environs (2), par le docteur L.-M. PIERRA.

Comment le docteur Pierra arrive-t-il à faire et à bien faire tout ce qu'il entreprend? C'est pour moi un mystère et un sujet d'admiration. Gynécologue, archéologue, auteur, éditeur, journaliste, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, Pierra mène de front toutes ces occupations avec une activité merveilleuse et un égal succès.

Le guide de Luxeuil qu'il publie aujourd'hui s'adresse à la fois aux malades, aux touristes et aux archéologues. Comme beaucoup de médecins rentrent dans les deux dernières catégories ils liront ce volume et y trouveront autant de plaisir que j'en ai éprouvé moi-même en le présentant aux lecteurs de la *Gazette*.

F. L. S.

---

(1) In-18 de 92 p., 1923, Paris, Vigot frères.

(2) In-8. — Prix : 6 francs. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 35. — MARDI 29 AVRIL 1924. 97e ANNÉE. MARDI 29 AVRIL 1924. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (année 1924) sera ouvert le lundi 19 mai 1924, à 9 heures du matin dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé, de 14 heures à dix-sept heures, jusqu'au lundi 5 mai inclusivement.

GUERRE. — Par décision ministérielle en date du 23 avril 1924, les mutations suivantes sont prononcées (armée active) :

Médecin principal de 2e classe. — M. Sandras, de l'hôpital militaire de Bordeaux, est affecté à l'hôpital militaire Golbey, à Epinal, et président de Commission de réforme.

Médecins-majors de 2e classe. — M. Richard, du 117e rég. d'infanterie au Mans, est affecté au 19e corps d'armée.

M. Roux, de la place de Chaumont, est affecté au 11e rég. de dragons à Colmar.

M. Menville, de la place de Beauvais, est affecté à l'armée française du Rhin.

M. Gérome, hors cadres (troupes d'occupation du Maroc), est réintégré dans les cadres et affecté au 31e rég. de tirailleurs nord-africains, à Montélimar.

M. Garrigues, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté à l'armée française du Rhin.

Médecins aides-majors. — M. Cœurdevey, hors cadres (troupes d'occupation du Maroc), est réintégré dans les cadres et affecté au 16e rég. de tirailleurs nord-africains, à Lons-le-Saunier.

M. Rouyer, de l'armée du Levant, est affecté au 301e rég. d'artillerie portée à la Fère.

M. Fil, en congé de fin de campagne à Toulouse, est affecté à l'armée du Levant.

MARINE. — Par décret en date du 24 avril 1924, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. Viguier.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — MM. Bouteiller et Lucciardi.

Au grade de médecin principal. — MM. Ployé, Huber et Mauran.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Daoulas, Canton et Moreau.

— L'élève du Service de santé de la marine Espieux a été nommé à l'emploi de médecin de 3e classe auxiliaire, pour compter du 12 avril 1924.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Un décret en date du 16 avril réglemente ainsi l'exercice de leur profession par les médecins et les sages-femmes indigènes en Indochine :

« ARTICLE PREMIER. — Le contrôle et la surveillance des médecins et des sages-femmes indigènes seront exercés en Indochine, conformément aux dispositions qui suivent :

1° Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine et les sages-femmes diplômées d'une des écoles de sages-femmes, existant ou qui seront ultérieurement créées dans les divers pays de l'Union indochinoise, fonctionnaires et agents des services médicaux locaux, sont régis, pour tout ce qui concerne la discipline, leurs obligations professionnelles, leur contrôle et leur surveillance, par les arrêtés réglementaires du gouverneur général réglant le fonctionnement desdits services ;

2° Les mêmes praticiens et praticiennes ayant cessé d'appartenir aux services médicaux de la colonie ou qui, pour raison de santé, n'auront pas été admis dans le personnel de l'assistance médicale, à leur sortie de l'école, ne peuvent exercer leur art, à titre privé, qu'après avoir obtenu préalablement une autorisation de l'autorité administrative. Le gouverneur général déterminera, par arrêté, les conditions dans lesquelles cette autorisation sera délivrée.

Les médecins et sages-femmes indigènes, régulièrement autorisés à exercer leur art, comme il est dit ci-dessus, demeurent placés, au point de vue technique et professionnel, sous le contrôle et la surveillance du directeur local de santé ou du chef du service de l'assistance médicale du pays dans lequel ils exercent.

Le retrait de l'autorisation à eux accordée ne pourra être prononcé que sur la proposition motivée du directeur local de la santé dont ils relèvent.

ART. 2. — Les médecins indigènes diplômés de l'école de

médecine de Hanoï pourront être autorisés à donner des soins médicaux aux Européens dans les localités dépourvues de médecins exerçant au titre français, ou lorsque les difficultés de communication ne permettraient pas d'en faire venir en temps opportun. Ils ne pourront, cependant, procéder qu'aux interventions de petite chirurgie, à l'exclusion des opérations de grande chirurgie. Les listes de ces deux catégories d'opérations seront établies par le gouverneur général.

L'autorisation, « valable pour une période d'une année et renouvelable », sera donnée par le chef d'administration locale, sur la proposition du directeur local de la santé ou du chef du service de l'assistance médicale. Cette autorisation est révocable à tout moment.

Toutefois, en cas d'urgence, les médecins indigènes diplômés, non pourvus de ladite autorisation, peuvent donner leurs soins aux Européens, mais à la condition d'en référer immédiatement au chef du service médical, dont ils relèvent directement.

Les mêmes règles sont applicables aux sages-femmes indigènes diplômées d'une des écoles officielles de sages-femmes de l'Indochine.

Art. 3. — Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine devront déférer à toutes les réquisitions des autorités administratives ou judiciaires que celles-ci, en l'absence du médecin légiste ou de l'expert français, croiront devoir leur adresser pour procéder à des constatations médico-légales. Leurs rapports seront remis, dès leur arrivée, aux médecins français, seuls qualifiés, aux termes des décrets des 17 août 1897 et 12 août 1905, pour servir d'experts devant les tribunaux français.

En aucun cas, ces médecins indigènes ne pourront être commis pour pratiquer des autopsies dans une affaire ressortissant à la juridiction française.

Art. 4. — Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine peuvent être autorisés à avoir, pour les besoins des malades, au lieu de leur résidence, un approvisionnement de médicaments, dont la nomenclature est fixée par arrêté du gouverneur général, sur la proposition de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux, directeur de la santé en Indochine.

Art. 5. — L'application des articles 16 et 17 du décret du 17 août 1897 ast étendue à tout le territoire de l'Indochine.

L'interdiction absolue de l'exercice de leur art sur le territoire de l'Indochine, faite aux médecins et sages-femmes indigènes, ne pourra toutefois être prononcée que par décision du gouverneur général, sur la proposition concertée du chef d'administration locale du pays où exerce l'intéressé et de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Art. 6. — Le présent règlement n'est pas applicable aux indigènes non diplômés pratiquant l'exercice de la médecine sino-annamite traditionnelle, qui demeure autorisée provisoirement dans les conditions que le gouverneur général de l'Indochine est laissé libre de fixer par voie d'arrêté.

Art. 7. — Sont abrogés le décret du 12 août 1905, réglementant l'exercice de la médecine indigène en Cochinchine et, d'une façon générale, tous les textes contraires au présent règlement. »

Candidatures médicales. — Parmi les candidats à la députation figurent un certain nombre de médecins. Voici les premiers noms relevés sur les listes connues :

Paris et Seine : MM. le professeur Pinard, député sortant; Léon Mabille, Le Feunteun, Saint-Aubin, Paul Boyer, Joseph Récamier, Bitterlin et Sacqui.

Ain : MM. Boccard et Nicolet.
Allier : M. Fourny.
Alpes-Maritimes : M. Grinda, député sortant.
Ardèche : MM. Marcel Astier et Etienne Astier.
Ardennes : MM. Doisy, député sortant, et Abd-el-Nour.
Côte-d'Or : M. Poillot.
Côtes-du-Nord : M. Even.
Finistère : MM Yves Guillemot et Victor Le Gorgeu.
Gironde : MM. Pierre Lamarque (fils), Malet et le professeur Mandoul.
Haut-Rhin : M. Kayser.
Haute-Saône : M. Jacquot.
Indre : M. Lucien Dumont.
Landes : MM. Mesplèdes et Vives.
Loire-Inférieure : M. Malecot.
Maine-et-Loire : MM. Tardif et Gustave Jourdin.
Meuse : M. Lescuyer.
Moselle : M. François, député sortant.
Oran : M. Molle.
Pas-de-Calais : M. Alexandre.
Puy-de-Dôme : MM. Claussat et Chassaing.
Rhône : MM. Francillon et Coste-Labaume.
Saône-et-Loire : M. Duprey.
Seine-Inférieure : MM. le professeur Antonin Gosset, Charles Vigné, Amédée Peyroux, député sortant, et Joseph Daniel.
Seine-et-Oise : M. Amodru, député sortant.

Cette liste sera sans doute considérablement augmentée d'ici quelques jours.

On peut remarquer que la Faculté de Paris compte deux candidats : MM. les professeurs Pinard et Gosset. La Faculté de Bordeaux est représentée par M. le professeur Mandoul.

Parmi les députés sortants qui ne se représentent pas on cite MM. Louis Mourier (Gard) et Gilbert Laurent (Loire).

LIVRES NOUVEAUX

Les Etats dépressifs et la neurasthénie (1), par Maurice de Fleury, de l'Académie de médecine.

M. Maurice de Fleury, avec sa longue expérience de la neurasthénie et le brillant talent d'exposition que nous admirons depuis longtemps, expose aujourd'hui ses idées propres sur les états dépressifs et la neurasthénie.

Après avoir dans la préface montré la nécessité d'une nouvelle classification des psychoses et distingué une fois pour toutes la pathologie du cerveau, de la substance cérébrale même (maladies de l'intellect à proprement parler), de la pathologie du caractère, des maladies de l'affectivité, l'auteur entreprend l'étude et le démembrement de la maladie de Beard. « Je voudrais croire, dit-il, que ce travail de discrimination, d'épuration, de définition soigneuse auquel je me suis livré, aidera les médecins et les gens curieux des choses de notre art à concevoir plus clairement et de façon mieux assurée les états dépressifs, constitutionnels ou accidentels, mélancolies, hypocondries, neurasthénies. Ce sont maux fréquents et pénibles, par tous pays, au genre humain. »

Un tel livre ne s'analyse pas, il faut le lire et le relire. Peu de lectures sont aussi attrayantes et aussi utiles.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

Poste médical. — On demande à l'hôpital français de Bethléem, un jeune docteur français, faisant de la médecine et de la chirurgie.

Traitement 15 à 30.000 francs, suivant le cours du change.

Logé, éclairé, blanchi par l'hôpital.

Engagement avec le ministère des Affaires étrangères pour trois années coupées par un congé de quatre mois.

Voyages réglés par le ministère.

Hôpital de 75 lits présentant ordinairement plus de chirurgie que de médecine à faire, petite maternité, crèche de 30 berceaux. Clientèle à peu près nulle.

S'adresser au bureau du journal.

(1) In-8. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OBSTÉTRIQUE -- GYNÉCOLOGIE

Sous la direction de M. le Dr ECALLE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

OBSTÉTRIQUE

Le mécanisme intime du décollement du placenta et des membranes au cours de la délivrance. (COMMANDEUR et CHAPUIS. *Gyn. et obst.*, t. VII, n° 6, p. 449.) — Cette étude, basée sur l'étude macroscopique et microscopique d'utérus gravides enlevés par hystérectomie et fixés au moment des premiers phénomènes de la délivrance, précise d'une façon particulièrement intéressante les phénomènes intimes du décollement placentaire. La contraction utérine amenant le tassement de la surface placentaire fait gagner en épaisseur au placenta ce qu'il perd en surface. De ce fait la caduque interutéro-placentaire devient plus épaisse et se disloque; les villosités choriales dont la base d'insertion s'éloigne sont mises en tension. La contraction se renouvelant les villosités continueront, en tirant sur leur point d'attache, à attirer vers le chorion les points de la caduque sur laquelle elles se soudent (villosités crampons). Subissant ainsi les tractions de la villosité, la caduque se déchirera dans sa couche profonde. Dans la fente de décollement ainsi produite le sang s'épanchera et formera l'hématome rétroplacentaire. Celui-ci progressant du centre à la périphérie, terminera le décollement placentaire. G. ECALLE.

Le traitement de la rétention du placenta par les injections funiculaires. (F. CHATILLON. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, sept. 1923, n° 17.) — Ce procédé employé par Mojon (de Gênes) dès 1826, tomba dans l'oubli puis fut repris ces dernières années.

Il consiste à injecter au moyen d'une seringue de 100 centimètres cubes du sérum physiologique stérile dans la veine ombilicale, quand le placenta ne peut être décollé par les manœuvres externes usuelles.

On injecte lentement de 200 à 400 centimètres cubes de liquide. Ce procédé suffit le plus souvent à produire le décollement du placenta et évite nombre de décollements manuels toujours susceptibles de devenir une source d'infection.

G. BARBARO.

La délivrance par injection funiculaire. (V. CATHALA et BIANCANI. *Revue franç. de gyn. et obst.*, 27 janv. 1924.) — Les auteurs posent quelques indications de cette méthode qui à leur avis ne mérite pas d'être employée couramment.

Cependant elle peut rendre des services, notamment au cours d'une intervention obstétricale sans anesthésie, quand il y a lieu d'extraire rapidement le placenta pour suturer un col par exemple avant que la femme ne se réveille. L'injection funiculaire évite alors de pratiquer une délivrance artificielle qui offre toujours un risque d'infection si minime soit-il. On peut injecter un liquide légèrement antiseptique, dans les cas d'infection amniotique, ce qui a paru donner d'excellents résultats.

Il ne paraît pas prudent par contre de recourir à l'injection funiculaire dans les cas d'inertie utérine ou d'enchâtonnement du placenta; la délivrance artificielle est plus sûre et plus rapide dans ces cas. G. BARBARO.

Nouvelles recherches expérimentales sur la pathogénie et la thérapeutique de l'éclampsie puerpérale, phénomène du choc, arrêt par la pilocarpine. (LEVY-SOLAL et TZANCK. *Presse méd.*, 1er août 1923.) — En 1912 le professeur Bar terminait son rapport sur l'éclampsie en disant que l'éclampsie puerpérale était la maladie de l'hypothèse. Beaucoup d'hypothèses ont été émises sur sa pathogénie. Aucune n'est encore vérifiée.

Les travaux de Levy-Solal et Tzanck sont cependant intéressants. Ils ont pu montrer :

1° Que le sérum de l'éclamptique était plus toxique que le sérum des femmes enceintes normales. Ce dernier est presque inoffensif alors que le premier « tue à coup sûr »;

2° Que le sérum de l'éclamptique contenait deux principes nocifs : *a*. un poison convulsivant thermolabile; et *b*. un poison banal plus stable mais non convulsivant.

3° Que la toxicité de ce sérum n'était pas due à ses propriétés coagulantes. Si on injecte un anticoagulant, 70 p. 100 des animaux succombent alors que leur sang reste fluide.

Mais Levy-Solal et Tzanck se basent sur le fait que 30 p. 100 des animaux survivent, pour admettre que leur survie est due à l'action anticolloïdoclasique de la substance injectée pour empêcher la coagulation, et que par conséquent la mort dans les autres cas est due à un phénomène de choc. Ils signalent les ressemblances qui existent entre la crise eclamptique et la crise colloïdoclasique.

Or l'action colloïdoclasique peut être empêchée par l'injection de chlorhydrate de pilocarpine. C'est ce qu'ont tenté Levy-Solal et Tzanck. Ils ont réussi chez les animaux à rendre ainsi inoffensive une dose mortelle de sérum d'éclamptique ou d'extrait placentaire. Ils ont appliqué cette méthode à une malade de leur service et ont vu les crises disparaître après l'injection de pilocarpine.

Ces faits très intéressants demanderaient à être confirmés.

G. ECALLE.

Anaphylaxie et choc dans leurs rapports avec la puerpéralité. (P. LEBLANC. *Th. de Paris*, 1923.) — Exposé des idées de Levy-Solal précédemment résumées avec application des réactions anaphylactiques aux intoxications du début de la grossesse et de l'éclampsie. L'auteur a obtenu des résultats intéressants au moyen de cuti-réactions avec extrait placentaire en les pratiquant chez des femmes atteintes de vomissements graves. G. ECALLE.

Isoagglutination entre le sang maternel et le sang des nouveaux nés et rapports de ce phénomène avec les toxémies de la grossesse. (Mac QUARRIE. *John Hopkins Hosp. Bull.*, fév. 1923.) — L'auteur étudiant comparativement le groupe sanguin de la mère et celui du nouveau-né a constaté que sur 180 cas, 44 présentaient des phénomènes d'inter-agglutination. Celle-ci se montra particulièrement fréquente dans les cas de toxémies gravidiques. On peut voir dans ce fait le point de départ d'une nouvelle théorie pathogénique de l'éclampsie. Dans cette intoxication il se produit une rupture des villosités fœtales d'où passage du sang du fœtus dans la circulation maternelle. Les globules rouges du fœtus agglutinés se grouperaient en amas qui formeraient des petites embolies microscopiques. Celles-ci arrêtées dans les viscères de la mère y détermineraient les phénomènes d'oblitération vasculaire observés dans l'éclampsie. G. ECALLE.

Hémorragies des centres nerveux au cours de l'éclampsie puerpérale. (LEVANT et PORTES. In *Gyn. et obst.*, t. VII, n° 4.) — Ce travail, basé sur l'étude de 48 observations vérifiées, soit par autopsie, soit par ponction lombaire, amène les auteurs à formuler les conclusions suivantes.

Les hémorragies des centres nerveux au cours de l'éclampsie sont rares (2,7 p. 100 des cas d'éclampsie). Elles peuvent

siéger en un point variable de la masse encéphalique mais elles se produisent principalement au niveau des ventricules sans léser toujours le parenchyme cérébral.

Cliniquement, elles se traduisent par la mort subite avec cyanose très marquée, par des hémiplégies ou par un coma anormalement persistant. Les femmes peuvent guérir et garder comme séquelle une hémiplégie définitive avec ou sans aphasie (hémorragie cérébrale) ou une hémiplégie transitoire et incomplète (hémorragie méningée). Elle sont dues aux à-coups d'hypertension qui se produisent au début de l'accès. Il est extrêmement rare de trouver au niveau des vaisseaux rompus des lésions vasculaires antérieures. Il est cependant très vraisemblable que la syphilis joue un rôle prédisposant à ces lésions.

Elles constituent une indication de plus au traitement prophylactique des accès par les hypotenseurs et en particulier par la saignée. G. ECALLE.

Le sérodiagnostic de la syphilis chez la femme enceinte ou récemment accouchée. (LASSEUR et VERMELIN. In *Gyn. et obst.*, t. VII, n° 2, p. 130.) — De l'examen clinique d'un grand nombre de femmes pour lesquelles on pratiqua une réaction de Wassermann, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Les résultats positifs se sont toujours trouvés en accord avec les données cliniques. Une réaction positive en l'absence même d'arguments cliniques doit entraîner l'action thérapeutique.

Les résultats négatifs se retrouvent le plus souvent chez les femmes traitées ou exemptes de syphilis, mais ils peuvent se trouver çà et là en opposition apparente avec les données cliniques. De même qu'en dehors de la grossesse, une réaction négative chez la femme enceinte n'exclut pas avec certitude l'idée de syphilis.

Mais c'est là un fait général, et il semble que la réaction de Wassermann faite dans de bonnes conditions conserve chez la femme enceinte la même valeur qu'en dehors de la grossesse.

Dans l'analyse plus détaillée des faits nous constatons que dans les cas de syphilis certaine le Wassermann fut toujours positif. Dans l'hypertrophie placentaire la quantité de réactions positives fut de 57 p. 100. Dans les cas de macération fœtale le Wassermann fut positif dans 85 p. 100 des cas étudiés. Dans les observations de polyléthalité infantile le Wassermann fut positif dans 50 p. 100 des cas. Le Wassermann fut quelquefois positif dans les cas d'avortement ou d'enfants morts dans les premiers jours. Il fut presque toujours négatif dans les cas d'hydramnios de gros œufs, d'anémie pernicieuse et de malformations fœtales.

G. ECALLE.

Des viciations pelviennes consécutives à la paralysie infantile. (LAFFONT et GAUJOUX. In *Obst. et gyn.*, t. VIII, n° 6.) — Les auteurs divisent les bassins viciés en trois catégories :

a. Les bassins viciés par boiterie pure. L'atrophie ne porte pas sur le bassin. Le plus souvent il n'y a pas de déformation pelvienne ou quelquefois un léger aplatissement du côté surchargé.

b. Les bassins viciés par atrophie pure. L'atrophie atteignant une moitié du bassin la viciation est plus accusée, elle peut empêcher l'accouchement spontané.

c. Les bassins viciés par boiterie et atrophie. Ce sont les cas les moins favorables du fait de l'atrophie du côté malade et de l'aplatissement du côté sain. Le bassin prend le type oblique ovalaire. L'accouchement spontané peut être impossible. G. ECALLE.

Considérations cliniques sur l'arsenothérapie de la syphilis au cours de la grossesse. (BENOIT. *Th. de Paris*, 1923.) — Le traitement arsenical bien conduit au cours de la grossesse ne donne généralement pas lieu à des accidents graves. Les crises nitritoïdes avec issue fatale (cas de Gougerot), l'apoplexie séreuse, l'ictère, paraissent exceptionnels et ne peuvent constituer une contre-indication à une méthode de traitement qui a fait ses preuves. Les accidents toxiques surviennent de préférence chez des femmes présentant des lésions endocrino-sympathiques, d'où la nécessité de traiter très prudemment ces cas, en particulier les goitreuses, les basedowiennes et d'avoir recours préventivement à l'adrénaline ou à l'atropine suivant que le sympathique ou le vague sont touchés.

Il faut dans tous les cas commencer par des doses faibles : 10 centigrammes de 914 (voie intraveineuse) et atteindre progressivement, sous un contrôle attentif, la dose maxima de 1 centigramme par kilogramme de poids.

L'auteur remarque que l'arsenic semble hâter le déclanchement du travail. Beaucoup de femmes traitées accouchent en effet à huit mois et demi.

Cependant les enfants ont un poids normal, ce qui tient sans doute à l'action de l'arsenic sur la nutrition générale du fœtus. G. BARBARO.

Des psychoses puerpérales envisagées au point de vue du pronostic. (PARIS. *Th. de Paris*, 1923.) — On donne le nom de psychoses puerpérales aux troubles mentaux qui succèdent à un accouchement, un avortement ou surviennent chez une nourrice; exception faite des psychoses nettement individualisées même quand celles-ci débutent au cours d'un accouchement.

L'auteur divise ces psychoses en trois classes suivant leur pathogénie : 1° psychoses postéclamptiques; 2° septicémies accompagnées de troubles psychiques; 3° psychoses survenant sans raison apparente.

Les psychoses postéclamptiques sont d'un pronostic favorable, elles guérissent le plus souvent rapidement et ne nécessitent pas l'internement.

Les psychoses accompagnant les états septicémiques disparaissent généralement avec la septicémie. L'internement n'est donc pas nécessaire.

Quant aux psychoses sans cause apparente, lorsqu'on ne trouve pas de lésions du système génital susceptible d'entretenir la folie, on peut être forcé à l'internement pour une trop grande agitation ou une mélancolie avec idées de suicide.

Le pronostic de ces troubles psychiques doit être réservé. La guérison peut survenir, mais elle est généralement tardive. G. BARBARO.

Contribution à l'étude de l'élimination des sucres urinaires chez la femme enceinte. (H. GRANDHOMME. *Th. de Paris*, 1923.) — On trouve du sucre dans les urines des femmes enceintes dans deux cas. Tantôt il s'agit d'un diabète avec son cortège de signes caractéristiques ; de pronostic grave pour la mère qui peut succomber à l'acidose et pour le fœtus qui meurt souvent. Mais le diabète vrai est relativement rare.

Le plus souvent on trouve dans les urines des femmes enceintes du lactose ou du glucose sans autres signes cliniques; il s'agit d'une élimination de sucres physiologique. Cette présence de sucre est extrêmement fréquente (93 fois sur 100).

Le sucre est en quantité généralement faible; il ne peut être dosé que dans 45 p. 100 des cas. On trouve alors ordinairement du lactose ou un mélange de lactose et de glucose (93 fois sur 100), exceptionnellement du glucose seul.

Cette lactosurie apparaît précocement chez la femme enceinte, primipare ou multipare, le taux du sucre augmente à l'approche du terme de la grossesse.

Le pronostic de cette élimination sucrée est bénin, on ne note aucun trouble de la santé de la femme ni de l'enfant. On peut donc la considérer comme physiologique.

G. BARBARO.

Les hypnotiques uréiques et l'analgésie obstétricale. (P. CERNÉ. *Th. de Paris*, 1923.) — L'étude des substances capables de supprimer ou d'atténuer les douleurs de l'accouchement est toujours d'actualité. Cerné a étudié dans le service du docteur Funck-Brentano l'action de l'association du dial et du véronal.

Dans trente observations, il a obtenu le plus souvent une analgésie complète et presque toujours une sédation évidente. L'analgésie ne semble pas ralentir le travail et n'a aucun effet nuisible sur la mère et sur l'enfant. Les doses injectées (3 à 4 centimètres cubes d'une solution contenant 10 centigrammes de dial et 10 centigrammes de véronal par centimètre cube), par voie intramusculaire, ne semblent pas toxiques.

De nouvelles recherches sont cependant nécessaires avant de pouvoir utiliser systématiquement ce mode d'anesthésie.

G. ECALLE.

La question des injections d'extrait hypophysaire dans la pratique obstétricale. (F. CHATILLON. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, juillet 1923, n° 13.) — L'auteur étudiant les cinquante-trois cas de rupture utérine après injection d'extrait hypophysaire, relatés dans la statistique de Rucker et Haskell, ne trouve que deux cas dans lesquels on peut incriminer la pituitrine. Dans toutes les autres observations, il existait des contre-indications à l'injection du médicament.

Les extraits hypophysaires injectés par voie hypodermique ou intramusculaire constituent les meilleurs ocytocyques connus actuellement.

Leur emploi n'est pas dangereux quand ils sont administrés selon des indications strictes, ce qui permet d'éviter les accidents qu'on a pu leur reprocher.

Ils ne doivent être injectés que pendant la période d'expulsion, ou vers la fin de la période de dilatation, quand la tête est normalement engagée dans l'excavation. Leur emploi est dangereux dans les présentations du siège, car il peut en résulter la rétention de la tête dernière.

Quand il n'y a pas d'obstacle sur la filière pelvienne, et que la pituitrine est injectée au moment favorable, elle permet de terminer rapidement l'accouchement en diminuant la durée de la période d'expulsion.

Dans les cas d'inertie utérine après la délivrance, l'hypophyse ne paraît pas supérieure aux préparations dérivant de l'ergot; à moins qu'elle ne soit injectée très lentement par voie intraveineuse à la dose d'un demi-centimètre cube. Dans ce cas, son action est plus forte encore que celle de l'ergot.

G. BARBARO.

Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes de l'utérus pendant la grossesse. (M. LEROUX. *Th. de Paris*, 1923.) — La nécrobiose des fibromes est fréquente pendant la grossesse. Nécrobiosé, le fibrome est ramolli, quelquefois fluctuant, jaune brun ou rougeâtre et creusé souvent de géodes anfractueuses et de petites cavités. Histologiquement, il s'agit d'une masse anhiste due à la dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse des fibrilles.

Cliniquement, le début est insidieux, la tumeur augmente de volume et devient douloureuse. Quelques phénomènes généraux (légère élévation de température, anémie, albuminurie) relèvent de la résorbtion des produits toxiques.

Des accidents plus graves peuvent se déclarer au cours de la grossesse. Après l'accouchement les fibromes en voie de nécrobiose s'infectent et se gangrènent avec la plus grande facilité.

G. ECALLE.

La cicatrice utérine après la section césarienne. (I. L. AUDEBERT. *Gynécologie et obstétrique*, t. VII, n° 6, p. 487.) — Les résultats de 38 examens histologiques montrent que la régénération musculaire complète au niveau de la cicatrice utérine, après la section césarienne, est non seulement possible, mais encore très fréquente. Elle se rencontre d'une façon parfaite dans 73 p. 100 des cas et imparfaite dans 11 p. 100 des cas. Dans les cas restants on peut trouver, au contraire, une cicatrice fibreuse et défectueuse.

D'autre part, l'étude clinique des grossesses survenant dans des utérus césarisés montre que physiologiquement la cicatrice utérine est le plus souvent bonne. Elle ne se montrerait physiologiquement insuffisante que dans 6 p. 100 des cas.

Ce travail montre encore que les suites opératoires n'ont peut-être pas toute l'importance qu'on a pu leur attribuer au point de vue de la solidité de la cicatrice. Audebert a pu, en effet, constater, et il n'en cache pas son étonnement, de bonnes réparations musculaires dans des cas de césariennes suivies de suites fébriles et d'infection. Tandis que dans d'autres cas où les suites furent parfaites, la régénération musculaire était absente ou à peine ébauchée.

Il est donc presque impossible de connaître avec certitude la valeur réelle d'une cicatrice, elle est suffisante dans les trois quarts des cas, mais le quart restant force toute parturiente déjà césarisée à être surveillée de très près, dès qu'elle entre en travail.

G. ECALLE.

L'accouchement spontané chez les femmes qui ont subi antérieurement une opération césarienne. (FARMACHI. *Th. de Paris*, 1923.) — Il ne semble pas qu'il y ait danger à laisser évoluer spontanément l'accouchement chez une femme antérieurement césarisée, lorsque l'obstacle qui a nécessité cette section n'existe plus au cours de la deuxième grossesse. La rupture de la cicatrice utérine est rare quand la suture de l'utérus a été bien faite et s'il n'y a pas de dystocie au cours de l'accouchement.

L'auteur distingue deux cas : si l'obstacle était momentané et a disparu (kyste de l'ovaire, etc.), l'accouchement doit se faire spontanément ; si l'obstacle est permanent (bassin rétréci), on doit intervenir par une césarienne itérative si le rétrécissement est marqué ; mais si celui-ci est peu accentué, si l'engagement de la tête fœtale s'effectue, on peut attendre, tout en se tenant prêt à intervenir si besoin.

G. BARBARO.

La vaccinothérapie dans les infections mammaires au cours de l'allaitement. (P. BALARD. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, juin 1923, n° 11.) — Il faut réserver la vaccinothérapie au traitemenf des mastites puerpérales confirmées et l'éviter comme médication préventive ou abortive lorsqu'on ignore encore si tout ne se bornera pas à une poussée lymphangitique sans gravité.

Le vaccin antistaphylococcique qui ne donne généralement pas de réaction locale ni générale violentes, devra être employé de préférence.

On pourra employer le bouillon de Delbet dans les cas graves ou d'origine polymicrobienne.

Ls vaccinothérapie devra être conduite prudemment, à doses minimes au début, en tâtant la susceptibilité du sujet.

Les résultats en sont des plus favorables. Elle diminue la douleur, fait parfois avorter les abcès, ou tout au moins les localise et raccourcit leur évolution, elle permet de les évacuer par une seule incision minime. Elle améliore enfin le pronostic de l'allaitement au sein.

G. BARBARO.

GYNÉCOLOGIE

Le drainage systématique à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin. (J.-L. FAURE. in *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, séance du 10 déc. 1923.) — Depuis trois ans chez les opérées de la ville, depuis un an à l'hôpital, J.-L. Faure termine sytématiquement ses hystérectomies larges faites pour cancer du col utérin par un tamponnement à la Mickulicz. Après une opération aussi grave que l'hystérectomie pour cancer, le Mickulicz a l'avantage de laisser ouvert un foyer d'infection toujours possible, d'empêcher les anses grêles de venir se contaminer dans le petit bassin, de permettre de raccourcir considérablement le temps opératoire. L'ablation du sac ne doit se faire que tardivement et ne doit pas être terminée avant le dixième jour. En opérant ainsi J.-L. Faure a pratiqué 67 hystérectomies larges avec seulement 2 décès, soit une mortalité de 3 p. 100. Il a la conviction qu'il ne « s'agit pas là seulement d'une série heureuse mais que ces bons résultats sont dus à la systématisation du drainage à la Mickulicz convenablement employé, »

G. ECALLE.

Radium et cancer du col, résultats des cas traités en 1919-1920-1921. (E. DOUAY. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 11 fév. 1924.) — 50 cancers du col furent pendant ce temps traités par le radium. Il ne restait après trois ans que 6 cas cliniquement guéris soit 12 p. 100. Sur les 50 cas il y avait 26 cas inopérables, sauf 2 actuellement en bonne santé, tous ont récidivé. Sur les autres cas opérables, 10 étaient des cas mobiles et bien limités, 3 sont encore en bon état, 12 étaient à la limite de l'opérabilité, 1 seul est resté en bonne santé. La quantité d'irradiation appliquée fut de 30 millicuries en quatre jours dans la plupart des cas.

Devant ces résultats, le traitement de choix du cancer de l'utérus reste toujours l'hystérectomie large lorsqu'elle est réalisable.

G. ECALLE.

Les complications infectieuses de la curiethérapie du cancer de l'utérus. (Mlle BAUD. *Th. de Paris* 1923.) — L'infection est constante à un certain stade du cancer de l'utérus.

Cette infection qui peut être légère ou étendue, subit du fait de l'irradiation et de la curiethérapie en particulier, une aggravation notable soit locale, soit le plus souvent périutérine, allant de la cellulite pelvienne et de la péritonite localisée à la péritonite généralisée et même à la septicémie streptococcique.

Il faut donc toujours pratiquer un examen bactériologique des sécrétions utéro-vaginales avant de commencer le traitement par le radium.

Quand cet examen révèle la présence de streptocoques, il faut essayer de pratiquer la désinfection du néoplasme par les pansements, la sérothérapie, la vaccino ou la chimiothérapie. Si l'on n'y parvient pas il faut conduire la curiethérapie très prudemment. G. BARBARO.

Contribution à l'étude du cancer du col de l'utérus. Association de la curiethérapie et de la chirurgie. (JAMET. *Th. de Paris*, 1923.) — Dans les cas à la limite de l'opérabilité, les améliorations constatées pendant les quelques mois que suivent un traitement par le radium, ne peuvent être considérées comme un résultat définitif. La radiumthérapie dans ces cas, doit être envisagée comme une préparation préopératoire du néoplasme.

On peut opérer ces cas, de un à deux mois après la première application de radium, de façon à profiter au maximum de l'amélioration locale et générale due à l'irradiation. Si l'on attend plus longtemps, on risque de voir l'opération compliquée par les adhérences fibreuses tardives qui suivent les applications de radium.

Le Wertheim élargi toutes les fois qu'il est possible paraît la meilleure méthode d'exérèse du néoplasme.

Après l'opération on peut voir survenir une récidive locale que l'on traitera par le radium.

Cette association curiethérapie et chirurgie peut donner des résultats appréciables même dans les cas mauvais. On peut voir une survie relativement longue, mais on ne peut dans ces cas parler de guérison définitive.

G. BARBARO.

Y a-t-il des complications opératoires et post-opératoires en gynécologie chez les malades irradiées? (SURUN.) — Cette question est encore à l'étude. Cependant l'auteur apporte des faits probants en faveur de l'existence de ces complications niées par beaucoup de chirurgiens.

Les complications opératoires, rares en vérité, mais très graves quand elles existent, consistent en adhérences fibreuses, friabilité des tissus, hémorragies, pouvant offrir des difficultés insurmontables à l'opérateur. Il semblerait que les rayons X soient plus dangereux que le radium à cet égard.

Quant aux complications post opératoires après irradiation, elles sont peu nombreuses et ne diffèrent pas sensiblement comme allure clinique des complications post-opératoires chez les malades non irradiées.

On note principalement des suites opératoires longues et pénibles, des escarres vésicale et fessière, des phlébites et des embolies.

Il faut tenir compte de ces diverses complications chaque fois que l'on discute le choix de la thérapeutique à apporter aux affections gynécologiques. G. BARBARO.

Le diagnostic de l'obstruction tubaire en Amérique. (LAQUERRIÈRE et LEHMANN. *Presse méd.*, 2 fév. 1924.) — Les Américains eurent d'abord l'idée de pratiquer le pneumopéritoine en introduisant le gaz par insufflation à travers l'utérus et les trompes. Rubin appliqua ce procédé au diagnostic de la perméabilité des trompes. L'insufflation ne pouvant réussir que lorsque la trompe est perméable. Si la trompe est imperméable on peut remplacer le gaz par l'injection d'un liquide opaque et la radiographie peut renseigner sur le siège de l'obstruction. Cet article précise le manuel opératoire utilisé dans les deux cas, mais la méthode ne serait pas exempte d'un certain danger. (Curtis.) G. ECALLE.

Traitement des fibromyomes utérins. (DOUAY. *L'Hôpital*, déc. 1923.) — Les statistiques de l'hôpital Broca ont conduit l'auteur à n'accepter la radiothérapie que pour les fibromes dont le diagnostic est certain et qui gênent moins par leur volume que par l'abondance des règles. On tiendra compte aussi de l'âge de la malade. Si le traitement radiothérapique ne donne pas de résultats au bout de deux mois, il ne faut pas s'obstiner et on doit recourir à l'opération.

Lorsque le diagnostic de fibrome ne paraît pas absolument certain ou s'il est accompagné de température (fibrome nécrosé, infecté, ou avec salpingite septique); si le fibrome est douloureux, si les pertes sanguines sont continues, il est préférable d'opérer sans faire l'épreuve de la radiothérapie.

G. BARBARO.

La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. (LAFFONT. *Presse méd.*, 23 fév. 1924.) — Dans les cas de rupture de grossesse ectopique, il existe fréquemment une douleur tardive élevée (épigastrique, rétrosternale, interscapulaire, cervicale), indépendante de la douleur pelvienne due à la déchirure. Elle apparaît toujours après cette dernière, quelques minutes ou plusieurs heures après. Sa précocité est fonction de l'intensité de l'hémorragie.

L'acuité de cette douleur élevée peut être telle qu'elle concentre toute l'attention et fait croire à une autre affection abdominale.

Elle siège ordinairement du côté de la rupture, mais elle est parfois médiane ou même siège du côté opposé.

Elle est toujours l'indice d'une hémorragie importante. Quand d'autres signes suspects s'y ajoutent, qui font penser à la rupture d'une grossesse tubaire, elle commande l'intervention d'urgence. G. BARBARO.

Sur la vaccinothérapie des annexites. (COTTE. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, juin 1923, n° 11.) — Le vaccin employé a été le bouillon de Delbet en deux ou trois injections. Cette méthode est très efficace pour soulager les malades. Les douleurs, la fièvre cèdent souvent assez rapidement. Les poussées aiguës sont rapidement atténuées au cours des annexites chroniques récidivantes; mais la guérison n'est pas réelle et l'on est obligé d'intervenir par le traitement chirurgical pour assurer la guérison définitive.

Dans les salpingites aiguës de première invasion, la vaccinothérapie semble capable d'enrayer les progrès de l'infection. Mais sa valeur curative n'est cependant pas établie d'une façon certaine. G. BARBARO.

L'épithélioma primitif des oviductes. (BIAR. *Th. de Paris*, 1924.) — Cette tumeur est relativement rare. Elle apparaît au voisinage de la ménopause, chez des malades ayant présenté des lésions inflammatoires des annexes. Elle est fréquemment bilatérale ce qui, en présence des antécédents inflammatoires habituels, permet de croire à une transformation cancéreuse de lésions hyperplasiques préexistantes.

La symptomatologie n'est pas caractéristique : douleurs, leucorrhée séro-sanguinolente, parfois vomique salpingienne.

La constatation d'une tumeur en saucisson, s'accroissant rapidement sans température, permettrait d'aiguiller le diagnostic. Dans quelques cas l'examen histologique de l'écoulement tubaire a montré la nature cancéreuse des lésions.

Le pronostic de cet épithélioma malin est très défavorable, aussi bien par l'envahissement du tractus génital que par les métastases à distance.

Cette malignité justifie l'intervention précoce et radicale dans les cas de tumeurs douteuses. A l'intervention, si l'aspect de la lésion en fait soupçonner la malignité, il faut pratiquer une hystérectomie élargie avec ablation des ganglions rétro-péritonéaux perceptibles et suivie, peut-être, d'une application de radiothérapie profonde.

G. BARBARO.

Les ménorragies de la puberté. (Mme REBOUL. *Th. de Paris*, 1924.) — Les ménorragies et les métrorragies ne sont pas rares chez les fillettes à l'époque de la puberté.

Elles sont liées ordinairement au retentissement sur l'utérus d'une affection préexistante se manifestant à l'occasion de la puberté.

On a observé comme causes de ces hémorragies des lésions rénales (rares), des lésions hépatiques, des troubles digestifs et surtout des lésions cardiaques (rétrécissement mitral) qui

peuvent ne se révéler qu'à ce moment seulement et demandent à être recherchées.

D'autres fois on reconnaît à l'origine des ménorragies une maladie du sang, hémophilie, purpura.

Mais parmi les causes les plus fréquentes des troubles de la menstruation, il faut citer les affections des glandes endocrines, en particulier de la sécrétion ovarienne seule ou associée à un syndrome pluriglandulaire.

Enfin, les hémorragies peuvent être dues à une lésion locale, utéro-annexielle. La tuberculose et l'hérédosyphilis sont les facteurs ordinaires de ces lésions.

G. BARBARO.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE,

CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

REIN

Pyonéphrose consécutive à une hydronéphrose congénitale. Dilatation totale des voies d'excrétion du rein droit. Néphrectomie; guérison. (A. BŒCKEL. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, fév. 1923, t. XV, n° 2, p. 105-108.) — Exemple de dilatation congénitale totale, unilatérale, des voies d'excrétion d'un rein étudiée par Legueu et Papin, puis par Escat.

Des indications du traitement des formes graves de la pyélonéphrite gravidique. (MARTIN. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juin 1923, t. XV, n° 6, p. 445-454.) — Observation détaillée d'une pyélonéphrite gravidique à forme pyonéphrotique pour laquelle l'auteur dut pratiquer une néphrostomie. Le soir de l'intervention, expulsion facile d'un fœtus mort, de près de six mois. Guérison. Cette observation est suivie d'un parallèle entre l'interruption artificielle de la grossesse et la néphrotomie, interventions nécessaires quand le cathétérisme des uretères n'a pas donné de résultats ou ne peut être pratiqué.

Nécrose du rein droit par thrombose de la veine rénale. Néphrectomie; guérison. (MARION. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juin 1923, t. XV, n° 6, p. 455-458.) — Accouchement long; expulsion d'un enfant mort; curettage et phlébite de la jambe droite. Treize jours après, douleur subite et violente dans le flanc droit. Le rein augmente de volume et devient douloureux; urines fortement albumineuses avec grands filaments blanchâtres, striés de sang, moulés sur l'uretère. Etat général précaire. Néphrectomie droite; guérison. Il existait un caillot aseptique thrombosant le tronc de la veine rénale et donnant naissance à une nécrose aseptique du rein. Très vraisemblablement, le point de départ de l'embolus doit être situé dans le caillot phlébitique de la jambe droite.

Les accidents et complications des tuberculoses rénales soi-disant guéries. (R. LÉVY. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1923, t. XVI, n° 5, p. 352, 378.) — Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire les conclusions de l'auteur :

1° Le rein mastic peut être le fait d'une tuberculose fermée d'emblée ou d'une tuberculose primitivement ouverte. Dans le premier cas, l'uretère n'est pas forcément imperméable. La distinction se fait d'après l'existence ou l'absence dans les antécédents de tout signe clinique d'une bacillose rénale ouverte.

Ni la dégénérescence massive d'un rein tuberculeux, ni son exclusion par oblitération urétérale ne mettent l'organisme à l'abri d'accidents souvent très graves. Ces derniers doivent être interprétés comme les manifestations de la persistance de lésions tuberculeuses actives et peuvent affecter une allure aiguë ou chronique et se localiser :

1° Sur le rein tuberculeux lui-même et son atmosphère.

2° Sur le rein opposé.

3° Sur les voies urinaires inférieures, notamment la vessie. On observe alors, suivant les cas :

a. Des phénomènes septiques graves d'apparence pyonéphrotique ou des phénomènes périnéphrétiques d'intensité variable du côté malade.

b. De la néphrite d'ordre toxique ou de la tuberculose sur le rein opposé.

c. Des lésions vésicales depuis l'irritabilité simple de la vessie, imputable au réflexe réno-vésical, jusqu'à la tuberculose la plus étendue.

Comme symptômes cliniques correspondants, on note :

1° Des troubles graves de l'état général, de la fièvre, des douleurs lombaires bilatérales.

2° De l'albumine, de la pyurie avec abaissement variable de la valeur fonctionnelle du rein restant.

3° Toutes les complications possibles de la cystite, y compris l'absence totale de capacité vésicale.

Tous ces accidents sont provoqués par le rein tuberculeux autonéphrectomisé.

Les preuves en sont fournies par l'amélioration de l'état général et la disparition rapide des phénomènes pathologiques dès l'ablation dn rein malade.

En résumé, ces reins se comportent dans l'organisme comme des tuberculoses ouvertes et sont capables, comme ces dernières, de provoquer tous les accidents caractéristiques, sauf l'hématurie.

On ne peut donc considérer ces formes de bacilloses comme des formes de guérison. Il faut conclure qu'une tuberculose rénale doit être enlevée, dès son diagnostic, si cette intervention est possible par ailleurs.

Cf. — Diagnostic de la tuberculose rénale. (Prof. LEGUEU. *Journ. des prat.*, 23 fév. 1924.)

L'hyperuricémie. Etude des principaux facteurs influençant la rétention de l'acide urique. (JEANBRAU, CRISTOL et NIKOLITCH. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, avril 1923, t. XV, n° 4, p. 249, 263.) — A côté de l'hyperuricémie d'origine tissulaire et de celle qui résulte de l'imperméabilité rénale aux composés azotés, on en rencontre deux autres variétés : 1° l'une résultant d'un trouble circulatoire, altérant l'élimination aqueuse ; 2° l'autre due à un facteur mécanique constitué par l'obstacle apporté à l'excrétion de l'urine (rétention chronique et distension vésicale chez les prostatiques et les rétrécis).

Ces deux variétés d'hyperuricémie évoluent parallèlement à leurs causes. L'uricémie revient à la normale quand la défaillance cardiaque disparaît ou lorsqu'une cystostomie a rétabli l'excrétion de l'urine dans des conditions qui se rapprochent de la normale.

L'élévation du taux de l'acide urique total du sérum sanguin est un témoin précoce et sûr de l'imperméabilité rénale.

Pourquoi le rein mobile est-il plus fréquent à droite qu'à gauche. (POTEL et CORDIER. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, mars 1923, t. XV, n° 3, p. 161, 180.) — Parmi les causes invoquées habituellement pour expliquer la plus grande fréquence du rein mobile à droite, les auteurs n'en retiennent aucune. La disposition de la loge rénale chez la femme, l'exagération de sa courbure lombaire, l'inclinaison plus accentuée de son bassin paraissent cependant susceptibles, non pas de déterminer, mais de favoriser la ptose rénale. Elles n'expliquent, en aucune façon, la mobilité plus grande du rein droit.

L'étude du développement du rein et des formations péritonéales qui viennent prendre contact avec sa capsule, permet seule d'apporter une réponse satisfaisante à cette question.

Le développement du rein nous montre que cet organe peut trouver dans le trajet suivi par l'uretère une voie toute

tracée pour se déplacer. Ce déplacement, qui se produira avec le maximum de fréquence au moment du développement complet de l'organe, se trouve entravé par la présence de fascias d'accolement. Ceux-ci, pour agir efficacement, se fixent solidement sur la paroi. La présence du foie, à droite, empêche l'angle colique de remonter jusqu'au diaphragme et de dépasser le pôle inférieur du rein. Surtout le côlon doit passer au-devant du duodénum dont la soudure tardive et inconstante, les variations de volume suivant les périodes de digestion le gênent dans « sa course à la paroi » et l'empêchent de maintenir efficacement le rein.

Le rein n'est donc pas entraîné par le péritoine qu'il n'entraîne pas davantage en se mobilisant.

La crépitation rénale. (A. Cesariego. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, fév. 1923, t. XV, n° 2, p. 112.) — Exemple rare d'un cas de crépitation obtenue par le palper bimanuel d'un rein contenant trois calculs.

Lithiase urinaire :

Cf. — Indications opératoires dans les calculs de la vessie. (Marion. In *Journ. méd. franç.*, nov. 1923, n° 11.)

Anurie calculeuse. (Papin *Id.*)

La lithiase phosphatique. (De Berne-Lagarde. *Id.*)

Les urines dans la lithiase urinaire. (Paillard et René Clogne. *Id.*)

Observations cliniques sur la lithiase rénale. (Paillard. *Id.*)

Valeur du radiodiagnostic dans la lithiase urinaire. (G. Maingot. *Id.*)

Le traitement médical de la lithiase rénale. (H. Paillard. *Id.*)

CHIRURGIE RÉNALE

Chirurgie rénale par la gaîne sacro-lombaire. (Richer. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1923, t. XVI, n° 1, p. 7-11.) — Par une incision verticale postérieure, le long de la masse sacro-lombaire, il est possible d'arriver sur la face postérieure du rein, de son pédicule, croisés par le grand abdomino-génital.

Cette voie permet les néphrectomies de petits reins; la pyélotomie et les interventions sur la partie haute de l'uretère.

Hémorragies rénales postopératoires. (A. Jianou. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, mai 1923, t. XV, n° 5, p. 350-358.) — Les hémorragies ou, plus exactement, les hématuries rénales consécutives à la néphrotomie sont observées tout de suite après l'opération et reconnaissent pour cause la section d'un vaisseau, artère le plus souvent. Elles peuvent survenir tardivement, du cinquième au douzième jour après l'intervention. Legueu et la plupart des auteurs attribuent ces hématuries tardives à l'infection d'un infarctus rénal. Jianou pense qu'elles sont dues à la section des vaisseaux intrarénaux et que par suite de l'infection, au moment où se produit la chute des fils de la suture rénale, se détachent aussi les caillots qui s'étaient formés. Pour prévenir ces hématuries dont l'abondance menace la vie de l'opéré au point d'imposer une néphrectomie secondaire, l'auteur de cet article emploie une suture spéciale du rein.

Nous ne partageons pas cette interprétation des hématuries secondaires qui peuvent survenir après la simple libération d'un rein et qui, dans la plupart des cas observés dans le service du professeur Legueu, reconnaissaient pour cause l'infection de l'infarctus rénal consécutif à la déchirure d'une artère anormale. Dans ces conditions, le procédé de suture rénale importe peu.

Étude physio-pathologique d'un rein à uretère double. (Guyot et Jeanneney. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, fév. 1923, t. XV, n° 2, p. 81-88.) — On observe toujours la localisation des lésions à un seul territoire des reins à uretère double. L'anatomie et l'embryologie en expliquent les raisons. Le chirurgien en profite du point de vue thérapeutique en enlevant la partie atteinte du rein comme s'il s'agissait d'une héminéphrectomie dans un rein en fer à cheval. Le cathétérisme des uretères, l'urétéro-pyélographie constituent des moyens indispensables de diagnostic.

URETÈRES

A propos de la barre interurétérale. (Blanc. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1923, t. XVI, n° 4, p. 274-285.) — L'auteur rapporte deux observations de Marion et y ajoute onze observations tirées de la littérature médicale pour donner de cette affection un aperçu.

C'est une saillie anormale de la base du trigone, séparant la vessie en deux, étendue transversalement entre les deux orifices urétéraux, limitant en avant un bas-fond plus ou moins considérable et occasionnant des phénomènes de dysurie pouvant aboutir aux différentes modalités de la rétention d'urine.

Young intervient par voie urétrale et sectionne la barre sous le contrôle cystoscopique. En France, on pratique une cystostomie qui permet d'exposer largement le bas-fond vésical. Sous le contrôle de la vue, on sectionne la barre interurétérale. Il faut laisser intacte la plus grande partie du muscle trigonal et respecter la colonne musculaire allant de l'orifice urétéral au col vésical. La haute fréquence pourrait rendre des services. Les résultats thérapeutiques sont variables.

Les urétérites pelviennes chroniques douloureuses et leur thérapeutique. (Rochet et Thévenot. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, mai 1923, t. XV, n° 5, p. 337-349.) — Très intéressant article, important par ses applications chirurgicales.

Les urétérites pelviennes chroniques douloureuses peuvent reconnaître pour cause une infection vésicale ancienne ou le contact prolongé d'un foyer inflammatoire pelvien chez la femme. Parfois, la douleur devient le symptôme dominant contre lequel la malade réclame une thérapeutique. Mais l'état urétéral douloureux, longtemps persistant, peut retentir à la longue sur le rein lui-même dont le fonctionnement diminue progressivement.

Quand l'urétérite chronique douloureuse dépend d'une péri-urétérite inflammatoire ou d'une compression de l'uretère dans un bassin transformé « en ciment » par une affection partie de l'utérus et de ses annexes, il convient de libérer l'uretère, de le dégager des zones de réaction inflammatoire pour obtenir un bon résultat. Parfois il n'existe ni péri-urétérite adhésive, ni compression de ce conduit. On admet alors que la douleur urétérale provient d'une névrite des plexus sympathiques qui l'innervent. D'où énervation de l'uretère pelvien par voie sous-péritonéale. Se rappeler cependant l'importance causale de l'infection ascendante partie de la vessie ou de la présence d'un foyer inflammatoire pelvien chronique. Beaucoup de ces urétérites douloureuses guérissent quand le foyer inflammatoire ou infectieux qui les a créées disparaît lui-même. Si cette thérapeutique causale échoue, on en vient à une thérapeutique chirurgicale portant sur l'uretère lui-même.

Les auteurs rapportent deux observations typiques suivies de succès. La première de libération externe de l'uretère pelvien dilaté par compression (péri-urétérite scléreuse); la seconde de néphrolyse avec énervation bilatérale de l'uretère pelvien. Cessation des douleurs et de tous les symptômes généraux dans ce dernier cas où les uretères n'étaient ni déviés ni englobés par des adhérences inflammatoires; ils étaient seulement en état de contracture douloureuse, devenue permanente, sous l'influence d'une névrite sympathique succédant à une inflammation ancienne partie de l'appareil utéro-annexiel.

VESSIE

La syphilis de la vessie. (Chocholka. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1923, t. XVI, n° 2, p. 85, 97.) — Sur 705 spécifiques systématiquement examinés, l'auteur a rencontré 32 cas de syphilis vésicale. Il pense que pour établir ce diagnostic il faut :

1° Exclure la tuberculose (examen bactériologique négatif, réaction de von Pirquet négative, inoculation au cobaye négative). Réaction de Wassermann et Bellost positive.

2° Echec du traitement médical banal qui, parfois même, a aggravé l'état du malade.

3° Constatation d'une amélioration et de la guérison à la suite du traitement spécifique.

Le polymorphisme des manifestations syphilitiques de la vessie fait paraître cette maladie comme très rare.

Sous le nom de parasyphilis vésicale, il convient d'étudier les transformations du muscle vésical au cours de la syphilis nerveuse tardive (vessie à colonnes, rigidité du sphincter vésical, prostatiques sans prostate). Chez les adénomateux prostatiques, on rencontre la vessie à colonnes au stade terminal tandis que chez les urinaires parasyphilitiques elle apparaît au début de tous les symptômes sans qu'on puisse l'expliquer par un obstacle mécanique.

Cf. — Papillome dégénéré de la vessie traité par la curiethérapie. (ALAMARTINE et CHARLEUX. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1923, t. XVI, n° 4, p. 291, 294.)

La tuberculose des diverticules vésicaux. (DUVERGEY. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1923, t. XVI, n° 1, p. 1, 6.)

PROSTATE

L'éosinophilie du sang et les formes néoplasiques de la prostate. (M. NEGRO. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, fév. 1923, t. XV, n° 2, p. 99, 104.) — L'auteur a vérifié, dans le service de M. Marion, les résultats observés et publiés par M. Legueu et ses élèves. Les résultats qu'il a obtenus confirment ceux de l'école de Necker.

Dans l'adénome prostatique, l'hyperéosinophilie a été trouvée dans 75 p. 100 des cas et la polynucléose neutrophile fut presque toujours normale. Dans le cancer de la prostate, l'hyperéosinophilie est moins fréquente (45 p. 100), tandis que le nombre des polynucléaires neutrophiles est toujours supérieur à la normale. Ce fait, dans les cas douteux, peut donc s'ajouter aux éléments qui permettent un diagnostic différentiel entre l'adénome et le cancer.

URÈTRE

Gonococcies et permanganate. (BOULANGER. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1923, t. XVI, n° 2, p. 99, 108.) — Depuis l'avènement du traitement méthodique de la blennorragie par le permanganate de potasse, l'urétrite et ses complications ont subi de profondes modifications.

L'urétrite guérit mieux et plus rapidement : parmi les complications qu'on peut observer à distance, les sténoses urétrales sont de moins en moins fréquentes.

TESTICULE

De la vasoligature par épididymectomie employée contre la sénilité et des états dépressifs. (KUND SAND. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juin 1923, t. XV, n° 6, p. 431, 444.) — La vasoligature, par épididymectomie, est une opération qui n'est ni dangereuse ni nuisible. Dans les cas de sénilité, d'impuissance ou de dépression mentale, elle a paru très souvent donner de bons résultats. Il est cependant indispensable de continuer des expériences à ce sujet. La méthode de transplantation n'est pas toujours possible étant donnée la difficulté éprouvée à se procurer les greffes nécessaires. La vasoligature devrait alors lui être substituée.

Structure des testicules d'un chimpanzé et résultats physiologiques de leur greffe. (RETTERER et VORONOFF. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juin 1923, t. XV, n° 6, p. 417, 430.) — Les deux testicules d'un chimpanzé, âgé de cinq à six ans, ont été successivement greffés sur deux malades. Ces testicules, étudiés par Retterer, étaient au stade de prespermatogenèse. Les résultats physiologiques de la greffe furent cependant excellents et les auteurs concluent que les effets physiologiques de la sécrétion interne sont assurés et réalisés par la greffe d'un testicule jeune, dépourvu de cellules interstitielles et dont les cordons ou tubes séminipares ne contiennent encore qu'un revêtement épithélial réticulé et des ovules mâles.

PHYSIOLOGIE

Corrélation fonctionnelle vésico-rénale. (SERÈS. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, sept. 1923, t. XVI, n° 3, p. 177-204.) — Chez les malades en rétention d'urine aiguë dès les premières heures ou dans les instants qui suivent l'évacuation vésicale, il se produit de la polyurie. L'oligurie est la règle si la rétention persiste. La polyurie est plus intense chez les malades dont la contractilité vésicale est normale ou exagérée.

Il s'agit d'une transmission au rein des excitations vésicales par l'intermédiaire du sympathique. L'expérimentation sur l'animal le prouve. Les modifications de la sécrétion rénale, consécutives à la rétention, s'observent chez le chien au moyen de la distension ou de la faradisation vésicale. Il suffit d'énerver les pédicules rénaux pour les faire disparaître.

Ce système de corrélation nerveuse vésico-rénale est constitué par le ganglion mésentérique inférieur, dit vésico-rénal. Deux branches descendantes se dirigent vers la vessie ; deux branches ascendantes vont aboutir à l'intérieur de chacun des deux reins ou aux ganglions du pédicule rénal.

La corrélation nerveuse existant entre les reins et la vessie peut trouver son application clinique dans l'explication de quelques phénomènes ainsi que dans le traitement de quelques anuries pour lesquelles le système nerveux intervient seul ou associé à une autre cause.

PRONOSTIC

Quelques éléments de pronostic dans la toxémie. (SERRALLACH. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1923, t. XVI, n° 5, p. 337, 351.) — Souvent un malade succombe au cours d'une maladie ou à la suite d'une intervention chirurgicale, sans qu'on puisse connaître la cause du décès. On attribue trop volontiers ce dernier à l'urémie, au choc, au collapsus, etc. Cette erreur pourrait être évitée si au lieu de juger et d'agir en spécialiste, l'urologue cherchait, avant tout, à être un clinicien doublé d'un biologiste.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine comme moyen d'établissement du pronostic d'intervention chez les prostatiques. (NEGRO et COLOMBET. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1923, t. XVI, n° 1, p. 12, 28.) — Pour établir un pronostic avant l'intervention, cette épreuve doit avoir (suivant les auteurs) la priorité sur n'importe quelle autre méthode. Il ne faut pas cependant négliger l'examen des autres organes. La phénolsulfonephtaléine donne des renseignements précis sur le fonctionnement uréique. Ces renseignements sont moins exacts quand l'appareil circulatoire est lésé.

Cette méthode, facile dans son application, est à la portée de tous. Il est préférable de n'opérer que lorsque le malade a une élimination de phénolsulfonephtaléine d'au moins 45 p. 100 et soixante minutes après injection intraveineuse. S'abstenir au-dessous de ce chiffre.

Cf. — Epreuve de la phénolsulfonephtaléine en pathologie urinaire. (Ch. DAVID. *Gaz. des hôpit.*, 19 janv. 1924, n° 6.)

GÉNÉRALITÉS

Sur la déshydratation continue des étuves à formol et des sondes par le chlorure de calcium. (BONNET. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, fév. 1923, t. XV, n° 2, p. 111.) — Les sondes en gomme se ramollissent au bout d'un certain temps et ne peuvent plus être utilisées. Pour éviter cet inconvénient, il faut dessécher l'étuve qui les renferme en y maintenant une petite boîte métallique où l'on étale un peu de chlorure de calcium anhydre. Ce procédé conserve très longtemps aux sondes leur dureté normale et une surface sèche et brillante.

NOTES DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE[1]

Formes cliniques. — *A.* **Formes incomplètes.** — Douleur sans angoisse;

Angoisse sans douleur;

Douleur sans irradiation;

Douleur à siège atypique : à l'épaule, au coude.

A. **Angine abdominale.** — Douleur épigastrique avec sensation de plénitude et éructations, surtout après les repas. Malade traité pour « aérophagie ».

En réalité, aortite thoraco-abdominale.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic est facile dans la forme typique avec douleur rétrosternale avec irradiation au cou, à l'épaule et bras gauche, accompagnée d'angoisse.

Le diagnostic est malaisé dans les formes frustes, incomplètes. On éliminera :

1° La névralgie intercostale gauche, douleur persistante, points douloureux de Valleix;

2° Névralgie du plexus brachial, souvent du reste symptomatique d'angine de poitrine;

3° Névralgie du plexus cervical;

4° La topoalgie précordiale est due le plus souvent à un trouble digestif et siège dans la région gastrocolique.

Tous ces diagnostics sont relativement faciles.

Seule 5° L'extrasystole avec sa douleur précordiale et la sensation angoissante qui l'accompagne peut en imposer pour une crise d'angine de poitrine. Mais

— la sensation de choc,

— la brièveté extrême de la douleur,

— l'intermittence perçue au pouls,

tranchent le problème en faveur de l'extrasystole.

Enfin, l'angine de décubitus survenant au repos au lit ne sera pas confondue avec une crise d'asthme cardiaque, d'œdème aigu dont elle partage du reste la valeur pronostique.

Diagnostic causal. — En présence du syndrome angineux on examinera successivement : le pédicule cardiaque, le cœur, le médiastin. Les causes de l'angine de poitrine peuvent être groupées suivant le point de départ en :

Deux groupes « majeurs » (aorte et myocarde), et deux groupes « mineurs » (médiastin et angines nerveuses).

1° **Aorte.** — L'aortite est la cause par excellence de l'angine de poitrine. « L'angine de poitrine est le cri de souffrance de l'aorte malade » (Vaquez). C'est dans l'aortite que le syndrome angineux s'exprime avec le plus de pureté symptomatique. C'est avant tout une angine d'effort.

De toutes les variétés étiologiques c'est l'aortite syphilitique qui est la cause la plus fréquente, habituelle, de l'angine de poitrine. L'angine éclate, tantôt à l'occasion d'un effort violent, tantôt à l'occasion d'une poussée d'aortite aiguë.

Le siège de la douleur peut fournir des indications sur la topographie de la lésion. C'est ainsi que la barre rétrosternale est généralement liée à une aortite de la crosse, et quand avec des crises d'une acuité atroce coïncide l'absence de tout signe stéthacoustique on peut penser à une localisation sussigmoïdienne voire coronarienne, la plus redoutable de toutes. La douleur irradiée dans le dos traduit une aortite descendante, l'aortite abdominale se traduit par des douleurs épigastriques (angina abdominalis). Même dans l'aortite athéromateuse de l'ancien syphilitique parvenu à un âge avancé l'angine peut encore s'observer.

Dans l'ectasie, enfin, à côté des douleurs fixes, tenaces, térébrantes par compressions osseuses, l'on assiste parfois à des crises angineuses, rétrosternales, passagères et angoissantes.

Si l'aortite syphilitique, dans toutes ses modalités évolutives et régionales, est la principale cause de l'angine de poitrine, les autres aortites, du reste très rares, en font de même. Citons l'aortite rhumatismale, grippale, typhique.

Le diagnostic de l'aortite se basera sur les symptômes fonctionnels (angine de poitrine); les signes fournis par l'examen clinique (élargissement du vaisseau qui déborde le sternum à droite, qui se perçoit à la fourchette sternale, qui soulève la sous-clavière droite; double souffle à la base ou souffle systolique seul, mais accompagné d'un clangor du deuxième bruit).

Le diagnostic sera toujours complété par la radioscopie qui, en position oblique droite et gauche, montrera le vaisseau élargi, parfois déformé, souvent inégalement sombre. (Diamètre normal chez l'adulte : 2cm8; anormalement : 3, 4, 5 et parfois plus).

L'origine syphilitique de l'aortite suggérée par les antécédents du malade, la coexistence d'autres manifestations cutanées (cicatrices), muqueuses (leucoplasies), osseuses, viscérales (gros foie dur, signe d'Argyll, abolition des réflexes tendineux), sera confirmée par la réaction de Wassermann.

2° **Myocarde.** — La défaillance cardiaque, l'insuffisance ventriculaire gauche est, après l'aortite, la cause la plus fréquente de l'angine de poitrine.

Cette insuffisance ventriculaire gauche peut être primitive. C'est le cœur forcé avec angine d'effort. Mais généralement le muscle cardiaque n'est pas indemne. Il a été lésé par l'alcool, la syphilis, la fièvre typhoïde, la grippe.

D'autres fois, l'insuffisance ventriculaire gauche est secondaire à de l'hypertension avec ou sans sclérose rénale. C'est l'angine de poitrine des artérioscléreux pour laquelle Gilbert et Garnier invoquaient jadis une origine toxique.

L'insuffisance ventriculaire gauche peut encore venir compliquer une aortite et la question se pose de savoir si le syndrome angineux relève purement et simplement de l'aortite ou bien s'il traduit la défaillance du myocarde concomitante. Le pronostic et le traitement sont effectivement très différents dans les deux cas. On dira insuffisance ventriculaire gauche quand il s'agira d'une angine de décubitus; quant aux signes stéthacoustiques de l'aortite (double souffle) s'ajouteront : l'assourdissement des bruits du cœur, les extrasystoles d'alarme, la tachycardie, voire plus tard le galop, l'insuffisance mitrale fonctionnelle, l'alternance, le tassement de la tension différentielle.

Pour en finir avec l'angine de poitrine, liée à la défaillance cardiaque, nous dirons que la myocardite sénile peut se traduire par une crise douloureuse, véritable « crampe » du myocarde. Mais ces faits sont rares.

Ajoutons, enfin, que dans tous les cas, la crise d'angine n'est souvent que le prélude d'une crise d'œdème aigu du poumon et lors même que celle-ci n'éclate pas avec son allure bruyante et dramatique, il est de règle de constater le lendemain d'une crise douloureuse l'existence de râles fins qui remplissent la base du poumon gauche.

Ce n'est qu'après avoir minutieusement scruté l'état de l'aorte et du myocarde et s'être assuré de leur intégrité, que l'on dirigera l'investigation vers **le médiastin**. Exceptionnellement, l'angine de poitrine se voit dans les affections valvulaires (sténose mitrale en particulier).

3° La péricardite aiguë peut se révéler brusquement par une crise d'angine de poitrine (« griffes de fer » de Mirabeau).

Une variété de péricardite chronique, la phrénopéricardite adhésive sur laquelle insistèrent Trémolières et Louis Caussade, se traduit par la triade :

Angine de poitrine.

Disparition ou fixité du choc de la pointe du cœur.

Ombre triangulaire qui coiffe la pointe du cœur et repose sur le diaphragme.

Chez l'enfant, d'après le professeur Hutinel, la symphyse du péricarde est la seule cause de l'angine de poitrine.

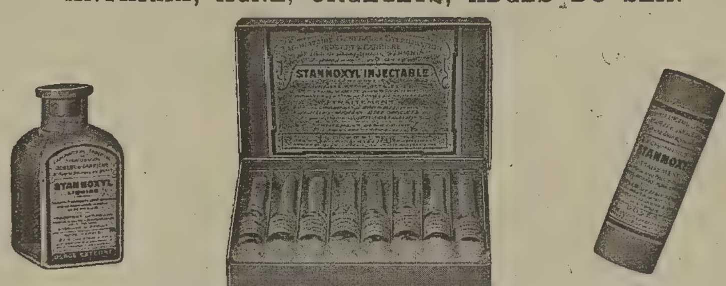
Dans la pleurésie, on a décrit l'angine prépleurétique.

Enfin, la médiastinite aiguë ou chronique, syphilitique surtout, associée parfois à l'aortite, peut donner lieu à de de l'angine de poitrine. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1924, n° 33, p. 554.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


STANNOXYL INJECTABLE
STANNOXYL

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. de Gaudart d'Allaines, 12 ; Gatellier, 18 ; Lorin, 15.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1924, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Est rapporté l'arrêté du 13 mars 1924 fixant l'ouverture de ce concours au 16 septembre.

— Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1924, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Ont été nommés dans les corps de sapeurs-pompiers :

MM. Roux, Adda, médecins aides-majors de 1re classe au bataillon de Marseille; Dubarry, médecin aide-major de 2e classe à la subdivision de Castel-Jaloux (Lot-et-Garonne); Gisclard, médecin aide-major de 1re classe à la subdivision de Laroque (Tarn-et-Garonne); Lefèvre, médecin aide-major de 1re classe à la compagnie de Colombes (Seine).

INSTITUT PASTEUR DE SAIGON. — Le docteur Charles Massias, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux et ancien chef de laboratoire de l'hôpital de Pellegrin, a été nommé chef de service à l'Institut Pasteur de Saïgon, chargé de la section d'histologie pathologique et de l'étude de la tuberculose en Cochinchine.

CANDIDATURES MÉDICALES (*suite*). — Paris et Seine : MM. les docteurs Jacques Worth, L.-J.-M. Loisel, Pierre Vachet, J. Robert, Jamart.

Bas-Rhin : M. Hugel.

Corrèze : M. Bosredon.

Gard : MM. Claron et Ducerf.

Vosges : MM. Albert Colin, ancien député ; Louis Lapicque, professeur à la Sorbonne.

PROPAGANDE ALLEMANDE CONTRE NOS STATIONS DE CURE. — On se rappelle sans doute certaines circulaires qui, l'an dernier, avaient été répandues à profusion parmi nos confrères et parmi la clientèle habituelle des stations thermales et climatiques.

Malgré leur caractère franchement diffamatoire pour tout le corps médical français, ces circulaires n'avaient provoqué qu'un émoi de courte durée, car leur aspect typographique et les termes dans lesquels elles étaient rédigées laissaient peu de doutes sur leur origine.

On y trouvait, en effet, des expressions d'un gallicisme douteux telles que « privilégiés confrères » et « médecins non dichotomes ».

D'après des renseignements qui nous sont communiqués par le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires, ces circulaires arrivaient par la Suisse et l'une d'elles, tout au moins, était imprimée à Aix-la-Chapelle.

Des circulaires analogues sont de nouveau adressées, depuis quelques semaines, aux médecins et au public.

La présentation typographique n'est plus la même, mais elle reste aussi suspecte; et l'on y retrouve — comble de maladresse — le même style choquant pour notre oreille.

Il n'est personne, dans notre profession, qui puisse prendre au sérieux ces documents, que l'absence de toute signature suffirait à rendre suspects. Mais l'en-tête ahurissante qui les place sous le patronage de l' « Union des médecins non dichotomes » pourrait, à la longue, troubler le public non instruit.

Il serait donc désirable que les médecins soucieux de la dignité de notre profession ne perdent aucune occasion d'indiquer à leur clientèle la signification véritable de cette propagande et lui fassent comprendre qu'elle ne saurait être l'œuvre d'un groupement français.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lutrot, médecin-major de 1re classe, à Aïn-Sefra, victime du devoir professionnel; Fernand Noc, médecin principal des troupes coloniales; Louis Pichon (de Shangaï), Pierrot (F.-A.-A.), médecin inspecteur de réserve, décédé subitement à Menton; Rolle (d'Anzin) et Adrien Stern (de Paris).

M. Michel Versini, étudiant en médecine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (51, rue de Clichy). — A la fin de la séance du vendredi 9 mai 1924, à 18 h. 15, le docteur Roger Glénard présentera deux films cinématographiques :

1° Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle (en collaboration avec le professeur Paul Carnot);

2° La palpation méthodique de l'abdomen.

DÉMOGRAPHIE

LA POPULATION DE LA FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1923

Le ministère du Travail publie la statistique du mouvement démographique de la France pendant l'année 1923. Cette statistique, qui porte sur l'ensemble des 90 départements français, est un peu plus satisfaisante que celle de l'année 1922. Le nombre des décès a diminué, d'une année à l'autre, de 22.000 environ, tandis que le nombre des enfants déclarés vivants augmentait de 2.000. Il est vrai que le nombre des mariages a diminué de 27.000.

Voici les résultats globaux pour les quatre dernières années et le rappel des chiffres relatifs à 1913 (y compris les trois départements alsaciens et lorrains) :

ANNÉES	POPULATION	NAISSANCES vivantes	DÉCÈS	MARIAGES
1923......	39.209.518	761.861	666.990	356.501
1922......	39.209.518	759.846	689.267	383.220
1921......	39.209.518	813.396	696.373	456.221
1920......	39.209.518	834.411	674.621	623.869
1913......	41.476.272	790.355	731.441	312.036

Le chiffre de la population pour les années 1920-1923 est celui du dernier recensement (population légale au 6 mars 1921) dans les 90 départements français. Le chiffre pour 1913 est basé sur la population légale en 1911 des 87 anciens départements français et sur la population présente en 1910 pour le Bas-Rhin, le Haut-Rihn et la Moselle.

La proportion des naissances d'enfants déclarés vivants en 1923 a été de 194 pour 10.000 habitants, inférieure à celles de 1921 et 1920 (207 et 213 pour 10.000); mais légèrement supérieure à la valeur de 1913 (191 pour 10.000).

La proportion des décès s'est abaissée à 170 pour 10.000 habitants au lieu de 176 en 1922 et 1913.

La proportion des nouveaux mariés par rapport à la population a fléchi à 182 pour 10.000 habitants, au lieu de 195 en 1922, 233 en 1921 et 318 en 1920; mais elle n'était que de 151 pour 10.000 en 1913.

Les résultats de 1923 présentent les caractéristiques suivantes : diminution notable de la mortalité, le nombre des décès étant le plus faible qui ait été enregistré en France; *état stationnaire de la natalité* par rapport à 1922; continuation du retour progressif vers le taux normal de la nuptialité, après l'accroissement exceptionnel du nombre des mariages qui a suivi la démobilisation.

BALANCE DES NAISSANCES ET DES DÉCÈS

L'année 1923 a fourni un excédent des naissances sur les décès de 94.871, soit 24 pour 10.000 habitants, au lieu de 70.579 ou 18 pour 10.000 en 1922, 117.023 ou 30 pour 10.000 en 1921 et 159.790 ou 41 pour 10.000 en 1920. L'accroissement constaté l'an passé par rapport à 1922 est dû presque en entier à la diminution du nombre des décès, 689.267 en 1922 et 666.990 en 1923; le nombre des enfants déclarés vivants s'est relevé insensiblement de 759.846 en 1922 à 761.861.

Si l'excédent des naissances constaté en 1923 est plus élevé que celui de 1922, il reste sensiblement inférieur à ceux de 1920 et 1921, mais il est supérieur à celui de l'année moyenne 1901-1913, qui était de 58.000 environ pour l'ensemble des 90 départements constituant le territoire actuel.

COMPARAISON AVEC LES AUTRES PAYS

La situation démographique de la France, un peu meilleure que celle de 1922 et des années précédant immédiatement la guerre, demeure toujours peu favorable par rapport à celle des autres nations. Dans tous ces Etats, l'excédent des naissances a diminué pendant la guerre, et l'on a même enregistré plus de décès que de naissances : en Belgique, de 1916 à 1918; en Autriche, de 1918 à 1919; en Allemagne, en 1917 et 1918; en Espagne et en Italie, au cours de l'année 1918 (épidémie de grippe). Mais les excédents de décès étaient plus faibles que ceux calculés pour la France. *La fin des hostilités a ramené dans ces pays, un accroissement de l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès; en 1921 et en 1922 les excédents à nombre égal d'habitants y ont été trois à cinq fois plus considérables que ceux enregistrés dans notre pays.*

RENSEIGNEMENTS

SANOTORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Le traitement fixe de début est de 8.000 francs et peut atteindre 11.000 francs par avancements successifs de 1.000 francs. Au bout de deux ans de services, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles, et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés, seront adressées au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au jeudi matin 15 mai 1924.

VACANCES DE DIRECTEURS DE BUREAUX D'HYGIÈNE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Boulogne-sur-Mer est déclaré vacant. Traitement 9.000 francs par an. Les candidats français, âgés d'au moins trente ans doivent se faire inscrire dans un délai de vingt jours à dater du 23 avril, au ministère du Travail et de l'Hygiène (directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès).

— La place de directeur du bureau de Denain (Nord) est vacante. Traitement 4.500 francs par an. S'inscrire dans un délai de vingt jours à partir du 27 avril 1924, au ministère du Travail, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau.

REVUE GÉNÉRALE

LES POLYNÉVRITES POSTSÉROTHÉRAPIQUES [1]

Par M. Léon POLLET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — Nous discuterons seulement le diagnostic des paralysies amyotrophiques. Nous avons d'ailleurs vu, dans les autres formes de névrites, les arguments que les auteurs donnent pour l'interprétation de leurs observations. Disons seulement que la douleur à la pression des troncs nerveux et des masses musculaires est pathognomonique des polynévrites sensitives.

Dans les cas de paralysies motrices, il faut d'abord éliminer les pseudo-paralysies, les impotences par lésions de voisinage et surtout par arthropathies. En particulier, dans le cas de Mouriquand, Dechaume et Ravault, l'impotence du bras, d'après les auteurs eux-mêmes, semblait plutôt liée à la douleur. Et Lhermitte pense qu'il s'agit là d'une amyotrophie réflexe consécutive à une arthropathie scapulo-humérale d'origine sérique. Il en donne pour preuves le peu de signes nerveux objectifs : pas de troubles de la sensibilité objective — ce qui n'est pas rare — mais aussi aucune perturbation des réflexes et une simple diminution de l'excitabilité électrique des sus et sous-épineux et du deltoïde. Les signes se réduisent à l'endolorissement de la racine du membre avec diminution des mouvements de l'épaule et à l'atrophie du sus et du sous-épineux et peut-être du deltoïde. Ce doute même, exprimé sur l'atrophie du deltoïde, sept mois après le début des accidents, alors qu'il existe une diminution nette de l'abduction du bras, est encore en faveur d'une impotence douloureuse sans paralysie vraie.

Après avoir passé en revue les autres lésions de voisinage capables d'amener une atrophie réflexe, il faut songer à la possibilité d'une pseudo-paralysie hystérique, fonctionnelle, pithiatique, telle qu'on en observe après un trauma plus ou moins léger et même une simple injection sérique. Elle a, en effet, pour siège d'élection, la région scapulo-humérale même si le trauma en a été très éloigné. Mais on sait combien le développement de ces hystéries traumatiques est progressif, indolore. Et surtout tous les signes qu'elles présentent peuvent être reproduits par la volonté; elles ne s'accompagnent donc ni de troubles de réflexes, ni d'anomalies d'excitabilité électrique.

Leurs troubles sensitifs sont segmentaires, modifiables par la suggestion. Leurs troubles moteurs, enfin, sont essentiellement systématisés à une fonction musculaire ou réalisent une monoplégie totale.

On pensera, enfin, aux myopathies, surtout à la forme dite juvénile d'Erb ou à la variété facio-scapulo-humérale de Landouzy-Déjerine. Mais elles ont un début progressif, souvent symétrique, dans l'enfance, ne s'accompagnent pas de troubles sensitifs ni de réaction de dégénérescence.

Il faut en rapprocher certaines dystrophies musculaires de type myopathique qu'ont signalé Claude, Vigouroux et Lhermitte après un trauma plus ou moins léger et distant de l'épaule ou même après une simple commotion.

Léri d'ailleurs a écrit que ces amyotrophies périscapulaires peuvent être spontanées constituant de véritables myopathies localisées, non familiales, non symétriques, non progressives. Mais ce sont dans tous les cas des atrophies pures, sans paralysie vraie ni troubles organiques nerveux.

Ce sont en effet les troubles, réflexes, électriques, etc., qui prouvent qu'il s'agit d'une paralysie organique proprement dite. Quelle est son origine? La flaccidité et la topographie des troubles moteurs suffisent à elles seules à éliminer la possibilité d'une origine cérébrale d'ailleurs exceptionnelle. On ne peut pas plus songer aux paralysies flasques d'origine médullaire, car celles-ci seraient moins parcellaires et s'accompagneraient d'autres signes traduisant, en particulier, l'atteinte plus ou moins discrète des faisceaux blancs de la moelle.

En outre l'amyotrophie myélopathique du type Vulpian, l'atrophie musculaire par commotion médullaire, la myélite syphilitique amyotrophique qu'a décrit Léri et qui peut débuter par l'épaule, s'accompagnent de contractions fibrillaires et d'autres signes propres à chacune de ces affections et leur évolution est d'ordinaire progressive.

Il ne peut en définitive, s'agir dans ces cas, que de radiculites ou de polynévrites (1). Certes les cas de M. Lhermitte présentent une topographie radiculaire, mais, comme y insiste cet auteur, ce sont des radiculites doublement dissociées au point de vue moteur et trophique, car elles intéressent inégalement les muscles innervés par les mêmes racines, et au point de vue sensi-moteur, car elles épargnent la sensibilité objective. D'autre part cette paralysie qui respecte bien souvent certains muscles qui, tel le long supinateur, font partie intégrante du groupe radiculaire Duchenne-Erb peut, au contraire, déborder dans des cas par ailleurs identiques, sur des muscles d'innervation très différente, comme le trapèze ou les crico-thyroïdiens (Marchal).

Marchal s'est d'ailleurs expressément refusé dans son 1er cas à admettre l'origine radiculaire des troubles, car les zones d'anesthésies observées appartenaient à des territoires radiculaires très éloignés l'un de l'autre. Cependant en faveur de la nature radiculaire des paralysies, on doit noter la diversité de l'état des réflexes dans les observations publiées (ce qui n'est pas rare dans les funiculites pour Sicard), et aussi la fréquence de l'atteinte simultanée de plusieurs territoires nerveux, même dans les cas d'apparence simple. Il nous paraît donc pouvoir exister suivant les cas des radiculites à la fois dissociées et associées du plexus brachial et des névrites proprement dites.

On peut d'ailleurs sans grand inconvénient réunir, comme nous l'avons fait, les deux groupes de faits sous la dénomination de polynévrites, car il s'agit toujours de la localisation à peine différente d'un même processus, tel qu'on l'observe d'ailleurs au cours de nombre de polynévrites toxi-infectieuses qui peuvent altérer le neurone périphérique en un point quelconque,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 34, p. 561.

(1) Nous englobons sous le nom de radiculites, les funiculites vertébrales de Sicard ou radiculites extradurales, qui sont d'ailleurs plus vraisemblablement en cause que les radiculites intradurales — bien que l'insuffisance des observations, à ce point de vue, ne permette pas de préciser ce détail diagnostique,

Enfin, dernière étape du diagnostic, il faut déterminer la nature de cette polynévrite.

Après avoir vérifié l'absence des causes locales d'une névrite ou d'une compression du plexus brachial (trauma, fracture, cal...), on passera rapidement en revue les causes générales des polynévrites dont l'aspect est d'ailleurs souvent presque pathognomique de leur nature.

Signalons seulement qu'il faut toujours penser aux agents toxiques : alcool, saturnime, arsenic, et même urémie ou diabète qu'une enquête sévère permettra d'éliminer. On n'oubliera pas qu'une diphtérie larvée du cavum peut coexister, par exemple avec une blessure ayant nécessité l'injection de sérum antitétanique et on pratiquera les recherches de laboratoire nécessaires pour dépister cette variété de polynévrite.

De même la syphilis et la tuberculose peuvent provoquer des polynévrites.

Signalons que dans des cas exceptionnels la tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet peut provoquer une parésie douloureuse du plexus brachial, comme l'ont décrit Léri et Teyssier.

Enfin Léri insiste sur la nécessité, dans les cas de pathogénie obscure, de pratiquer une radiographie qui peut montrer une côte cervicale ou des ostéophytes de la colonne cervicale par rhumatisme vertébral chronique resté inaperçu et pouvant donner naissance à des paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial en tout comparables aux observations de M. Lhermitte.

C'est seulement après avoir éliminé ces causes que l'on pensera à une polynévrite sérique surtout s'il y a eu d'autres accidents sériques. Nous allons maintenant étudier si même dans ce cas on peut toujours parler de névrite véritablement sérique

Pathogénie. — La pratique de la sérothérapie antitétanique à la fois dans un but préventif et curatif, la possibilité d'apparition de ces polynévrites aussi bien chez des sujets sains qu'après un tétanos confirmé, posent le problème de la pathogénie dans des conditions un peu différentes. Nous l'envisagerons dans son sens le plus large. Dans ce cas, après avoir éliminé la possibilité de coexistence d'une des causes habituelles de polynévrites, on peut a priori penser que les facteurs de cette complication nerveuse se réduisent à trois : la toxine tétanique, l'antitoxine, ou le sérum vecteur de cette antitoxine. Envisageons-les successivement.

Dans les névrites consécutives à un tétanos traité par le sérum, on pourrait croire à une action tardive de la toxine tétanique surtout quand il n'y a pas eu le moindre des accidents sériques ordinairement observés. Certains auteurs d'ailleurs lui refusent toute action paralytique en dehors de la forme céphalique spéciale décrite par Rose où l'on observe une paralysie faciale, qui est parfois accompagnée ou remplacée par d'autres paralysies des nerfs craniens.

Or nous avons retrouvé une observation de Huatek d'un cas de tétanos *non* traité par le sérum et suivi de polynévrite comparable à celles décrites après sérothérapie.

La voici résumée :

« Une femme de cinquante-quatre ans jusque-là bien portante est atteinte d'un tétanos généralisé, que l'on traite par le chloral, le bromure de potassium et la morphine. Amélioration nette en quatorze jours. Un mois après le début, la malade est prise de douleurs spontanées très violentes dans l'épaule gauche qu'elle compare à des vrilles, à des brûlures, augmentant au moindre contact. En même temps la main devient sans force et perd le sens du tact. Après une semaine les douleurs diminuent, mais les mouvements des doigts, l'abduction de l'épaule deviennent impossibles.

Peu après apparaît une cyphose aiguë dorsale supérieure avec contracture du trapèze gauche ; les mouvements de la face et de la tête restent normaux.

La main gauche est œdématiée dans sa totalité, sous une peau épaisse, rouge, brillante, unie, sans plis. Le premier espace interosseux ainsi que les éminences thénar et hypothénar sont atrophiés.

Les doigts sont légèrement en griffe. Le pouce est en adduction et opposition ; ses mouvements sont normaux à part la diminution de l'opposition aux quatrième et cinquième doigts. L'extension de ces deux doigts est diminuée, ainsi que leurs mouvements d'abduction et d'adduction.

La fermeture du poing est impossible. La flexion des articulations métacarpo-phalangienne est gênée. Les mouvements du poignet sont normaux. La force appréciée au dynamomètre est considérablement diminuée. Il y a inexcitabilité directe faradique du côté gauche pour l'éminence hypothénar et les deux premiers espaces interosseux, hypoexcitabilité pour le deltoïde. L'excitabilité galvanique est augmentée du côté gauche en général, sauf pour le deltoïde et les interosseux. L'excitabilité des autres muscles et nerfs est normale. Les réflexes périostés radial et cubital, le rotulien sont vifs.

L'excitabilité mécanique est en général augmentée surtout pour le trapèze. Le plexus brachial gauche est douloureux à la pression. La sensibilité objective est normale partout sauf un peu d'hypoesthésie à la pulpe des extrémités digitales gauches. Notons en outre une sensation de fourmillements à la main gauche.

Deux mois après le début apparurent des taches purpuriques aux plis articulaires métacarpo-phalangiens sensibles à la pression, des troubles trophiques, des ongles qui devinrent cassants et une atrophie légère des os de la main et du carpe visible à la radiographie.

C'est seulement deux mois et demi après le début que commença l'amélioration en même temps que le biceps devenait douloureux à la pression.

Enfin plus de trois mois après le début, l'abduction du bras redevint normale ainsi que les réactions électriques. L'atrophie musculaire et la paralysie disparurent, seules l'auriculaire et l'annulaire restèrent en flexion légère. »

Nous citerons encore un cas de tétanos publié par Kollmann, non traité par le sérum et suivi de douleurs de nature névritique dans les deux jambes.

D'ailleurs Durand a rappelé jadis à Lyon la fréquence des paralysies périphériques des membres post-tétaniques observées par les chirurgiens du premier Empire.

Ces observations suffisent à démontrer que contrairement à l'opinion classique, la toxine tétanique peut, à vrai dire exceptionnellement, provoquer des névrites périphériques.

On ne peut donc a priori lui refuser tout rôle dans l'apparition de névrites après tétanos traités par la sérothérapie. On peut admettre, en effet, comme Ehrlich pour la toxine diphtérique, que la

toxine tétanique est complexe et renferme, outre la toxine proprement dite, une toxone moins active, responsable des accidents tardifs et particulièrement des paralysies.

En outre, la toxone est moins avide d'antitoxine qui neutralise d'abord la toxine en laissant subsister la toxone comme le montre l'inoculation du mélange au cobaye. Il est vrai que certains auteurs, comme Bordet, n'admettent pas l'existence de la toxone qui ne serait que de la toxine incomplètement saturée d'antitoxine, ce qui d'ailleurs ne change rien aux faits. En effet, Roux et Vaillard ont montré que le sérum antitétanique ne neutralise pas complètement la toxine convulsivante comme le prouve l'inoculation positive du mélange aux animaux plus réceptifs ou débilités.

Enfin, Nicolle et Pozerski ont prétendu que le sérum ne détruit pas la toxine, mais la coagule et que l'organisme peut la décoaguler plus ou moins rapidement avant son élimination et permettre par conséquent l'exercice de son action nocive, après sérothérapie.

Signalons que, pour quelques auteurs, les paralysies s'observeraient dans les intoxications tétaniques plus massives que dans les formes spasmodiques habituelles.

Mais, si le rôle de la toxine n'est pas négligeable dans les névrites post-tétaniques, il apparaît difficile de l'admettre dans les cas plus fréquents, de névrites survenant chez les sujets injectés préventivement, d'autant plus que les instituts sérothérapiques, celui de Francfort en particulier, insistent sur la nécessité de vérifier l'absence de toxine tétanique en contrôlant les sérums.

Peut-on admettre le rôle de l'antitoxine ? Il semble vraisemblable, puisque le sérum antitétanique apparaît plus toxique que les autres sérums thérapeutiques, et que les névrites sont surtout observées après son emploi. Il est vrai que son usage à titre préventif est particulièrement fréquent.

Dans la discussion à la Société de chirurgie, en 1912, on a même incriminé, comme particulièrement nocif, le sérum antitétanique vétérinaire, mais M. Roux a déclaré alors que sa seule différence avec le sérum dit humain était qu'il contenait moins d'unités antitoxiques que ce dernier.

Le dernier facteur possible est le sérum lui-même qui sert de vecteur à l'antitoxine. Et il semble bien être le plus important. Il y a quelques années, on distinguait soigneusement les cas d'accidents survenant chez des sujets neufs ou, au contraire, chez des patients déjà injectés à un sérum quelconque. On réservait le nom d'anaphylactiques aux accidents du second groupe, encore que le début tardif des troubles, l'absence de shock brutal les sépare du type classique de l'anaphylaxie. Dans le premier cas on ne pouvait penser qu'à une intoxication spéciale. Actuellement, on sait qu'il existe des hypersensibilités à une injection première d'albumines étrangères, réalisant des troubles analogues à ceux que détermine l'anaphylaxie, et attribués, d'ailleurs, par certains auteurs à une véritable anaphylaxie par ingestion de certaines substances albuminoïdes. La distinction de jadis n'offre donc plus grand intérêt — et somme toute, il s'agit toujours de toxicité du sérum. Or, M. Besredka a prouvé que le sérum était d'autant plus toxique que moins âgé et que cettc toxicité s'atténuait par le chauffage.

Il conseille donc de n'utiliser que des sérums préparés depuis plus de deux mois et chauffés à 56 degrés pendant une heure, quatre fois de suite. En outre, certains animaux, même d'espèce identique et élevés dans les mêmes conditions, fournissent un sérum plus toxique. M. Besredka a même pu doser cette toxicité par inoculation intracérébrale à des cobayes sensibilisés. Il est vrai que d'autres expériences de Rosenau et Anderson ont montré qu'il s'agissait souvent d'une sensibilité plus grande du sujet récepteur car l'inoculation du sérum ayant provoqué des accidents donnait les mêmes résultats chez le cobaye qu'un deuxième sérum bien toléré par un autre patient.

Dans tous les cas, il semble que le sérum injecté agisse comme une albumine étrangère provoquant un choc colloïdal s'extériorisant parfois, sous des influences encore mystérieuses, par les réactions banales de la « maladie du sérum », mais pouvant aussi, à la faveur d'une sensibilité particulière de certains tissus ou organes, se traduire par des accidents plus rares, comme la polynévrite. Mais la fréquence relative de ces accidents, après la sérothérapie antitétanique, plus qu'avec toute autre, prouve que l'antitoxine et peut-être même la toxine tétanique jouent un rôle que nous nous proposons d'étudier expérimentalement dans un travail ultérieur. D'ailleurs, à notre connaissance, on n'a pas signalé d'accidents analogues à la suite d'injections de sérum pur, tel l'hémostyl, même quand on l'emploie de façon périodique et indéfiniment dans le traitement de l'hémophilie. L'absence de constatations anatomiques ne permet que des hypothèses au sujet des altérations intimes des nerfs atteints. S'agit-il d'un œdème interfasciculaire des troncs nerveux, analogue à l'œdème aigu du derme et du tissu sous-cutané comme le pensent Sézary et Dessaint ?

Y a-t-il inflammation du tissu cellulo-conjonctif péritronculaire, étranglant le nerf dans sa traversée de conduits rigides, ostéo-aponévrotiques, sans léser le tronc nerveux lui-même ? C'est la pathogénie névrodocitique de MM. Sicard et Cantaloube pour les paralysies du radial dans la gouttière de torsion, mais qui ne peut expliquer tous les cas.

Y a-t-il névrite proprement dite ? Ou bien les radiculites (funiculites) sont-elles consécutives à des arthrites des articulations voisines du tronc de conjugaison, analogues aux arthralgies si fréquentes dans la maladie du sérum.

Il est vraisemblable que chaque théorie s'applique à certains cas et explique la variabilité de ténacité de ces paralysies.

Pronostic. — Cependant, d'une façon générale, ces polynévrites ont tendance à régresser plus ou moins précocement.

Les paralysies motrices sont plus tenaces et surtout les amyotrophies peuvent persister un an, dix-huit mois et plus, surtout s'il y a eu D. R. complète. Mais, même dans ce cas, le pronostic est relativement favorable et il est encore amélioré par un traitement judicieux.

Traitement. — Le traitement curatif se résume en :

Electrothérapie : Galvanisation seule s'il y a D. R. avec interruptions brusques d'un courant de 15 à 30 milliampères, une des électrodes étant placée successivement sur chaque muscle. S'il y a seulement hypoexcitabilité faradique, employer la faradisation de préférence.

Massage et gymnastique méthodiques.

La cure à Aix-les-Bains peut être utile.

En outre, au début, on calmera les douleurs par les divers analgésiants, puis on administrera les médications toniques.

Prophylaxie. — Elle consiste d'abord à contrôler la toxicité des sérums et on n'emploiera que les sérums surchauffés et âgés de plus de deux mois. — En outre, M. Sicard recommande d'utiliser les méthodes anti-anaphylactiques de Besredka (doses fragmentées) ou celle qu'il a préconisée avec Paraf (injections intraveineuses de carbonate de soude). Mais, naturellement, la possibilité de complications sériques ne doit jamais faire hésiter le clinicien à mettre en œuvre la sérothérapie dans tous les cas où elle est indiquée, et à employer les doses fortes et rapprochées qui sont justement les plus propres à rompre « le charme anaphylactique » chaque fois qu'il peut avoir une action dans la pathogénie des polynévrites sériques.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENECH et BRENAS. Paralysie amyotrophique dissociée du plexus brachial à type supérieur consécutive à la sérothérapie antitétanique, *Revue méd. de l'Est*, 1er janv. 1922.
2. BESREDKA. Toxicité des sérums thérapeutiques, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1907.
3. CAUCHOIS. *Soc. de chir. de Paris*, 5 juin 1912, p. 826.
4. CLAUDE, VIGOUROUX et LHERMITTE. Sur certaines dystrophies musculaires du type myopathique posttraumatique, *Presse méd.*, 11 oct. 1915; *Soc. méd. des hôpit.*, 11 fév. 1916; *Progrès méd.*, 16 juin 1917.
5. DROUET. Réactions sériques au cours de la sérothérapie antitétanique chez les soldats, *Th. de Paris*, 1919.
6. DURAND. Paralysies amyotrophiques dissociées à type supérieur après sérothérapie antitétanique, *Th. de Paris*, 1919-1920, n° 132.
7. DYKE. Peripheral nerve lesions after antitetanic serum, *Lancet*, 20 avril 1918, t. 570.
8. EHRLICH. *Berl klin. Woch.*, 1903.
9. ENGELMANN. *Münch. med. Woch.*, 1897.
10. ETIENNE et BENECH. Névrite de la jambe droite après sérothérapie antitétanique, *Soc. de méd. de Nancy*, 25 fév. 1920, in *Revue méd. de l'Est*, 1er avril 1920.
11. GANGOLPHE et GARDÈRE. *Soc. de chir. de Lyon*, 17 janv. 1908, in *Lyon méd.*, 1er mars 1908.
12. GOUJARD. Les paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial consécutives à la sérothérapie antitétanique, *Th. de Paris*, 1920, n° 538.
13. GRÜNBERGER. Neuritis bei einem unter Serumbehandlung geheilten Fallvon Tétanus traumaticus, *Wiener. klin. Woch.*, 1904, XXVI, p. 737.
14. HNATECK. Tetanus und Neuritis, *Wiener med. Woch.*, 1905.
15. KOLLMANN. *Münch. med. Woch.*, 1899.
16. LEMAIRE. Recherche sur les accidents séro-toxiques, *Th. de Paris*, 1905.
17. LÉRI. Les paralysies amyotrophiques du plexus brachial par rhumatisme cervical chronique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 nov. 1918.
18. LÉRI et PERPÈRE. Les amyotrophies périscapulaires spontanées, *Presse méd.*, 24 juin 1918.
19. LÉRI et TEYSSIER. Parésie douloureuse du plexus brachial par tuberculose pleuropulmonaire du sommet, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 déc. 1917.
20. LHERMITTE. Les paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial à type supérieur et consécutives à la sérothérapie antitétanique, in *Soc. de neurol.*, 6 nov. 1919; *Revue neurol.*, 1919, n° 12; *Gaz. des hôpit.*, 6 nov. 1919, p. 1053; *Paris méd.*, 8 mars 1924.
21. MARCHAL. Un cas de polynévrite postsérique, *Arch. méd. belges*, déc. 1921.
22. MARCHAL. Un nouveau cas de polynévrite sérique, *Arch. méd. belges*, mai 1923.
23. MASON. *Journ. amer. med. Assoc.*, 14 janv. 1922.
24. MORICHAU-BEAUCHANT. Les paralysies postsérothérapiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 oct. 1923.
25. MOURIQUAND, DECHAUME et RAVAULT. Amyotrophie scapulaire douloureuse consécutive à la sérothérapie antidiphtérique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 10 avril 1923, in *Lyon méd.*, 25 août 1923.
26. SÉZARY et DESSAINT. Névrite postsérothérapique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 oct. 1923.
27. SICARD et CANTALOUBE. Paralysie radiale postsérothérapique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juin 1923.
28. THAON. *Congrès méd. de Paris*, oct. 1910, analysé in *Semaine méd.*, 1910.
29. VINCENT et RICHET fils. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 déc. 1911.
30. WEILL-HALLÉ et LÉVY. Troubles cardiaques sériques du X, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 fév. 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1924)

De l'influence du pouvoir bactéricide du lait cru sur les ferments lactiques entretenus dans du lait stérilisé et de la sélection empirique des ferments lactiques. — M. P. MAZÉ.

Des anatoxines. — M. G. RAMON a proposé le nom d'anatoxine diphtérique « pour désigner une toxine diphtérique ayant subi l'action prolongée de la chaleur à l'étuve, ou mieux encore l'action de la chaleur et de l'aldéhyde formique et qui, dépourvue de tout pouvoir nocif, flocule en présence de l'antitoxine comme la toxine d'où elle est issue et donne aux animaux auxquels on l'injecte une immunité active accompagnée de production d'antitoxine ».

Les expériences de l'auteur, faites soit avec de la toxine diphtérique, soit avec de l'abrine, soit avec du venin de cobra, montrent « la possibilité de transformer les antigènes toxiques en antigènes inoffensifs, en « anatoxines », ce qui facilite grandement l'immunisation des animaux et fournit aussi dans nombre de cas un moyen anodin de préserver l'homme d'affections graves ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1924)

La vision stéréoscopique maîtresse d'illusion. — M. BÉCLÈRE, sous ce titre, fait une étude physiologique intéressante de la vision binoculaire. Dans une série d'expériences qui consistent à regarder, sur l'écran, des points noirs à l'aide d'un lorgnon dont un verre est rouge et l'autre vert, à fermer tantôt un œil, tantôt l'autre, M. Béclère démontre qu'on obtient des images très différentes. Cherchant l'explication de ces différences, on la trouve non seulement dans l'étude des règles physiques, mais aussi et surtout dans l'examen des fonctions physiologiques du cerveau.

Contrôle de la vaccination antityphoïdique par la voie buccale. — M. ACHARD, en son nom et au nom de M. Bloch, fait un rapport sur une communication faite récemment par M. Besredka.

Les auteurs ont contrôlé chez des sujets ainsi vaccinés par la voie buccale l'immunité acquise. Ils n'ont pas obtenu la réaction d'agglutination, mais ils ont pu constater l'apparition d'anticorps à des dates variables. Toutefois une femme ainsi vaccinée eut, trois mois et demi après, une fièvre typhoïde grave. Trois hommes vaccinés par piqûre n'eurent que des formes légères.

Comme la vaccination par voie buccale serait beaucoup plus facilement acceptée par le public que celle qui emploie la voie hypodermique, il y a un grand intérêt à poursuivre ces recherches, encore peu concluantes, malgré certaines

statistiques montrant l'arrêt d'une épidémie dans un village après l'emploi du bilivaccin par sa population. En cas d'épidémie il faut agir vite et l'injection semble ici plus sûre. Hors d'une épidémie, les vaccinations par voie buccale, qui demandent plus de temps, peuvent être tentées : mais il reste à déterminer la durée de l'immunité qu'elles confèrent.

Immunisation contre la diphtérie. — M. MARTIN, au nom d'une Commission composée de MM. Roux, Calmette et Martin, rapporteurs, analyse trois importants mémoires qui ont été adressés à l'Académie, concernant l'immunisation de l'homme par l'antitoxine diphtérique.

M. Martin conclut que la méthode de Ramon présente un réel intérêt. Cette méthode consiste à laisser vieillir à l'étuve, pendant plusieurs semaines, la toxine diphtérique au contact du formol. On obtient ainsi l'anatoxine, qui confère l'immunité, comme le sérum, mais sans produire aucun accident. Pour M. Martin, la méthode serait surtout intéressante chez les tout jeunes enfants.

L'incompatibilité des fonctions de médecin traitant avec celles de médecin contrôleur ou expert. — M. BALTHAZARD, chargé d'un rapport sur ce sujet, conclut en proposant à l'Académie d'émettre le vœu suivant : L'Académie de médecine, s'inspirant surtout de l'intérêt des malades, estime qu'il y a incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin contrôleur ou expert.

— Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Etude sur l'hygiène hospitalière. — M. LESAGE communique les résultats des faits observés dans son service d'Hérold depuis vingt ans dans le but d'établir la valeur de l'isolement des enfants dans des boxes, sa statistique porte sur 9.035 nourrissons et 15.440 enfants de trois à seize ans. La mortalité a été très nettement abaissée chez ces derniers (de 17 et 33 p. 100 à 4 et 12 p. 100), beaucoup moins chez les nourrissons (de 26 et 68 p. 100 à 24 et 48 p. 100), ce qui tient à ce que les maladies qui frappent le plus souvent ces derniers (choléra infantile, tuberculose, affections héréditaires) ne sont pas de celles où l'isolement puisse jouer un grand rôle.

L'action de la nation en faveur des tuberculeux de la guerre. — M. Georges BROUARDEL. Parmi les victimes les plus intéressantes de la guerre, se placent les tuberculeux dont la maladie a été provoquée ou aggravée par les hostilités. La nation leur doit, dans la plus large mesure possible, indemnisation du préjudice qui leur a été causé ; elle leur doit aussi le traitement de leur maladie.

Ces deux actions sont acquises par les lois ; elles sont complétées — au point de vue matériel et moral — par les interventions multiples de l'Office national des mutilés.

Toute cette action — à l'organisation de laquelle M. Georges Brouardel a eu l'honneur de collaborer — a donné déjà d'intéressants résultats en ce qui touche tant les intérêts des tuberculeux de la guerre que ceux de la société même.

A. INDEMNISATION. SOINS DONNÉS AUX TUBERCULEUX DE LA GUERRE. — Ce sont là les deux points capitaux. L'indemnisation des tuberculeux a été établie par le décret du 17 octobre 1919, après avis d'une commission composée des professeurs Léon Bernard, Bezançon, Sergent, des docteurs Crouzon, Langlois, Rist et Ballet. Elle est basée sur ce fait que des tuberculeux à lésions caractérisées et en activité avec présence de bacilles dans l'expectoration doivent pouvoir se soigner complètement et se placer au repos complet ; elle les considère comme atteints d'une infirmité de 100 p. 100.

D'autre part, dans l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les tuberculeux de la guerre ont droit aux soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Enfin, ils peuvent être admis — lorsque leur état le justifie — soit dans un hôpital, soit dans un sanatorium.

B. ACTION DE L'OFFICE NATIONAL DES MUTILÉS. — 1° *Appui moral et financier aux tuberculeux ayant repris une vie relativement active.* — Un certain nombre de tuberculeux ont repris une partie de leurs occupations ; ils vivent en famille, mais ils ont besoin tant pour eux-mêmes que pour préserver leur entourage, d'appui, de conseils éclairés. L'Office national des mutilés de la guerre a pensé que ce rôle ne pouvait être mieux tenu que par le Comité national de la tuberculose ; aussi a-t-il permis à ce dernier de développer son action en lui donnant d'importantes subventions : dont le total s'est élevé de 1919 au 31 décembre 1923, à 1.350.000 francs.

On sait que le Comité de défense contre la tuberculose a créé un grand nombre de comités départementaux, on connaît le rôle de ces centres dans la lutte contre la tuberculose ; par les efforts de l'Office national des mutilés ces organismes collaborent de plus en plus étroitement avec les comités départementaux des mutilés et réformés de la guerre.

2° *Aide aux tuberculeux hospitalisés.* — Un certain nombre de tuberculeux présentent des formes évolutives susceptibles d'être modifiées par un traitement suivi soit dans des établissements spéciaux (tuberculeux osseux ou ganglionnaires), soit dans des sanatoria ou dans des hôpitaux.

L'Office national, dans le but de faciliter ces diverses hospitalisations, met à la disposition des comités départementaux des crédits spéciaux capables de servir, pendant la durée de l'hospitalisation, au chef de famille des allocations (2 francs pour la femme ou chaque enfant de moins de seize ans, ou infirme).

En outre, grâce aux crédits mis par l'Office national à leur disposition, les comités départementaux ont pu secourir régulièrement un grand nombre de tuberculeux soignés à domicile.

3° *Remise au travail de certains tuberculeux. Rééducation professionnelle.* — Il y a un grand intérêt social et personnel à ce que les tuberculeux — dont la maladie subit un arrêt ou une régression notamment dans les formes qui évoluent vers la sclérose — reprennent autant qu'ils le peuvent et sous la surveillance médicale, des occupations capables de les distraire et de faciliter la vie de leur famille. Il est ainsi apparu qu'il y aurait intérêt à rééduquer ces tuberculeux au travail, sous une direction médicale compétente.

Ces cas — pour réels qu'ils sont — apparaissent actuellement, nous le disons tout de suite, comme relativement limités. La mise à un travail, modéré bien entendu et interrompu dès qu'il entraîne une fatigue paraît réussir assez bien à certains tuberculeux indiqués précédemment : néanmoins, elle constitue encore à l'heure actuelle une expérience qui doit être menée avec prudence.

Il faut rappeler qu'en 1914 à la veille des hostilités, le service de santé militaire installait à Tonnay (Charente) une colonie agricole pour tuberculeux ; en octobre 1916 le service de santé également ouvrait à l'hôpital militaire de Campagne-les-Bains une section spécialement destinée à la réadaptation au travail des tuberculeux.

L'Office National depuis sa création a mis cet essai en pratique sur une plus grande échelle et a créé trois établissements qui fonctionnent actuellement.

Les métiers enseignés dans ces établissements — sous la surveillance et l'autorité des médecins — sont : l'agriculture, la petite culture, l'élevage.

Jusqu'à ce jour plus de 700 tuberculeux y ont été admis ; plus de 500 en sont sortis rééduqués. L'expérience se poursuit en donnant des résultats intéressants.

4° *Prêts d'honneur. Habitation à bon marché.* — Dans les cas où la rééducation a réussi, de grandes difficultés se présentent à la sortie des malades : ils peuvent bien toutefois au même titre que les autres mutilés, obtenir des prêts des caisses locales et régionales des crédits agricoles ainsi que des sociétés de crédit immobiliers. Malheureusement les tuberculeux éprouvent de sérieuses difficultés pour contracter l'assurance sur la vie réclamée en pareil cas comme garantie. Les lois, relatives au crédit agricole, et les lois sur ces habitations à bon marché et la petite propriété) prévoient il est vrai que lorsque l'emprunteur n'aura pas été admis à contracter l'assurance, celle-ci pourra être souscrite par son conjoint ou par un tiers s'ils s'engagent solidairement au remboursement des prêts. Ces difficultés gênent toutefois singulièrement l'obtention du crédit nécessaire.

Pour remédier autant que possible à cet inconvénient, l'Office National accorde aux tuberculeux rééduqués des prêts d'honneur.

Enfin l'Office National des Mutilés s'efforce de faciliter l'acquisition de logements salubres par les tuberculeux de la guerre comme par les autres mutilés.

Dans ce but il accorde des subventions aux offices publics, sociétés et fondations de logements à bon marché, ainsi qu'aux sociétés de crédit immobilier en vue du logement des victimes de la guerre où de l'acquisition par eux d'une petite propriété dans les termes prévus par la législation sur les habitations à bon marché.

Il existe en outre (depuis le 23 mars 1923) des prêts à 1 p. 100 remboursables en dix ans aux tuberculeux comme aux autres victimes de la guerre.

Enfin, l'Office a décidé d'accorder des avances de 5.000 fr. aux tuberculeux comme aux autres pensionnés de guerre qui solliciteront un prêt pour parfaire le prix d'acquisition d'une maison remplissant les conditions prévues par la législation sur les habitations à bon marché.

Tels sont brièvement résumés, les principaux modes de l'action de la Nation en faveur des tuberculeux de la guerre.

Bien des points sont bien entendu, susceptibles d'être perfectionnés, mais toutefois l'œuvre est maintenant assez complète pour qu'il ait semblé intéressant d'en donner une vue d'ensemble.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1924)

La valeur sémiologique de l'analyse du suc gastrique (*deuxième partie*). — M. L. LEMATTE dans cette seconde partie (voir séance du 12 mars) étudie :

1° Une méthode qui donne le statisme du suc gastrique;

2° L'influence des quantités variables de pepsine et d'acide chlorhydrique sur la protéolyse gastrique;

3° La composition du repas d'Ewald et l'action de l'acide chlorhydrique sur l'amidon;

4° Les différences qu'on obtient dans la répartition des principes chlorés avec la méthode statique et celle d'Hayem-Winter.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

a. L'albuminoïde peut se combiner avec l'acide chlorhydrique pour donner des complexes acides et neutres vis-à-vis de certains indicateurs titrimétriques;

b. La pepsine est un catalyseur qui dissocie rapidement l'albuminoïde, alors que l'action de l'acide chlorhydrique aux températures de 37-40 degrés est très lente;

c. La méthode décrite permet de mesurer le statisme du chlore et la dissociation de l'albuminoïde par la titrimétrie du suc gastrique au moment du tubage;

d. Le choix du repas d'Ewald pour l'analyse du suc gastrique n'est pas à recommander parce que sa richesse en amidon et sa faible teneur en albuminoïde faussent complètement les résultats obtenus pour la répartition du chlore combiné et l'évaluation de la protéolyse.

e. L'analyse du suc gastrique doit être à la fois qualitative et quantitative. Il est indispensable de connaître les quantités de suc évacuées dans l'intestin et celles sécrétées par l'estomac. En rapportant les chiffres donnés à ces valeurs le clinicien aura une idée exacte du travail fourni par l'organe.

Hypertensions artérielles et contre-indications aux cures thermales sulfurées. — M. Albert LIACRE (d'Allevard) expose dans sa note ce qu'il faut entendre par action d'une cure sulfurée sur la tension artérielle et montre que pour les stations sulfurées comme pour les autres la clinique est insuffisante pour mettre en évidence l'action pharmacodynamique d'une eau sur la tension.

Il estime qu'en général les statistiques données au point de vue qui l'occupe ne sont pas suffisamment étudiées et qu'elles ne peuvent en réalité servir de base. Entre autres il signale l'intérêt qu'il y a de tenir compte de l'altitude qui a évidemment une importance particulière sur la tension artérielle. On doit également tenir compte d'autres facteurs et en particulier de la température. Enfin dans l'étude des tensions il est nécessaire de tenir compte de la Mx, de la Mn et de PD; ces différents points de repère devant être pris d'ailleurs dans de bonnes conditions (malade couché, le bras à la hauteur du cœur, en dehors des périodes de digestion, etc.).

De la valeur thérapeutique du Fenugrec et de son emploi comme succédané de l'huile de foie de morue. — M. Paul BLUM (de Strasbourg) présente une étude très complète sur cette plante herbacée. A la suite des observations du professeur Renon, et de M. Henri Leclerc l'auteur nous apporte ses propres observations d'une très haute documentation.

Ayant réparti les malades chez lesquels il a utilisé cette plante en trois groupes : 1° asthénies dites essentielles ou états de maigreur anorganique; 2° asthénies liées à des manifestations diathésiques ou nerveuses; 3° asthénies liées à des maladies infectieuses, M. Blum a constaté toujours une amélioration soit dans le poids, soit dans l'appétit et en général sur le métabolisme des organismes.

En somme, le Fenugrec lui paraît agir comme l'huile de foie de morue; le seul inconvénient de cette plante est son odeur assez nauséabonde et son amertume. Cet inconvénient a été éliminé par le professeur Laborde qui est arrivé à désodoriser la poudre de Fenugrec. La dose moyenne par jour est de deux cuillères à café mélangées à du bouillon, à du lait ou à de la confiture. Il semble que l'action médicamenteuse du Fenugrec est due à sa richesse en phosphore, en lécithines et en fer, et enfin à sa quantité considérable d'hydrates de carbone.

LA CINQUIÈME RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

La cinquième réunion d'études biologiques de neuro-psychiatrie a eu lieu le 27 mars dernier à l'Asile Sainte-Anne, sous la présidence du professeur Henri Claude.

MM. SANTENOISE et VIDACOVITCH montrent, à l'aide de graphique, les **modifications du tonus neuro-végétatif sous l'influence de la teinture d'aubépine (cratoegus oxycantha) en ingestion**. Ils ont noté la diminution et la disparition progressives du réflexe solaire en même temps qu'une légère exagération du réflexe oculo-cardiaque. Dans des cas nets d'hypersympathicotonie, les auteurs ont obtenu de bons effets thérapeutiques avec ce produit auquel ils adjoignent, en raison soit de la libération, soit de l'hyperexcitabilité du parasympathique, un paralysant du vague comme la belladone ou le gardénal.

MM. SANTENOISE, CODET et VIDACOVITCH apportent les résultats de leurs recherches sur **un test de sincérité chez les toxicomanes**. Les produits utilisés par les toxicomanes sont des inhibiteurs du pneumogastrique, supprimant le réflexe oculo-cardiaque; celui-ci reparaît rapidement lors du sevrage. S'il y a une fraude durant la cure de désintoxication on ne voit pas le réflexe oculo-cardiaque reprendre sa valeur normale. En le suivant au jour le jour, les auteurs ont pu constater que ses variations indiquent assez exactement l'ordre de grandeur des doses toxiques absorbées. Dans trois cas ils ont pu, grâce à ce procédé, avoir la preuve de supercheries commises par les malades durant leur sevrage. Il y a donc là un moyen de contrôler la sincérité des toxicomanes au cours du traitement.

M. Henri CLAUDE projette les coupes histologiques d'un cas de **mélancolie symptomatique** qu'il a pu étudier à la fois au point de vue clinique et au point de vue anatomique. Il s'est agi d'une jeune fille de vingt et un ans, sans antécédents héréditaires, chez qui s'était installé assez brusquement un syndrome clinique de mélancolie anxieuse avec immobilité, mutisme, opposition, plaintes. Il y avait eu au début quelques phénomènes hallucinatoires et l'affection dura en tout six mois, au bout desquels la malade, malgré l'alimentation artificielle prolongée, succomba. Elle avait eu à deux reprises des hémorragies intestinales abondantes et sur la fin de la vie paraissait souffrir beaucoup, poussait sans cesse des cris et des gémissements. A part une lymphocytose légère (17 éléments), le liquide céphalo-rachidien avait été trouvé normal. A l'autopsie on constata un amincissement considérable à des endroits déterminés des parois intestinales, amincissement consécutif à des ulcères multiples, cicatrisés ou non. Au cerveau, hyperplasie diffuse des méninges, altérations de tous les éléments cellulaires du cortex, avec neuronophagie dissé-

minée, proliférations névrogliques dans le noyau caudé, manchons leucocytaires autour des vaisseaux thalamiques. Moelle : démyélinisation des fibres nerveuses dans la zone cornu-radiculaire et les racines postérieures, sclérose vasculaire et hyperplasie méningée. Le professeur Claude discute l'étiologie possible de ce cas : hérédo-syphilis ou encéphalite épidémique; le diagnostic différentiel ne pourra être tranché qu'après un examen minutieux, en série, des noyaux centraux, du locus niger et du locus cæruleus.

MM. Lhermitte et Grenier ont étudié l'**oxalorachie** dans diverses affections. Ils ont utilisé la méthode de Kremer et Fisdal. D'après les auteurs, le liquide céphalo-rachidien contient toujours des quantités plus ou moins notables d'acide oxalique dont le taux varie de 50 milligrammes à 300 milligrammes par litre. L'oxalorachie ne semble nullement proportionnelle ni à l'extension ni à la qualité de la lésion cérébrale mais, pour une affection donnée et stationnaire, le taux de l'oxalorachie ne varie pas. Au contraire, celui-ci s'élève lorsque la maladie s'aggrave et, dans deux cas, les auteurs ont observé une élévation très considérable de l'oxalorachie à la période préagonique.

MM. Lhermitte et Cuel projettent les coupes histologiques se rapportant à un cas de **maladie d'Alzeimer typique.** Les lésions fondamentales consistent dans la surcharge lipoïdique et la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses du cortex, le farcissement des gaines périvasculaires par les granulations graisseuses, le nombre considérable des « plaques séniles » et leur confluence en certaines régions telle que l'aire calcarinienne, par exemple; l'intensité de la lésion neuro-fibrillaire décrite d'abord par Alzeimer; enfin dans les altérations régressives et dégénératives du corps strié. C'est à cette lésion striée que les auteurs rattachent l'origine d'une série de manifestations communes dans cette variété de démence présénile et dont, jusqu'ici, la nature n'avait pas été définie.

MM. G. Bourguignon et P. Schiff ont étudié l'excitabilité musculaire chez divers malades du service de prophylaxie mentale (docteur Toulouse). **La mesure de la chronaxie chez dix sujets présentant un syndrome clinique de psychasthénie,** ainsi que chez deux cyclothymiques à la phase dépressive pris comme témoins, a donné des valeurs tantôt normales et tantôt pathologiques. Les chronaxies étaient normales chez les deux cyclothymiques et, d'autre part, chez les psychasthéniques qui se plaignaient avant tout d'une incapacité de l'effort intellectuel, sans signes accusés d'asthénie musculaire. Au contraire la chronaxie était altérée (quelquefois augmentée et le plus souvent diminuée) chez les malades dont la faiblesse musculaire conditionne les troubles psychologiques et chez ceux dont le syndrome asthénique s'accompagne de gros désordres vago-sympathiques. Ces recherches seront continuées, leur confirmation permettrait peut-être une classification pathogénique des psychasthénies.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CIVILE. MALADIES PROFESSIONNELLES

LOI DU 25 OCTOBRE 1919. QUESTION DE SA RÉTROACTIVITÉ

Le tribunal civil d'Orléans, par un jugement du 16 mars 1923 avait condamné l'imprimerie de ... et la Compagnie d'assurances à payer à G... une rente annuelle et viagère de 1.233 fr. 75, à compter du 30 août 1922, et ce par application de la loi du 25 octobre 1919, étendant aux maladies professionnelles la loi du 9 avril 1898.

Appel fut formé contre cette décision par l'imprimerie et la Compagnie d'assurances ; et la Cour d'Orléans a rendu un arrêt le 13 février 1924 (*Gaz. du pal.*, 10 avril 1924), qu'il est utile de connaître.

Tout d'abord les appelants ont soutenu qu'il y avait prescription; mais la Cour a écarté ce moyen en disant : « que l'article 5 de la loi du 25 octobre 1919 n'édicte aucune sanction pour déclaration tardive et qu'il est admis que cette déclaration tardive de la victime n'entraîne pas la nullité de son action. » Ils avaient invoqué, en outre, que G..., ayant présenté des signes de saturnisme antérieurement à la date d'application de la loi du 25 octobre 1919, ne saurait en bénéficier en raison du caractère de non-rétroactivité des lois; mais la Cour a rejeté encore ce moyen : « Attendu que le but de la loi du 25 octobre 1919 a été avant tout de réparer un préjudice, un dommage causé par le travail dans certaines industries et de faire cesser un état de choses antérieures; que le législateur a voulu étendre aux maladies d'origine professionnelle la législation sur les accidents du travail. Attendu que la loi s'applique non seulement aux faits futurs se produisant sans aucune relation avec un fait antérieur, mais encore aux faits futurs qui sont la conséquence de faits antérieurs ; que spécialement la loi du 25 octobre 1919 est une loi d'ordre public comme celle de 1898, dont elle est le développement ; qu'en raison de ce caractère, elle doit s'appliquer aux conséquences futures des contrats passés antérieurement ; qu'il en résulte que la maladie professionnelle visée par la loi et toute manifestation de cette maladie doit être considérée comme un véritable accident. »

Et l'arrêt ajoute : « Attendu d'ailleurs que, pour permettre aux employeurs de se couvrir des risques qui leur incombent, l'article 13 édicte que la loi nouvelle ne devait entrer en vigueur que quinze mois après sa promulgation et qu'à la date du 28 janvier 1921, la loi prenait toute sa force obligatoire. »

La Cour a confirmé la décision des premiers juges.

C'est une question controversée que celle de savoir si la loi du 25 octobre 1919 est rétroactive ; la question revient à se demander si cette loi règle les suites anciennes d'une situation antérieure. La décision ci-dessus rapportée répond affirmativement ; mais un jugement du tribunal civil de la Seine du 1er mars 1923 (*D.* 1923-2-65) est en sens contraire. Dans l'espèce de ce jugement, un ouvrier galvanoplaste stéréotypeur travaillait chez un industriel employant le plomb, dont la profession figurait dans la liste des professions prévues aux tableaux annexes de la loi du 25 octobre 1919. A la suite de troubles saturnins, cet ouvrier avait dû cesser son travail le 22 décembre 1921. Le juge de paix du 14e arrondissement de Paris avait condamné l'industriel à payer le demi-salaire pendant une certaine période; et à la suite de l'appel formé contre sa décision, le tribunal s'est trouvé saisi d'une demande de rente de 258 francs, calculée sur un salaire de 8.400 francs et une réduction de 8 p. 100.

L'expert avait constaté que l'ouvrier était atteint de myalgie-arthralgie, maladie prévue au tableau annexé.

Le jugement, en cet état, déclare : « Mais attendu que cette incapacité permanente existait bien antérieurement à l'application de la loi du 25 octobre 1919; que J... travaillait dans le plomb depuis l'âge de treize ans, a été réformé, en 1916, pour des manifestations de l'intoxication saturnine sur le tube digestif et a reçu une pension de 10 p. 100. Attendu que, pour que l'ouvrier puisse avoir droit à une rente, il faut que l'incapacité de travail soit survenue depuis l'entrée en vigueur de la loi ; que la loi n'a voulu viser que les ouvriers dont l'état n'a donné lieu antérieurement à aucune manifestation de maladie saturnine ou mercurielle et dont la maladie s'est révélée pour la première fois depuis la mise en vigueur de la loi. »

Les deux décisions sont contraires. Il nous apparaît que la plus juridique est celle du tribunal civil de la Seine. En effet, prenons deux ouvriers qui ont eu des manifestations de maladies professionnelles avant la loi de 1919 : le premier a été atteint d'une incapacité absolue; ne pouvant plus se faire employer, il ne peut pas, survenant la loi de 1919, recourir contre un patron pour lui demander le bénéfice de cette loi. Le second n'a été atteint que d'une incapacité partielle ; il peut se faire employer après la mise en vigueur de la loi. Va-t-on permettre à ce dernier de réclamer le bénéfice de la loi et le refuser au premier ? Ce serait inadmissible, et injuste.

La loi nouvelle n'a pas dérogé au principe de la non-rétroactivité des lois ; elle semble avoir manifesté son intention à ce sujet en reculant de quinze mois l'application de la loi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La quatrième session des Journées Médicales de Bruxelles se tiendra au Palais d'Egmont, du 29 juin au 2 juillet, sous le Haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges. Les plus hautes personnalités ont donné leur appui à ces réunions scientifiques où se rendent chaque année des centaines de praticiens et qui ont eu la plus heureuse influence sur les relations scientifiques entre les pays alliés et amis. Dans le Comité d'honneur nous relevons les noms de LL. EE. M. l'ambassadeur de la République Française, M. l'ambassadeur du Japon, M. le ministre de Suisse, M. le ministre de Roumanie, M. le chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg; des ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène, des Affaires étrangères, des Sciences et des Arts, de la Défense nationale; du bourgmestre de Bruxelles, du gouverneur du Brabant, de l'inspecteur général du Service de Santé de l'armée, du directeur général de l'Hygiène, du Président du Conseil d'administration, du Recteur et des professeurs de clinique de l'Université de Bruxelles.

Comme chaque année notre excellent confrère *Bruxelles-Médical* veillera à donner l'extension la plus grande au côté pratique des Journées, dont la formule nouvelle, qui tend à se généraliser, tient le juste milieu entre le Congrès trop spécialisé et les cours de perfectionnement trop absorbants. Les matinées seront réservées aux séances opératoires et aux démonstrations cliniques dans les hôpitaux et les cliniques; les après-midi aux conférences, communications et projections cinématographiques, particulièrement nombreuses cette année. En trois jours, avec le concours dévoué des chefs de service bruxellois et de spécialistes étrangers, les médecins seront mis au courant de tout ce qui s'est fait de nouveau dans la thérapeutique et dans la chirurgie de toutes les spécialités. Dès à présent, nous pouvons citer parmi les conférenciers, MM. le docteur Alexis Carrel, du *Rockefeller Institute de New-York*, qui parlera, à la séance inaugurale, des *Tréphones cellulaires et leurs fonctions*; le professeur Bordet, directeur de l'Institut Pasteur; le professeur Cantacuzène (Bucarest); le professeur Marcel Labbé (Paris). qui entretiendra ses auditeurs de l'*Insuline*; le professeur Dustin et Cerf (*Les tumeurs du tube digestif*); professeur Ley (*Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce*); docteur Pauchet et R. Glénard (*La palpation méthodique de l'abdomen*); docteur Dartigues (*Greffes testiculaires selon la méthode de Voronoff*); docteur Lespinne (*Ce que le praticien doit connaître à l'heure actuelle de la sporotrichose*); docteur Levaditi (*Etat actuel du problème de l'encéphalite léthargique*); docteur Bidou (*Récupération fonctionnelle des paraplégiques*); professeur Paul Carnot et R. Glénard (*Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle*); docteur Kopaczewski (*Protéinothérapie aspécifique. — Transfusion du sang. — Colloïdothérapie*); docteur Siffre (*Coefficient minéral des dents et la tuberculose*); docteur Cerf (*Le tubage duodénal*); docteur Gardette (*Les stations thermales et climatiques doivent être avant tout des villes de cure*); docteur Keersmaeckers (*Le traitement du rhumatisme articulaire aigu*); docteur Pierre Robin (*Les difformités maxillaires*); docteur Petitjean (*La vaccination pratique*); docteur Bidou (*Contention mécanique des spasmes*); professeur Broden (*La médecine tropicale*); docteur Duchesne (*Les stations thermales d'Auvergne*); docteur Tant (*Lésions de l'urètre postérieur et leur traitement*); docteur Maurel (*Technique du traitement chirurgical des kystes paradentaires*); docteur P.-E. Lévy (*La psychothérapie*), etc.

La quatrième journée aura lieu à Liége, où un Comité, que préside le professeur Henrijean et dont le gouverneur de la province et le bourgmestre ont accepté la présidence d'honneur, organise une matinée scientifique du plus haut intérêt. L'après-midi de cette journée sera consacrée à des excursions notamment aux grottes de Remouchamps, au Fort de Loncin, au Barrage de la Gileppe, etc.

Exposition. — Une exposition internationale (Allemagne exceptée), se rapportant aux produits pharmaceutiques, aux stations climatiques, aux instruments de chirurgie et aux mobiliers opératoires, se tiendra au Palais d'Egmont, pendant la durée du Congrès.

Les congressistes seront invités à une série de fêtes et de réceptions organisées en leur honneur, notamment une représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie et une soirée à l'Hôtel de Ville de Bruxelles.

Tout un programme, spécialement conçu par le Comité des Dames, sera réservé aux Dames des congressistes (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

La cotisation a été fixée à 40 francs (25 francs pour les Dames et les médecins abonnés à *Bruxelles-Médical*).

Renseignements et inscription auprès du docteur René Beckers, secrétaire général, 36, rue Archimède, Bruxelles.

CALENDRIER DES CONGRÈS ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES. — ***1924***. — VIIe Centenaire de la fondation de l'Université de Naples, 9 mai 1924.

— Congrès français d'ophtalmologie, Paris, 12 mai 1924; secrétaire général : M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris.

— Congrès impérial d'hygiène sociale, Londres, 12-16 mai 1924.

— Congrès de médecine légale de langue française, Paris, 26-28 mai 1924; secrétaire général : Professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

— Association des médecins experts de France, Paris, 28 mai 1924.

— Réunion neurologique internationale annuelle, Paris, 30-31 mai 1924; secrétaire général : M. Henry Meige, librairie Masson, Paris.

— Réunion plénière de la Société de biologie de Paris et de ses filiales, Paris 5 juin 1924.

— Congrès des hygiénistes polonais, Varsovie, 8-10 juin 1924.

— Congrès d'hygiène publique (Congrès annuel de The royal Institute of public Health de Londres), Bordeaux, 9 juin 1924.

— Journées médicales de Bruxelles, 29 juin 1924; secrétaire général : Docteur Beckers, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

— Congrès d'ophtalmologie d'Oxford, 3-5 juillet 1924; secrétaire : M. Bernard Cridland, Salisbury House, Wolverhampton, Angleterre.

— Journées médicales de Toulouse, 10-13 juillet 1924; secrétaire général : Professeur Bardier, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse.

— Congrès international d'hygiène du travail, Genève, 18-20 juillet 1924; secrétariat général : Institut d'hygiène. Université de Genève.

— Jubilé scientifique de M. le professeur Forgue, Montpellier, juillet 1924.

— Exposition coloniale, section d'hygiène, assistance, médecine et chirurgie, Strasbourg, juillet-octobre 1924.

— XXVIIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français et de langue française, Bruxelles, août 1924; présidents : MM. Glorieux (de Bruxelles) et de Massary (de Paris).

Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Québec, septembre 1924.

— IIe Congrès international de pathologie comparée, Rome, octobre 1924; président : Professeur Perroncito; secrétaire général : M. Grollet, 55, avenue Kléber, Paris.

— Congrès français de chirurgie, Paris, 6 octobre 1924; président : M. Tuffier; secrétaire général : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe).

— Congrès français de pédiatrie, Paris, 29 sept.-1er oct. 1924.

— Congrès français d'orthopédie, Paris, 11 octobre 1924.

— Congrès français d'urologie, Paris, octobre 1924.

1925. — Congrès français de médecine, Nancy.

— Congrès international d'hydrologie, Bruxelles, 12-15 avril 1925.

— Congrès international de médecine militaire, Paris 1925.

— Congrès international d'ophtalmologie, Londres 1925.

— XXIXe Congrès des aliénistes et neurologistes français et de langue française, Paris, mai 1925; président : M. Anglade (de Bordeaux).

1926. — VIe Congrès national de la tuberculose, Lyon, 1926.

— Congrès latin de médecine, Paris, 1926.

— L'Association de la presse médicale française organisera

à la même époque un Congrès des associations de la presse médicale latine.

— Congrès international de chirurgie, Rome 1926.

LIVRES NOUVEAUX

La chronaxie chez l'homme. Etude de physiologie générale (normale et pathologique) du système neuro-musculaire et sensitif (1), par le docteur G. BOURGUIGNON.

Tout le monde connaît les beaux travaux que M. G. Bourguignon a consacré à la chronaxie, et toutes les conséquences, d'ordre physiologique et pathologique, qu'il a tirées de l'étude méthodique de cette valeur.

Au début, on n'avait, pour la déterminer, que les installations courantes, et force était de recourir au chariot d'induction. Encore que très supérieure aux précédentes, cette méthode était, chez l'homme, d'une application assez laborieuse; on pouvait lui reprocher, en plus, de manquer de précision; aussi ne pouvait-on tirer de conclusions qu'en multipliant les expériences et en en prenant la moyenne.

C'est pourquoi M. G. Bourguignon s'est efforcé de mesurer la chronaxie, à travers les téguments, à l'aide des décharges de condensateurs. Il a ainsi trouvé une technique, dont l'exposé occupe la première partie de son ouvrage, et qui lui a permis d'étudier, chez l'homme, la chronaxie normale et pathologique.

Il est difficile, de résumer des résultats dont l'ampleur et la diversité dépassent, de beaucoup, le cadre de cette modeste analyse. Contentons-nous donc de mentionner les plus importants :

1° La chronaxie permet de classer les muscles comme les classe la durée de leur contraction;

2° Ses variations pathologiques s'étagent sur une très large échelle, puisqu'elles peuvent aller du tiers du chiffre normal à des valeurs deux à trois cents fois supérieures;

3° Des troubles seulement circulatoires, et le refroidissement, la modifient autant que les lésions dégénératives;

4° Elle se comporte de la même manière dans toutes les lésions musculaires, ce qui justifie la synthèse déjà tentée par M. Bourguignon, de la dégénérescence, des myopathies et de la maladie de Thomson;

5° Les troubles circulatoires produisent une augmentation de la chronaxie du nerf avec contraction lente;

6° La loi de l'isochronisme du nerf moteur et des muscles est démontrée aussi bien par la pathologie humaine que par les expériences avec le strychnine et le curare.

7° La chronaxie classe les muscles et leurs nerfs moteurs suivant leurs fonctions. Tous les muscles synergiques concourant à un même mouvement ont la même chronaxie. Les extenseurs (muscles postérieurs) se divisent, en ce qui concerne cette valeur, en deux variétés : les antagonistes des fléchisseurs (muscles antérieurs) qui ont une chronaxie plus grande que ces muscles; les synergiques des mêmes muscles, qui ont la même chronaxie qu'eux. Ainsi se conçoit l'existence, dans certains muscles, de deux points moteurs et de deux chronaxies correspondant chacune à une contraction de rapidité différente.

Dans une même fonction, la chronaxie est plus grande pour les muscles distaux que pour les muscles proximaux;

8° Les nerfs de sensibilité générale ont la même chronaxie que les nerfs moteurs et les muscles de la même région. La chronaxie groupe donc tout le système nerveux périphérique en système sensitivo-moteurs caractérisés par la même chronaxie qui est, elle-même, sous la dépendance des fonctions des muscles du système;

9° Les nerfs sensoriels ont une chronaxie plus grande que les systèmes sensitivo-moteurs;

10° En pathologie, deux groupes de faits, selon que les modifications de la chronaxie dépendent de lésions ou de troubles fonctionnels des nerfs moteurs ou des muscles; ou de lésions ou de troubles fonctionnels portant sur des névromes en rapport fonctionnel avec le neurone moteur périphérique, de toute lésion d'un neurone quelconque pouvant retentir sur la chronaxie des neurones moteurs périphériques avec lesquels il est fonctionnellement associé. Mais ces répercussions ne s'observent que dans les lésions en activité;

11° Les lésions du neurone, sans dégénérescence, sont classées en deux groupes sur la chronaxie :

α. Il y a des mouvements involontaires : la chronaxie motrice périphérique reste normale.

β. Il y a contracture ou rigidité : elle se modifie;

12° La chronaxie vient de dresser des courbes d'évolutions très précises des maladies ou blessures neuro-musculaires.

Ces quelques citations montrent l'intérêt des recherches patiemment poursuivies par M. G. Bourguignon depuis près de quinze ans. Intérêt théorique : sur leurs résultats, on peut échafauder une théorie du système nerveux, s'il est vrai que « tout le fonctionnement du système nerveux paraît reposer, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, sur l'équilibre des chronaxies. » Intérêt pratique si bientôt, dans tous les services de neurologie, on substitue aux antiques données de l'électro-diagnostic, les données fécondes relatives à la chronaxie, et dont une grande part est due à l'activité incessante et à l'esprit d'initiative de M. Bourguignon.

L. BABONNEIX.

(1) In-8, 417 p. — Paris, Masson et Cie.

Les Tumeurs du nerf auditif (1), par le professeur Harwey CUSHING. Traduction de M. DENIKER et Th. DE MARTEL.

Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, et parmi celles-ci les tumeurs acoustiques, sont depuis quelques années à l'ordre du jour en chirurgie nerveuse. Le livre de H. Cushing qui est sans doute à l'heure actuelle l'homme le plus compétent en la matière, offre donc par là même un grand intérêt. Mais ce livre est remarquable pour d'autres raisons. Il n'a pas la froideur et la sécheresse des ouvrages didactiques même appuyés sur des travaux personnels; il est construit comme une vivante leçon clinique. On y est en contact avec le malade, on assiste à l'examen qu'il subit, on voit se former le diagnostic, se dérouler l'opération et on a sous les yeux la pièce opératoire ou nécropsique ainsi que les coupes histologiques qui en sont faites. Sans doute, dira-t-on, une série d'observations bien prises et richement illustrées suffit à donner cette impression. Il est vrai que les observations de malades forment la plus grande partie du livre de Cushing. Mais ces observations dépouillées de tout détail inutile décèlent une méthode de travail admirable. Elles sont précédées et suivies de « réflexions » où l'auteur, résumant les points importants de chaque cas, fait avec une modestie et une loyauté rares une sorte d'examen de conscience, jugeant ce qu'il a fait aux points de vue clinique et opératoire, ce qu'il aurait dû faire et comment il pourra se perfectionner à l'avenir. Ainsi l'étude plus proprement théorique des tumeurs du nerf auditif qui forme la seconde moitié de l'ouvrage n'est-elle qu'une sorte de commentaire analytique des observations de malades, mis à part le chapitre du traitement où l'auteur, sans craindre le détail cette fois, décrit minutieusement sa technique opératoire, toujours avec le même souci d'explication raisonnée et de critique. En somme, le livre de Cushing, sa monographie ainsi qu'il l'appelle avec simplicité, est une très belle œuvre médico-chirurgicale. Elle comporte un enseignement qui va plus loin que la connaissance des tumeurs acoustiques et sera profitable à tous ceux auxquels importe, autant que le sujet traité par un maître, la méthode fructueuse qu'il a suivie.

Il faut donc savoir le plus grand gré à M. Deniker et Th. de Martel de nous avoir fait connaître « Les tumeurs du nerf auditif » et d'avoir excellemment traduit un texte difficile comme celui de tous les auteurs doués d'une vive personnalité. D'ailleurs nul n'était plus qualifié que Th. de Martel pour présenter au public français l'ouvrage du chirurgien américain. Il y a entre eux bien des analogies, il y a même celle d'un style extrêmement direct, original et vigoureux qui frappe ou attache le lecteur sans rien perdre de sa rigueur scientifique.

CHASTENET DE GÉRY.

(1) Un vol. de 429 pages et 262 figures. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — MARDI 6 & JEUDI 8 MAI 1924. 97e ANNÉE. MARDI 6 & JEUDI 8 MAI 1924. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mai. — MM. Bith, 19,09; Gautier (Claude), 19,63; Bloch (M.), 19.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 mai. — MM. Moulonguet, 16; Bloch (Jacques), 17; Charrier, 18.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1924, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Reims. — Un concours s'ouvrira le 17 novembre 1924, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Recrutement du corps de santé des troupes coloniales. — L'article 39 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée fixe les obligations militaires que doivent avoir accompli les docteurs en médecine et les pharmaciens diplomés admis directement, après concours, dans le corps de santé des troupes coloniales.

Par ailleurs, le décret du 9 septembre 1922, modifiant le décret du 21 juin 1906 en ce qui concerne le recrutement latéral du corps de santé des troupes coloniales dispose que les médecins et les pharmaciens civils sont admis, sans concours, dans le corps de santé des troupes coloniales.

La réglementation actuellement en vigueur pour l'admission dans le corps de santé des troupes coloniales, au titre du recrutement latéral, n'étant plus en harmonie avec les dispositions de la loi du 1er avril 1923, le ministre de la Guerre vient de faire signer un nouveau décret abrogeant le décret du 9 septembre 1922 (*J. O.*, 3 mai 1924).

École d'application du service de santé des troupes coloniales. — La chaire de professeur de chimie, toxicologie et pharmacie est déclarée vacante à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire de cette chaire dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909, modifiée le 3 décembre 1913.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er septembre 1924, au plus tard.

— (Réserve.) Ont été nommés :

Au grade de dentiste militaire de 2e classe de réserve. — M. Lesage, dentiste auxiliaire à la 32e section d'infirmiers militaires. Affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Rosenstiel, dentiste auxiliaire à la 31e section d'infirmiers militaires. Affecté à l'armée française du Rhin.

M. Amelineau, dentiste militaire de 2e classe de réserve du gouvernement militaire de Paris, est affecté au 11e corps d'armée.

— (Armée territoriale.) Les officiers rayés des cadres, ci-dessous désignés, sont réintégrés dans les cadres du corps de santé de l'armée territoriale :

Avec le grade de médecin-major de 1re classe. — M. A. Schwartz, affecté au gouvernement militaire de Paris.

Avec le grade de médecin-major de 2e classe. — M. Querneau, affecté au 10e corps d'armée.

Avec le grade de médecin aide-major de 1re classe. — M. Dimier, affecté au gouvernement militaire de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés :

Commandeur de l'ordre de la Couronne d'Italie : M. le docteur Pezet (de Montpellier).

Officiers de l'ordre de la Couronne d'Italie : MM. les docteurs Delmas, professeur, et Cabannes, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Chevalier de l'ordre royal du Sauveur de Grèce : M. le docteur Blouquier de Claret, chef de clinique des maladies

mentales et nerveuses, à la Faculté de médecine de Montpellier.

CANDIDATURES MÉDICALES (*suite*). — Paris et Seine : MM. les docteurs Georges Samné, Léopold Tabary, Gonzalvès Menuisier, Gascuel, Caujole.

Creuse : M. Vincent.

Bouches-du-Rhône : M. Louis Régis.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — L'assemblée générale du Comité médical des Bouches-du-Rhône a eu lieu le 10 avril 1924.

Les élections pour le renouvellement du bureau et le renouvellement partiel du Conseil ont donné les résultats suivants :

Président : docteur Castueil; vice-président : docteur F. Farnarier ; secrétaire général : docteur André Sauvan.

Secrétaires des commissions : commission arbitrale, docteur Hawthorn ; commission scientifique : docteur P. Antonin ; commission des secours, M. Vizern; commission des finances, M. Ourgaud.

Bibliothécaire archiviste : docteur P. Giraud ; inspecteur : docteur H. Laugier; trésorier : M. Darcourt.

Membres du Conseil : pour trois ans, docteurs F. Arnaud, d'Astros, Battini (père), Dupeyrac, E. Marcellin, Léna ; pour un an, docteur Rousselier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE. — Le Comité permanent de l'Association de thalassothérapie que préside le professeur Gilbert, remplaçant le professeur Albert Robin, nommé président d'honneur, vient de fixer au 15 avril 1925, la date du prochain Congrès qui se tiendra à Arcachon.

Le Comité d'organisation comprend MM. les docteurs Lalesque, président, Guinon et Moussous, vice-présidents.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Léo, à Trouville, secrétaire général du Comité permanent.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le professeur agrégé Robert Debré commencera la deuxième série de ses conférences cliniques avec présentation de malades, le dimanche 11 mai 1924 à 10 h. 1/2 dans l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson à l'hôpital des Enfants-Malades.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. B. Weill-Hallé fera, à partir du 12 mai 1924, avec la collaboration de M. H. Chabanier, chef de laboratoire de la Faculté, et de Mlle Lebert, assistante de laboratoire, une série de leçons sur le diabète infantile, l'acidose et les vomissements périodiques.

Ces leçons seront accompagnées de présentations de malades et de démonstrations de chimie et de pathologie expérimentale.

Droit d'inscription : 40 francs.

S'inscrire au laboratoire du docteur Weill-Hallé, hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS LIBRE D'ÉLECTROLOGIE. — La Société des médecins chefs des laboratoires d'électroradiologie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 26 mai 1924, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électroradiologie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 17 h. 30, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les laboratoires d'électroradiologie des hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au docteur Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. CUNÉO, professeur, et BASSET, agrégé. (Cours de M. le docteur BOPPE, prosecteur). — OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL URINAIRE ET L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME. — Premier cours : *Chirurgie du rein et de l'uretère*, ouverture du cours le mercredi 21 mai 1924, à 14 heures.

Deuxième cours : *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urètre, des organes génitaux de l'homme*, ouverture du cours le mardi 27 mai 1924, à 14 heures.

Les cours auront lieu tous les jours.

Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 francs pour chacun de ces cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

COURS DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE. — MM. Flandin, Milian, Touraine, Louste, Lortat-Jacob, Laroche, Queyrat, Félix Ramond, Gougerot. Marcel Pinard, Sézary, Vignes, Léri, Leconte, Faure-Beaulieu, médecins des hôpitaux; Michon, chirurgien des hôpitaux; Fernet, Noguès, Gastou, Clément Simon, Civatte, Rabut, Girand, Cottenot, chefs de laboratoire ou assistants des services, feront, du 16 au 28 juin, une série de 48 leçons sur la vénéréologie et la dermatologie, le matin de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et dans la journée de 14 heures à 16 heures.

Les cours auront lieu à la Bibliothèque du Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40 et 42, rue Bichat.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

S'inscrire auprès du docteur Marcel Pinard, hôpital Boucicaut, rue de la Convention.

La **SOCIÉTÉ DES MÉDECINS**, en liaison avec l'Institut scientifique de Davos, organise pour la semaine du *17 au 24 août le second cours de vacances pour médecins sur la tuberculose et le climat d'altitude.*

Le cours aura de nouveau lieu en allemand et en français. Des communiqués ultérieurs fourniront au cours des prochaines semaines des renseignements plus détaillés.

LA PESTE. — Le *Marseille médical* signale une sérieuse extension de la peste aux Indes et dans la Russie méridionale. A Lahore on a enregistré une trentaine de décès par jour et dans la province le nombre des morts s'est élevé à 25.000 dans le seul mois de mars; à Moultan, on a interdit les fêtes religieuses annuelles, par crainte de l'épidémie ; plus près de nous, à Astrakan, le gouvernement soviétique a dû prendre des mesures de prophylaxie énergiques et mettre 2.500.000 roubles-or à la disposition de la Croix-Rouge locale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Bertin-Sans, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier ; Lebon (de Maubeuge) ; Mme le docteur Beis de Galinowska (de Saint-Laurent-d'Aigouze).

RENSEIGNEMENTS

LES MÉDECINS ÉTRANGERS EN BULGARIE. — Le bureau de presse bulgare nous communique l'avis suivant :

« La presse étrangère ayant publié des renseignements d'après lesquels le personnel médical existant en Bulgarie étant trop peu nombreux, les médecins étrangers pourraient exercer librement dans ce pays et même occuper des emplois municipaux, la direction de l'hygiène publique fait connaître qu'en ce moment la Bulgarie n'a aucunement besoin de médecins étrangers et que ceux-ci pour avoir le droit d'exercer dans le royaume devraient acquérir la nationalité bulgare et passer l'examen dit « colloquium ».

TRAITEMENT MÉDICAL

DE

LA PARALYSIE INFANTILE[1]

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Comment traiter la paralysie infantile? Question délicate entre toutes, et que je vais m'efforcer de résoudre en me cantonnant strictement à des considérations d'ordre médical. Ne vous attendez donc pas à ce que, dans cette leçon, je vous parle de chirurgie et d'orthopédie. N'y cherchez pas, non plus, les règles d'ordre prophylactique et hygiénique, sur lesquelles j'ai insisté, l'autre jour, à propos de la contagiosité de la paralysie infantile, et que vous n'avez assurément pas oubliées.

*
* *

Le traitement médical de la paralysie infantile comporte :

1° Des médications physiques.
2° Des médications chimiques.
3° Des médications biologiques.
4° Des mesures d'ordre social.

*
* *

Trois **médications physiques**, lesquelles sont, par ordre d'importance :

I. L'ÉLECTROTHÉRAPIE qui s'adresse, elle-même, à trois méthodes principales :

A. *La diathermie*, dite encore *transthermie*, *thermopénétration*, etc. Découverte par M. d'Arsonval, qui lui avait donné le nom d'*applications directes*, elle utilise les propriétés thermogènes que, dans certaines conditions, possèdent les courants de haute fréquence.

Ces courants sont constitués, nul de vous ne l'ignore, par des décharges alternatives, se succédant avec rapidité, et dont le sens change un très grand nombre de fois, plusieurs centaines de mille, un million et plus, par seconde. Contrairement aux courants galvanique et faradique, ils ne produisent, lorsqu'on leur fait traverser les tissus vivants, aucun effet moteur ni sensitif ; si leur intensité est suffisante, leurs effets sont *uniquement caloriques*, et s'exercent sur toute l'épaisseur des tissus interposés (*thermothérapie interstitielle*, Laquerrière et Delherm).

Dans la paralysie infantile, le membre atteint est froid, cyanosé, même en été, et les applications de chaleur à sa surface ne le réchauffent que médiocrement, qu'il s'agisse de compresses chaudes, de sacs de sable chauds, de cataplasmes électriques, etc., les tissus vivants conduisant très mal la chaleur (Bordier). Pour le réchauffer en profondeur, rien ne vaut la diathermie.

Quelle *technique* employer ?

Il est préférable, toutes les fois que faire se peut, de recourir à un appareil construit spécialement pour cet usage, mais n'importe quel appareil à haute fréquence peut servir, à condition de réduire le plus possible la longueur de l'étincelle, de prendre un gros solénoïde et même d'utiliser une dérivation prise sur quelques tours de spire (Laquerrière et Delherm). Il y a avantage, en effet, à avoir un voltage très faible. Par contre, l'intensité est infiniment plus élevée que lorsqu'on s'adresse au courant galvanique. On peut (puisque les courants de haute fréquence ne déterminent aucune réaction sensitive, et sous les réserves qui vont vous être indiquées), administrer 500, 1.000, 1.500 milliampères thermiques.

Que vos électrodes soient aussi larges que possible qu'elles soient nues, directement appliquées sur la peau, à laquelle elles doivent adhérer, sous peine de produire, soit des brûlures superficielles, soit même (Nobécourt et Duhem) des phlyctènes au voisinage du point d'application. Surveillez attentivement l'application du courant, surtout là où la section du membre est minime, sa densité étant beaucoup plus considérable en ce point et diminuez-le dès que le patient commence à y éprouver une sensation de chaleur profonde et vive. *Recourez le plus tôt possible à cette méthode, employez les plus grandes intensités possibles*, et *répétez souvent les séances*, soit trois à quatre fois par semaine, chacune d'elles devant durer de vingt à trente minutes (Nobécourt et Duhem) soit par séries de cinq, chacune durant de huit à dix minutes.

Quels sont ses *résultats ?*

En principe, elle doit supprimer le spasme vasculaire. cause importante d'amyotrophie. En pratique, elle favorise, dans une très large mesure, le rétablissement de la circulation dans le membre paralysé, et constitue ainsi une médication précieuse, à condition d'être pratiquée de bonne heure et d'une manière méthodique (Bordier, Berganini, Nobécourt et Duhem).

B. *La radiothérapie.* — Déjà les anciens auteurs recommandaient la galvanisation de la moelle pour exercer sur la circulation de cet organe une influence favorable. Après la découverte de Röntgen, un certain nombre d'électriciens ont eu l'idée de substituer, à la galvanisation, la radiothérapie, mais c'est assurément au professeur Bordier (de Lyon) que revient le mérite d'avoir étudié et fait connaître cette ingénieuse méthode.

Son *principe?* Agir directement sur la région médullaire atteinte, soit en stimulant les processus de défense intracellulaires (Bergamini), soit, plutôt, en déblayant le terrain, en le débarrassant de tous les déchets qui l'encombrent et qui exercent, sur les éléments nerveux du voisinage, une action toxique, en empêchant l'organisation définitive des lésions (Bordier).

Comment la pratiquer?

Pour M. Bordier, « on fait une série d'applications de rayons X chaque mois sur la moelle lombaire, si l'on traite une paralysie du membre inférieur, ou de la moelle cervico-dorsale, si c'est le membre supérieur qui est malade.

Une série se compose de trois séances faites en trois jours consécutifs. Si, par exemple, on veut irradier le côté droit de la moelle, on recouvre le côté gauche d'une lame de caoutchouc plombifère de 8 millimètres d'épaisseur disposée de façon que son bord soit parallèle à la ligne des apophyses épineuses, en la dépassant un peu à droite. On fixe l'ampoule à une distance telle que l'anticathode se trouve à 15 centimètres de la peau et en inclinant

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfans-Malades dans le service du professeur NOBÉCOURT.

le plan de symétrie de l'ampoule obliquement et à 40 degrés environ de la verticale. On interpose un filtre d'aluminium de 5 millimètres d'épaisseur et sur ce filtre on place une seconde lame de caoutchouc dont le bord, parallèle à la ligne des apophyses, doit être distant de deux travers de doigts environ du bord de la première lame; le faisceau de rayons agit ainsi suivant une bande rectangulaire ayant une largeur de 4 centimètres environ.

La mesure de la dose de rayons absorbés à chaque séance peut être faite avec l'ionomètre de Solomon, ou plus simplement, mais avec moins d'exactitude, avec le chromoradiomètre; la dose s'évalue, dans ce dernier cas, par le virage d'une pastille de platino-cyanure de baryum de Bordier collée sur la peau sous le filtre; la teinte de virage doit être voisine de la teinte étalon n° 1 de l'échelle, tout en restant un peu en dessous, c'est-à-dire un peu moins jaune ou un peu plus verte. Cette dose correspond environ à 2,5 unités de Bordier.

Il est nécessaire de toujours employer des rayons durs, c'est-à-dire de très petite longueur d'onde, marquant au moins 8 degrés Benoist et correspondant à 20 ou 25 centimètres d'étincelle équivalente.

J'ai observé plusieurs fois des vomissements pendant les jours d'irradiation. Par contre, Bergamini n'en a jamais constaté.

Après chaque série, on laisse agir la dose absorbée pendant un mois. Comme on l'a vu dans les observations précédentes, trois séries paraissent suffisantes; mais rien n'empêcherait d'en faire quatre ou même cinq.

La difficulté du traitement c'est de maintenir les petits malades immobiles pendant les irradiations; on peut y arriver cependant en se servant d'une planche capitonnée portant des courroies qui permettent de serrer convenablement les jambes, les bras et la tête du malade. »

De son côté, M. Duhem recommande :

1° De se montrer particulièrement prudent en ce qui concerne l'administration des doses : légèrement excitatrices, elles ne peuvent avoir que des avantages; destructrices, elles aggraveraient, par définition, les lésions antérieures.

Pour les tout petits, utiliser 5 millimètres d'aluminium : dose maxima compatible avec l'intégrité des téguments.

Pour les enfants plus âgés, augmenter l'épaisseur du filtre.

2° Dépasser largement, en tous sens, les limites du foyer.

3° Espacer de huit jours les séances, sauf en cas d'érythème, où l'espacement sera bien plus long.

A quel moment recourir à la radiothérapie?

De bonne heure : « Autant que possible, avant la fin de la seconde phase, phase commençant à l'apparition de la paralysie, après un temps variant de quinze à vingt-cinq jours et où l'on ne ne peut plus espérer aucun phénomène de régression spontanée (Bordier). »

Passons maintenant à l'étude des *résultats*. Encore bien controversés.

Il y a les enthousiastes : Bordier, Bergamini, pour lesquels la méthode, bien maniée et appliquée à temps, se montre supérieure à toute autre.

Il y a les sceptiques. MM. Nobécourt et Duhem observent que, comme elle n'est jamais employée seule, il est impossible de lui attribuer les améliorations constatées. M. Mahar se demande si, dans les cas où les résultats sont favorables, il ne s'agit pas de régression spontanée.

Il y a, enfin, les adversaires : « Il est des radiologistes qui demandent à ce qu'il leur soit prouvé que l'irradiation d'une moelle jeune, en plein développement, mise aux doses conseillées par Bordier, est d'une innocuité absolue » (Mahar).

En somme, méthode à l'étude.

C. *L'application de courants galvaniques et faradiques.* — Cette méthode a passé par des périodes « ondulatoires » bien curieuses.

Au début, on ne connaissait qu'elle; on y recourait de bonne heure; on lui attribuait la part principale dans les guérisons et améliorations obtenues. Volontiers, on eût fait bon marché de toute autre thérapeutique, pourvu qu'on pût s'adresser à elle.

Aujourd'hui, elle est l'objet de certaines critiques. Certains médecins américains sont allés jusqu'à lui dénier toute efficacité. MM. Nobécourt et Duhem écrivent eux-mêmes : « L'électrothérapie a quelque peu perdu de la place importante qu'elle tenait autrefois ». Ils déclarent, d'ailleurs, ne l'employer que tardivement, et avec les plus grandes précautions.

De ces deux opinions, laquelle choisir? Réponse bien difficile à donner. Les cas sont si peu comparables! Les techniques diffèrent tellement avec les auteurs! Pour notre part, nous continuons à rester persuadé de l'action bienfaisante de l'électricité galvanique et faradique, qui agit, la première, sur les lésions de la moelle, en activant leur réparation, l'une et l'autre, sur les muscles secondairement atteints en leur imposant une gymnastique qui les empêche de s'atrophier définitivement (Mahar).

A quel moment recourir à l'électrothérapie?

Ni trop tôt, car, tant qu'il existe encore de la fièvre et des douleurs, elle est difficile à appliquer et dangereuse, tant pour le malade, dont elle peut aggraver l'état, que pour les autres personnes qui fréquentent le même service d'électricité et qui risquent d'être infectées, la paralysie infantile étant contagieuse durant toute la période aiguë.

Ni trop tard, les bénéfices de la méthode se montrant d'autant moins nets qu'elle est entreprise à une époque plus éloignée du début :

Pour les classiques, dès la fin du premier mois, aussitôt que fièvre et douleurs ont disparu.

Pour MM. Nobécourt et Duhem, beaucoup plus tard.

Comment la pratiquer?

De l'avis unanime, il faut la faire précéder d'un électro-diagnostic complet et minutieux, que l'on répétera tous les quatre à cinq mois, de manière à ce que l'on ait, pour chaque muscle, une courbe d'évolution propre : on pourra ainsi et déterminer l'étendue des lesions et suivre leur évolution. Si elles sont encore en activité, s'abstenir d'excitations fortes, représentées par les secousses galvaniques ou faradiques, et se contenter de la galvanisation de la moelle (Mahar).

Quant aux *modes d'application*, ils varient avec les auteurs.

1° Pour MM. Delherm et Laquerrière, de deux choses l'une : ou bien l'électrothérapie peut être pratiquée par le médecin, ou bien elle doit être abandonnée à l'entourage.

Première éventualité : Ici encore, il y a lieu de distinguer selon la phase de la maladie :

Au début, utilisez exclusivement l'*action tro-*

phique du courant, en appliquant le pôle + sur la colonne vertébrale, le pôle — à l'extrémité du membre atteint, et en faisant passer pendant dix à vingt minutes un courant galvanique de 5 à 15 milliampères (courant descendant).

Dès qu'il vous sera possible, substituez à cette action trophique, l'*action excito-motrice* du courant. Trois cas.

1. *S'agit-il de muscles en réaction de dégénérescence?* — Appliquez les électrodes comme précédemment, mais, de plus, cherchez à produire, par des interruptions de courant, des contractions musculaires, soit globales, si tous les muscles sont à peu près dans le même état, soit partielles et alors localisées aux muscles malades, si les muscles sont, comme c'est la règle, inégalement touchés. Vous pouvez, pour cela, soit porter l'électrode active sur chacun de ces muscles, soit si leur hypoexcitabilité est telle que le courant diffuse dans les muscles voisins restés sains, et risque de renforcer leur action, les saisir entre les deux électrodes. Faites alors contracter chaque muscle à la cadence de 15 à 30 fois par minute, pendant un temps de deux à cinq minutes, suivant le cas, en vous abstenant soigneusement de le fatiguer.

Les séances doivent durer *beaucoup plus longtemps* qu'on ne l'admettait jadis : environ une demi-heure et plus et doivent être répétées, tous les jours au début, si l'état de la peau le permet, sinon trois fois par semaine. Comme elles sont longues, il est préférable de pouvoir exciter plusieurs groupes à la fois ; on se sert, pour cela, d'appareils spéciaux (appareils de Bergonié, de Delherm et Laquerrière). On utilise, habituellement, le courant continu rythmé par un métronome, et, comme on est souvent obligé d'employer de fortes intensités, il importe, surtout sur les sujets jeunes, de bien surveiller la peau afin d'éviter les escarres. Quelquefois, on trouvera avantage à employer un courant où les interruptions, au lieu d'être brusques, comme celles obtenues avec une clef de Morse, sont établies graduellement à l'aide d'ondulateurs spéciaux, ce qui permet une localisation plus facile des effets physiologiques aux muscles malades. A chaque cas — tous les spécialistes sont d'accord sur ce point — il faut d'ailleurs adapter sa technique, modifiant la place des électrodes, l'intensité du courant à employer, sa forme, abrégeant ou non la durée des séances, les espaçant ou les rapprochant selon l'âge du malade, ses réactions, la manière dont réagissent les muscles atteints, l'état de la peau, etc.

2. *S'agit-il de muscles ayant perdu toute contractilité.* — Adressez-vous exclusivement à l'action trophique du courant.

3. *S'agit-il, enfin, de muscles qui ne présentent aucune réaction de dégénérescence*, vous pouvez employer le faradique à la condition expresse de rejeter la faradisation rapide, tétanisante, et de ne vous servir que d'excitations dont chacune est séparée de la suivante par une période de repos musculaire suffisamment longue. Adressez-vous, pour cela, soit au choc espacé d'induction, méthode qui doit être réservée aux muscles les plus malades et que l'on veut ménager, soit à la faradisation rythmée au métronome soit plus tard, à l'électro-mécanothérapie, où l'on oppose, la contraction produite par le passage du courant, une résistance soigneusement graduée (Laquerrière), méthode excellente, parce que localisatrice, parce qu'indépendante de la volonté du patient, parce que permettant la rééducation.

Deuxième éventualité. Le traitement électrique est abandonné aux parents. Faites-leur faire alors seulement du courant trophique.

Ainsi compris, le traitement devra être continué des années, avec des interruptions, bien entendu. Prescrivez par exemple deux mois de traitement, un mois de repos, deux mois de traitement, un mois de repos toute la première année. Vous pouvez ensuite, si l'amélioration est suffisante, vous contenter de trois séries de douze séances par an, une tous les quatre mois. Ne vous arrêtez que lorsque, depuis un an, il ne s'est produit, dans l'état du muscle paralysé, aucune modification favorable (Zimmern).

2° MM. Nobécourt et Duhem prescrivent, d'une manière absolue, l'emploi du faradique et s'adressent exclusivement au galvanique. Encore réservent-ils les secousses de fermeture pour la période où, la réaction de dégénérescence tendant à diminuer, le muscle peut avoir besoin d'une excitation individuelle. Ils s'abstiennent de les employer tant qu'il persiste de la D. R. avec réaction longitudinale et tant que l'excitabilité faradique est nulle ; les secousses galvaniques fatiguent, en effet, les muscles comme le prouve l'obligation, au cours d'une même séance, d'augmenter progressivement la force du courant pour obtenir des contractions identiques,

3° M. Mahar utilise des courants de 8 à 12 milliampères une demi-heure au moins trois fois par semaine. De même, M. Bourguignon, se contente de courants de 4 à 5 milliampères appliqués pendant vingt à vingt-cinq minutes.

4° M. Hirtz, du Val-de-Grâce, s'adresse, par contre, aux grandes intensités : 200 à 300 milliampères trois quarts d'heure, trois fois par semaine.

II. L'HYDROTHÉRAPIE. — A la période aiguë, elle utilise exclusivement les *bains simples*, soit *tièdes* (34, 35 degrés) de vingt minutes de durée, avec ablutions fraîches (25 degrés) sur la tête, renouvelée toutes les trois heures, soit *très chauds*, selon l'excellente méthode de M. Souques et M. Duhem. A la période chronique, les bains *salés* sont particulièrement recommandables. Si la chose est possible, envoyez les enfants sur les bords de la Manche ou de la mer du Nord de préférence, ou faites-leur faire une cure thermale à une station chlorurée sodique : Salins, Salies-de-Béarn. Une fois revenus, qu'ils continuent à prendre, soit de *grands bains salés chauds* (37, 38 degrés), de dix minutes de durée et terminés par une affusion froide sur le rachis, soit des bains *locaux* très chauds, administrés avec des appareils spéciaux, de manière à ce que, pendant toute leur durée, l'eau ne se refroidisse pas : au début, on les donnera à 38 degrés, 38°5. Petit à petit, on élèvera la température jusqu'à 40 degrés, 42 degrés et même plus si possible. On en donnera de quatre à six par jour (Duhem). MM. Souques et J. Heitz n'ont-ils pas démontré que, sous leur influence, le pouls reparaît dans les muscles paralysés ?

Vous pouvez aussi, comme le conseille M. Libotte, faire une à deux fois par jour une friction sur le rachis avec une compresse imbibée d'eau froide.

III. Les MASSAGES sont indispensables au traitement, une fois la période aiguë terminée. De même, la MOBILISATION et les MOUVEMENTS ACTIFS destinés à faire fonctionner les muscles malades.

*
* *

Peu de choses à dire des **médications chimiques** : *urotropine*, au début, puisqu'elle semble, chez les animaux inoculés, retarder ou atténuer l'infection : *médicaments reconstituants*, fer, manganèse, arsenic, phosphore, calcium, d'autant plus indiqués que, et par la réduction plus ou moins considérable, chez lui, de la surface musculaire, et par ce fait que, souvent, il est immobilisé pour des années, dans un lit d'hôpital, le sujet atteint de paralysie infantile est plus exposé à contracter la tuberculose.

*
* *

Il est, par contre, une méthode thérapeutique à laquelle il convient, tant elle paraît riche d'espoirs, de consacrer quelques développements. C'est la **sérothérapie** qui utilise, soit le sérum des convalescents, soit un sérum antipoliomyélitique expérimental.

I. Le sérum de convalescent (Netter et ses élèves, dont surtout Salanier; Nobécourt et Darré). Il neutralise *in vitro* le médullo-virus. Nulle conduite plus justifiée, dès lors, que de l'utiliser en cas de paralysie infantile. Ne prenez pas un sérum trop « frais » ; le sujet qui le fournit doit être lui-même guéri depuis trois ou quatre mois au moins ; assurez-vous, par la réaction de Wassermann, que ce sérum ne risque pas de transmettre la syphilis et faites-en des injections intrarachidiennes aussi précoces que possible, aux doses de 10 à 15 centimètres cubes cinq à six jours de suite.

Les résultats de cette méthode ? Encore discutés. Divers auteurs, et non des moindres (Netter), les déclarent excellents. D'autres les mettent en doute (Nobécourt et Darré). D'ailleurs, sans parler des violentes réactions méningées qu'il risque de déterminer (Nobécourt et Darré), l'emploi du sérum de convalescent est passible d'une grave objection : où et comment se procurer ce sérum, en quantités suffisantes ?

II. La découverte d'un sérum antipoliomyélitique expérimental actif est due, sans conteste, à M. Aug. Pettit, de l'Institut Pasteur. En injectant au cheval du foie de cobaye, riche en spirochètes, cet auteur était parvenu à obtenir un sérum antispirochatosique très efficace. C'est la même méthode qu'il a appliquée à la paralysie infantile. Il s'est d'abord adressé au mouton et a fabriqué ainsi un sérum assez puissant, mais, malheureusement, très mal supporté par l'homme, chez lequel il provoque l'apparition d'œdèmes. Le sérum de singe ? Inutile d'y penser, cet animal étant hors de prix. M. Aug. Pettit a donc recouru au sérum de poney (1919) qu'il emploie en injections sous-arachnoïdiennes et intramusculaires ; la première, à la dose de 20 centimètres cubes, sera répétée trois à quatre jours de suite ; la seconde, à la dose de 10 centimètres cubes ne sera pas renouvelée.

Les résultats que donne ce traitement semblent tout à fait remarquables. Sous son influence, se produit, le plus souvent, une *amélioration instantanée* et *qui peut être définitive*. Dans un cas dont j'ai communiqué, l'an dernier, l'observation à l'Académie de médecine, des phénomènes de paralysie bulbaire : tachycardie, dyspnée, angoisse, dysphagie, existaient depuis quelques heures et la mort paraissait imminente. Une demi-heure après l'injection, tous ces symptômes avaient disparu et la malade dormait paisiblement. Le lendemain, la température était tombée, et l'état général redevenu entièrement satisfaisant.

Quelquefois, les accidents bulbaires ont reparu et ont entraîné la mort comme dans une intéressante observation de M. Debré. Mais, même dans ce cas, on avait noté, à la suite de l'injection, une rémission marquée de tous ces phénomènes alarmants.

D'autres fois, *amélioration très rapide*. Dans le premier cas d'Etienne, Stroup et Benech, concernant une paralysie des membres, à peine avait-on injecté 100 centimètres cubes que l'infection semblait enrayée et les troubles paralytiques arrêtés dans leur évolution. Ultérieurement guérison complète. Dans le deuxième cas des mêmes auteurs, de marche plus lente et où la sérothérapie ne fut employée que tardivement, la marche redevenait possible au bout de dix jours ; leur troisième cas est analogue au second. Mêmes excellents résultats dans les observations de Mlle Laurent et d'Etienne (de Nancy).

Parfois, la régression des phénomènes paralytiques est *seulement partielle* (H. Roger). Mais ce cas n'est pas entièrement probant, le sérum ayant été injecté tardivement et uniquement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En somme, méthode d'une efficacité supérieure à toutes les autres, surtout à la phase aiguë, et à laquelle on ne peut faire qu'une objection, c'est la difficulté, dans un cas d'urgence, de se procurer ce sérum dont M. Aug. Pettit ne possède que de faibles quantités et dont il est obligé, par suite, de restreindre l'emploi.

*
* *

A ces divers traitements, il faudrait ajouter quelques mesures de **thérapeutique sociale**. Actuellement, un sujet atteint de paralysie infantile et qui ne dispose pas de moyens financiers étendus, éprouve bien de la peine à se soigner. Nulle part, il ne trouve réunis les spécialistes : médecins, électriciens, chirurgiens, orthopédistes, infirmiers, dont la collaboration lui serait si profitable ; nulle part, il ne trouve, non plus, le matériel nécessaire à la guérison. Conséquence : il coûte cher et ne produit rien. C'est une non-valeur sociale. Ne conviendrait-il pas de créer, soit des maisons de santé, soit des services hospitaliers, spécialement aménagés et outillés, nantis d'un personnel spécialisé, et comportant, en outre, des ateliers ? MM. Nobécourt et Duhem ont formulé, à ce sujet, des observations très judicieuses et auxquelles je ne peux que souscrire pleinement.

*
* *

Nous venons de passer en revue toutes les ressources dont nous disposons pour traiter une paralysie infantile. Ces ressources, comment les associer et dans quel ordre les grouper ?

En distinguant deux phases.

Une *aiguë*, à laquelle conviennent :

1° Certaines médications physiques : bains chauds, ponctions lombaires, au moins les premiers jours ;

2° Une médication biologique : injections intrarachidiennes et intramusculaires de sérum antipoliomyélitique ;

3° Une hygiène convenable : repos complet au lit,

en mettant les muscles malades dans la meilleure position physiologique; surveillance attentive des téguments; alimentation liquide : isolement du malade et de son entourage; désinfection de tout ce qui le touche ou émane de lui; déclaration obligatoire.

Gardez-vous, à cette période, de recourir, soit aux massages, soit à l'électrisation sous quelque forme que ce soit, et attendez, pour les employer, que la température soit tombée.

Une *chronique*, laquelle est justiciable, avant tout, des médications physiques :

1° Electrothérapie, sous trois formes principales :

Radiothérapie, à entreprendre dès la défervescence;

Diathermie, d'application également très précoce;

Electrisation méthodique des nerfs et des muscles.

2° Bains salés *chauds*.

3° Massages, mobilisation et rééducation.

C'est également à cette phase qu'il convient d'entreprendre aussitôt que possible un traitement orthopédique complété plus tard, s'il y a lieu, par diverses opérations chirurgicales.

ACTUALITÉS

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

L'étude de la syphilis héréditaire se présente aujourd'hui comme une des plus difficiles qui soient en pédiatrie. Son importance est capitale, car la certitude implique un traitement spécifique, la probabilité conduit à l'essai de ce même traitement; mais, dans d'autres cas, on hésite à baser une thérapeutique active sur des présomptions, à admettre cette idée que tout enfant présentant un état anormal inexpliqué doit être un hérédo ou un syphilitique héréditaire de seconde génération. Le domaine de la syphilis héréditaire est certainement vaste; on souhaiterait parfois que ses limites fussent mieux marquées.

M. Bounhoure, interne des hôpitaux de Toulouse, ayant examiné de nombreux enfants au point de vue neurologique et syphiligraphique, nous apporte dans sa thèse (1), une série d' « études biologiques et cliniques sur le liquide céphalo-rachidien de l'enfant, principalement au cours de la syphilis héréditaire ». C'est un travail fort intéressant, qui mérite de retenir l'attention.

Un premier fait est mis en évidence par M. Bounhoure c'est que, dans la plupart des cas d'hérédo-syphilis observés par lui, il s'agissait beaucoup moins d'une syphilis cutanéo-muqueuse que de lésions spécifiques du névraxe, de ses enveloppes et des parenchymes viscéraux. Il ne faut pas s'attendre à constater chez les petits malades le tableau classique permettant un diagnostic facile; le pemphigus est rare, les lésions érythémateuses papulo-érosives le sont aussi; en d'autres termes, tous les signes de l'hérédosyphilis floride, d'un dermotropisme virulent, sont l'exception. Ce que l'on observe le plus souvent, ce sont les formes de syphilis héréditaire atteignant le système nerveux et les formes qui altèrent la nutrition. Au cours du stade septicémique de l'infection héréditaire, le tréponème, circulant dans le sang du fœtus, a atteint les centres nerveux, y créant des lésions d'intensité variable, dont la plus fréquente est la leptoméningovascularite. L'importance de ces lésions ne se révélera que plus tard, au cours du développement des centres nerveux; quelquefois même, l'atteinte du système nerveux a été discrète, les foyers ont guéri par fibrose cicatricielle, mais leur présence a sensibilisé les méninges de l'enfant qui se défendront moins bien contre le bacille de Koch ou réagiront violemment aux toxi-infections, même légères.

Chez d'autres, c'est le système sympathique, ce sont les glandes endocrines qui sont touchés par la syphilis. L'insuffisance fonctionnelle des glandes endocrines détermine des modifications importantes dans la structure de l'organisme, dans le développement de l'intelligence, en un mot des dystrophies souvent très graves. Le professeur Hutinel a insisté sur ces faits (1); son élève Barthélemy (2) a bien étudié l'hérédosyphilis des glandes endocrines. La thyroïde, les surrénales et l'hypophyse sont fréquemment lésées et leurs altérations se traduisent par l'apparition de dystrophies ou de troubles fonctionnels, plus ou moins faciles à interpréter. Ces altérations sont assez communes pour qu'en présence d'un myxœdème, d'un syndrome hypophysaire ou surrénal et surtout d'un syndrome pluriglandulaire, on ait presque le devoir de rechercher les stigmates et les réactions de la syphilis; il faut attribuer à la syphilis héréditaire un rôle capital dans la genèse des dégénérescences infantiles (Hutinel).

M. Bounhoure s'est uniquement occupé, dans sa thèse, des formes nerveuses de l'hérédo-syphilis; c'est, d'ailleurs, une question vaste et complexe. Il relate 23 observations d'encéphalopathies infantiles, plusieurs cas de méningite syphilitique et de réactions méningées survenues chez des hérédosyphilitiques au cours d'affections diverses. L'encéphalopathie subaiguë ou chronique et les syndromes méningés sont les deux formes les plus fréquentes des névraxites syphilitiques; dans tous ces cas, il faut faire une ponction lombaire pour étudier le liquide céphalo-rachidien.

On commencera par y rechercher le taux de l'albumine, qui, à l'état normal, est de 0g10 p. 1000. Au cours des encéphalopathies chroniques par hérédosyphilis, l'albuminose est sensiblement normale ou légèrement augmentée; dans les hydrocéphalies et les syndromes convulsifs, l'hyperalbuminose devient plus nette (0g30, 0g40, et dans un cas 0g80). Les méningites syphilitiques aiguës donnent une augmentation prononcée du taux de l'albumine; il en est de même dans les tuberculoses méningées survenant chez les hérédos, mais cette forte albuminose n'est plus imputable à la syphilis.

Les réactions cellulaires (lymphocytose) sont fortes, moyennes ou nulles, selon que le processus est aigu ou chronique et selon l'importance des lésions. Dans la méningite aiguë syphilitique, la formule cytologique, bien qu'à prédominance lymphocytaire, montre qu'il existe aussi des éléments du type grand mononucléaire et polynucléaire, ce qui s'oppose au type lymphocytaire pur de la tuberculose.

(1) R. L. Bounhoure. *Th. de Toulouse,* déc. 1923.

(1) Hutinel. Glandes endocrines et dystrophies osseuses. *Arch. de méd. des enf.*, oct.-nov.-déc. 1918. — Syphilis héréditaire et méiopragies, *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1919.

(2) Barthélemy. *Th. de Paris,* 1919.

En pratiquant la réaction de Bordet-Wassermann avec le sérum sanguin et avec le liquide céphalo-rachidien, M. Bounhoure a trouvé la réaction positive dans le sérum chez 37 p. 100 des enfants ayant une syphilis certaine ou très probable; avec le liquide céphalo-rachidien, le total des résultats positifs a atteint 52 p. 100 ; si l'on compte seulement les cas où l'hérédosyphilis était indiscutable, la réaction de Wassermann avec le liquide céphalo-rachidien a été positive dans une proportion de 68 p. 100. On retiendra donc pratiquement qu'une réaction de Wassermann positive dans le sérum sanguin constitue un signe de grande valeur en faveur de l'hérédosyphilis, alors qu'une réaction négative ne prouve rien; une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien fait admettre l'existence d'une hérédosyphilis à peu près certaine, surtout s'il existe des modifications de ce liquide; cependant il faut noter qu'au cours des réactions méningées chez les enfants, on peut observer une réaction de Wassermann positive susceptible de devenir négative après guérison naturelle de l'épisode aigu, sans traitement spécifique ; qu'au cours d'une méningite tuberculeuse chez un hérédo, la réaction de Wassermann peut devenir positive par une sorte d'activation; que, dans les méningites purulentes, on peut avoir une réaction de Wassermann positive.

M. Bounhoure a eu plusieurs fois recours à la réactivation, selon la technique de Milian; l'agent thérapeutique réactivant était l'arsenic sous forme de sulfarsénol en injection intramusculaire. Sur 29 cas ainsi traités, il a cherché 7 fois la réaction de Wassermann dans le sérum sanguin avec 1 résultat négatif et 6 résultats positifs (85 p. 100); dans les 22 autres cas, la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien a fourni 10 résultats positifs (45 p. 100) et 12 résultats négatifs (54 p. 100). La pratique de cette méthode paraît donc susceptible de rendre des services, lorsqu'il s'agit de dépister l'origine syphilitique d'une lésion qui paraît suspecte ; dans certains cas, la réaction de Wassermann faite après réactivation ne donne qu'un résultat « positif faible » et alors il devient extrêmement difficile de l'interpréter; toujours bien, Bounhoure n'a jamais obtenu de réactivation franchement positive chez des sujets indemnes de syphilis.

D'autres recherches peuvent encore être faites avec le liquide céphalo-rachidien, en particulier la réaction au benjoin colloïdal (Guillain) et la réaction à l'or colloïdal (Lange).

La réaction de Guillain (1) constitue un procédé d'investigation très précis, parfois plus sensible que le Bordet-Wassermann. Mais en ce qui concerne la syphilis héréditaire du névraxe, les résultats négatifs de la réaction au benjoin colloïdal paraissent assez fréquents; sur 100 cas suspects donnant 52 réactions Wassermann + dans le liquide céphalo-rachidien, Bounhoure n'a eu que 37 réactions de Guillain positives; il explique ce fait par la rareté relative des névraxites syphilitiques évolutives chez les petits hérédos; dans beaucoup de cas, il s'agit de séquelles cicatricielles ou de dystrophies, lésions fixées qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, ont une réaction au benjoin colloïdal négative. Dans les cas aigus, évolutifs, la réaction du benjoin colloïdal concorde toujours avec la réaction de Wassermann.

Quant à la réaction de Lange, elle a paru parfois à Bounhoure plus sensible que la réaction de Wassermann; dans la majorité des cas, les résultats sont parallèles à ceux du benjoin. Mais cette réaction ne paraît pas toujours spécifique et, de plus, sa technique est délicate.

Notons encore qu'on peut observer des dissociations en pratiquant ces diverses recherches dans le liquide céphalo-rachidien. On a décrit quatre types de dissociations : 1° La pléocytose, sans hyperalbuminose, sans réaction de Wassermann; Bounhoure l'a rencontrée deux fois ; 2° l'hyperalbuminose, sans réaction cellulaire, avec réaction de Bordet-Wassermann; Bounhoure en a observé deux faits indiscutables ; 3° la réaction de Bordet-Wassermann sans hyperalbuminose, sans pléocytose ; cette forme paraît infiniment rare; 4° l'hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien; Bounhoure en relate trois cas; ainsi que l'a fait remarquer Rabeau, il s'agit souvent d'hérédosyphilitiques porteurs de stigmates dystrophiques, d'une lésion ancienne fixée dont l'évolution est arrêtée (Ravaut, Rabeau).

Toutes ces études sur l'hérédosyphilis n'apportent évidemment pas la formule lapidaire qui résoudrait toutes les difficultés cliniques; mais elles nous font peu à peu préciser bien des points jusqu'à ce jour assez obscurs. Nous avons tenu à les signaler au moment où la Société de pédiatrie (1) vient de discuter les signes de l'hérédosyphilis, où la Société médicale des hôpitaux de Paris, à la suite d'une communication de Maurice Renaud (2), cherche à savoir dans quelle mesure la syphilis est responsable de l'évolution des scléroses viscérales.

M. BRELET.

(1) Pour la technique de ces réactions, voir BLOUQUIER DE CLARET et BRUGAIROLLES. Etude comparée de la réaction de Bordet-Wassermann et des réactions colloïdales, *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 8.

(1) *Soc. de pédiatrie*, déc. 1923, janv. 1924.
(2) Maurice RENAUD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 fév. 1924; discussion le 22 et le 29 fév. 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1924)

A propos de la tuberculose vésicale. — M. DARTIGUES présente un opéré de castration unilatérale pour bacillose épididymo-testiculaire, auquel il a fait faire consécutivement une cure d'héliothérapie de trois mois. Il insiste sur les bons effets de cette cure qui peut parfois dispenser de l'opération et qui, en tout cas, en complète très heureusement le résultat.

Traitement électrique de l'entorse. — M. LAQUERRIÈRE montre que le vieux procédé du traitement de l'entorse par la faradisation à interruptions très rapides, en permet la guérison en quelques séances. Il est indispensable de s'assurer par la radiographie qu'il n'y a pas de lésions osseuses, et d'appliquer le traitement dès le premier jour ; le traitement tardif exige des séances plus nombreusee.

Sur quelques cas d'amnésie traumatique. — MM. A MARIE et ROQUES DE FURSAC résument une série de cas de cette affection, après tentatives de suicide collectif où l'un des amants se manque. La balle dans l'encéphale efface tout souvenir des faits ; d'où problème de la responsabilité finale, problème également des fonctions du pôle frontal et de l'indifférence des localisations à ce niveau.

Jeûne thérapeutique et anthrax de la joue. — M. M. NATIER, par une cure de jeûne exclusive de tout autre traite-

ment, vient de se guérir d'un anthrax de la joue de 6 centimètres de diamètre. Cicatrisation complète en dix-huit jours. Il y a un an, il s'était débarrassé de la même façon d'un anthrax au cou. Par neuf cures de jeûne (108 jours) en dix-huit mois, il a rajeuni son organisme.

Accidents graves de l'évolution de la dent de sagesse. — M. DUFOURMENTEL, à l'occasion d'un malade qui, à la suite de l'évolution anormale de ses dents de sagesse, a éliminé la totalité de son maxillaire inférieur, explique le mécanisme de ces complications et les moyens de les prévenir; il montre à l'aide d'un film très intéressant comment peut s'effectuer la reconstitution totale d'une mâchoire détruite, avec prélèvement osseux sur le tibia, les différents temps opératoires et les bons résultats obtenus.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSUFFISANCE OVARIENNE.

COMMENT LA RECONNAITRE ET LA TRAITER

A côté du système circulatoire, du système nerveux, il existe un autre système dont les fonctions importantes ne sont apparues qu'assez récemment, c'est le système endocrinien. Chaque élément de ce système, c'est-à-dire chaque glande, exerce dans l'économie un rôle particulier, mais dans l'ensemble, toutes sont plus ou moins solidaires, et l'action de l'une d'elles toujours plus ou moins intriquée dans celle d'une ou plusieurs autres. De là, la difficulté de faire un diagnostic exact et d'instituer une thérapeutique vraiment adéquate et efficace.

L'insuffisance ovarienne, cependant, est une de celles qui entraînent des troubles assez caractéristiques pour qu'il soit possible de la dépister avec un minimum d'erreurs dans un grand nombre de cas.

Ces troubles se traduisent par des symptômes plus ou moins nets du côté des organes génitaux, de la menstruation, de la morphologie générale, de l'habitus extérieur, de l'état mental et de l'appareil circulatoire.

Organes génitaux. — Insuffisance de développement, organes conservant le caractère infantile, parfois clitoris anormalement développé.

Menstruation. — Règles diminuées en fréquence, en intensité et en durée, souvent douloureuses.

Morphologie générale et habitus. — L'insuffisance ovarienne peut déterminer de la maigreur comme de l'obésité, cette dernière plus fréquemment. Les traits du visage sont parfois modifiés dans le sens masculin, en même temps que l'on observe une ébauche de barbe ou de moustache (virilisme discret). Ce syndrome s'accentue parfois (on observe alors très souvent, du côté des organes génitaux une hypertrophie clitoridienne) jusqu'à réaliser l'hirsutisme d'Apert avec apparence d'hermaphrodisme : hypertrichose, aspect masculin, rudesse du caractère et de l'abord. D'après plusieurs auteurs, des troubles aussi accentués, seraient l'expression d'une insuffisance conjuguée de l'ovaire avec la surrénale (Lannois, Pinard), avec l'épiphyse (Sicard, Hagueneau), avec l'hypophyse; ou bien encore d'une tumeur ovarienne (Tuffier, Achard).

Etat mental et nerveux. — Irritabilité du système central avec exagération de la réflectivité médullaire. Hyperexcitabilité aussi du sympathique; cependant les facultés intellectuelles sont plutôt ralenties et amoindries. Insomnie très fréquente.

Appareil circulatoire. — Pression artérielle généralement diminuée sans qu'il y ait ordinairement hypotension caractérisée; les bouffées de chaleur ont une valeur signalétique, mais on se souviendra cependant, qu'elles se produisent aussi chez les basedowiens. Les extrémités sont souvent cyanosées. Le sujet présente fréquemment des palpitations, des vertiges.

Ces troubles s'observent le plus souvent aux périodes ci-après de la vie féminine :

Au moment de la puberté et dans les deux ou trois premières années qui suivent l'instauration de la menstruation.

Pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse où la fonction ovarienne se trouve suspendue.

Chez les femmes ayant subi l'ovariectomie double, souvent même après une ovariectomie simple, pendant quatre ou cinq mois.

A toute époque de la vie génitale, lorsqu'une affection infectieuse ou des troubles nutritifs ont exercé un retentissement sur la fonction glandulaire et l'ont amoindrie.

Le traitement de l'insuffisance ovarienne a pour base l'opothérapie ovarienne, celle-ci pouvant être totale ou fractionnée au moyen des extraits dissociés (*agomensine* et *sistomensine*) à action antagoniste. Ceux-ci permettent une médication plus sûre et plus adéquate à chaque cas par l'administration de l'extrait qui correspond le mieux aux symptômes observés. Ce sont surtout les phénomènes menstruels qui guideront ce choix. On prescrira l'agomensine si les règles sont notoirement insuffisantes ou même inexistantes, lorsqu'elles sont précédées ou suivies de malaises et de troubles vasculaires. On donnera la sistomensine si les règles se prolongent à l'excès et si elles sont accompagnées de douleurs. Dans les troubles ménopausiques ou consécutifs à l'ovariectomie, on se trouvera généralement bien de l'association des deux extraits, en faisant prédominer celui qui correspond le mieux au principal des troubles observés, ou que l'expérience aura montré comme obviant davantage aux symptômes dominants.

En face de cas rebelles à symptomatologie très prononcée on recourra avec avantage à l'administration par voie hypodermique de l'un ou l'autre produit. A. J.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie du sympathique (1), par Maxime LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié. Préface du professeur Henri ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Depuis vingt ans, M. Laignel-Lavastine s'est consacré avec une inlassable ténacité à l'étude du sympathique. Le beau livre qu'il apporte aujourd'hui est donc le fruit de longues et patientes recherches à une époque où la physiologie et la pathologie du vague étaient mal connues. Sa publication arrive au moment où le sympathique entre dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale. C'est dire son actualité.

En le parcourant on reste confondu par le travail de bénédictin auquel s'est livré l'auteur. En vérité il a entrepris et mené à bien une tâche formidable. Mais il a fait mieux encore, il a rendu claire et accessible à tous une étude qui aurait pu être confuse. Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* qui ont eu la primeur de quelques bonnes pages de cet ouvrage en comprendront toute l'importance.

M. Laignel-Lavastine n'étudie pas seulement la pathologie du sympathique, il prépare cette étude par des notions exactes d'anatomie et de physiologie qui font de son œuvre un tout complet et harmonieux.

Edité avec un véritable luxe par la librairie Alcan, l'ouvrage de Laignel-Lavastine est un de ces livres dont peut s'enorgueillir la science française. F. L. S.

Le Goitre (2), par F. DE QUERVAIN.

La chirurgie thyroïdienne comporte des indications et une technique de mieux en mieux réglées, aussi est-elle devenue sinon toujours facile du moins très peu aventureuse entre les mains de ceux auxquels elle est familière tandis que, dit M. de Quervain, « le plus petit goitre peut ménager des surprises au novice, et les cas sont connus où l'opérateur a perdu la tête et le malade la vie ». Il est donc très heureux que les chirurgiens des pays à goitre fassent profiter de leur grande

(1) Fort grand in-8 avec 105 figures. — Prix : 90 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Prix : 18 francs. — Genève, Editions scientifiques Atar.

expérience ceux qui n'ont que plus rarement l'occasion d'opérer des tumeurs thyroïdiennes et donnent le fruit de cette expérience en des études aussi réussies que celle de M. de Quervain.

Il ne s'agit pas ici, à proprement parler, d'un traité mais plutôt d'un manuel où se trouvent choisies et exposées avec une parfaite clarté les notions actuelles les plus directement utiles à qui veut connaître et traiter les diverses formes de goitre en y comprenant la maladie de Basedow. Les travaux et les idées propres de l'auteur entrent d'ailleurs pour une part très importante dans cet ouvrage qui offre ainsi un caractère tout à fait personnel et original.

Les chapitres qui ont le plus de développement et peut-être le plus d'intérêt sont ceux du diagnostic et du traitement opératoire du goitre. Le texte est clair et précis. Les figures sont nombreuses, belles, explicatives. Enfin, il faut louer encore la forme matérielle du livre, sa typographie et la qualité de son papier qui a laissé toute leur valeur aux dessins et aux photographies. CHASTENET DE GÉRY.

Le Cancer thyroïdien (1), par L. Bérard et Ch. Dunet.

Cet ouvrage-ci est un véritable et important traité. Il honore la chirurgie lyonnaise déjà fort riche en publications de toutes sortes sur les lésions de la glande thyroïde. L'abondance de sa documentation est considérable. Il n'est pas de travaux antérieurs sur la question que les auteurs n'aient rappelés, analysés ou critiqués en les confrontant avec leurs recherches personnelles et celles-ci ont été si nombreuses dans tous les domaines, étiologique, anatomique, clinique, thérapeutique, qu'elles confèrent au traité de MM. Bérard et Dunet une valeur et une autorité exceptionnelles.

Certaines parties méritent une mention particulière. L'étude microscopique des cancers thyroïdiens, question extrêmement complexe, toujours discutée, est exposée sous une forme nouvelle où l'histo-physiologie des différents tissus thyroïdiens a plus de place que leur morphologie. Les auteurs traitent séparément l'histogenèse puis l'histo-morphologie des cancers thyroïdiens. Dans le premier chapitre, ils étudient successivement les cellules souches des tumeurs thyroïdiennes, les manifestations histologiques du fonctionnement normal ou pathologique de ces éléments, les lésions précancéreuses, le mode de dégénérescence cancéreuse de ces lésions. Dans le second sont décrits les épithéliomas à polarité cellulaire normale, dissociée, inversée, inexistante, les cancers conjonctifs beaucoup plus rares et les tumeurs mixtes.

D'autre part, le cancer thyroïdien présente des formes cliniques très particulières dont la connaissance offre autant d'intérêt que d'utilité pratique et sur lesquelles les auteurs se sont, à juste titre, longuement étendus.

L'ouvrage est illustré de 149 figures pour la plupart originales et très bonnes à tous points de vue.

CHASTENET DE GÉRY.

Leçons élémentaires de clinique médicale du docteur Rémond [de Metz] (2), recueillies par M. H. Colombié. Préface du professeur Achard.

L'auteur, dont le nom est bien connu du grand public médical, a résumé en un élégant volume un certain nombre de cliniques qu'il a eu l'occasion de professer à la Faculté de médecine de Toulouse. Les principales ont trait à la *grippe*; aux affections gastriques : *ulcère, cancer*; aux infections : *grippe, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire*; aux cardiopathies : *rétrécissement mitral pur, asystolie, myocardites chroniques*; aux intoxications : *mercurielle, alcoolique*; aux affections nerveuses : *hémiplégie, tabes, hystérie*. Nous les vons lues avec intérêt et non sans grand profit.

Elles justifient les éloges que font d'elles le professeur Achard dans sa courte préface. Simplicité, précision, clarté, telles sont leurs qualités dominantes. Ajoutons-y le souci de la meilleure thérapeutique, dans un cas donné. On conçoit qu'elles aient plu aux élèves. Elles ne recevront pas, des lecteurs, un accueil moins favorable. L. BABONNEIX.

(1) Un vol in-8 de 600 pages avec 149 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 40 francs; franco France, 42 francs. — Paris, G. Doin.

(2) In-4° de 246 pages. — Paris, Edition du livre de France.

En marge du Codex. Notes d'histoire thérapeutique (1), par H. Leclerc.

Le docteur H. Leclerc est l'auteur d'une *Phytothérapie* qui réhabilite la médication par les simples et son grand succès a prouvé l'opportunité de l'entreprise. Il nous convie aujourd'hui à écouter l'histoire de quelques préparations qui, après avoir eu une grande vogue sont plus ou moins tombées en oubli ou, du moins, ne figurent guère plus dans les prescriptions magistrales, encore que certaines ne soient pas sans efficacité et que d'autres aient gardé la faveur du populaire. Qu'il suffise de mentionner au hasard : les pilules de cynoglosse et le laudanum, la poudre de Dover, la potion de Rivière, l'emplâtre de Vigo, le baume de Fioravanti, le baume Opodeldoch et le baume tranquille, l'eau d'Alibour, l'élixir de Garus, les gouttes amères de Baumé, l'eau-de-vie allemande, le sirop Dessessartz, la liqueur de van Swieten et la liqueur de Fowler, les pilules de Méglin, l'élixir de Gendrin, l'eau sédative, etc. A la vérité, cette sèche nomenclature, et incomplète, ne saurait donner l'idée du trésor de renseignements historiques et thérapeutiques que renferme chaque notice. Chacun y trouve à apprendre, non seulement celui qui débute dans la carrière, mais aussi le médecin vieilli dans la pratique, car il découvre, dans ces formules vétustes, nuancées de mystique, le long effort des aïeux pour vaincre, au moyen des armes dont ils disposaient d'ailleurs avec un art consommé, la douleur, la maladie et la mort. Et M. H. Leclerc, pour notre enchantement, a merveilleusement observé le précepte d'Horace : *miscuit utile dulci*. C'est, en effet, dans un style souple, limpide, varié, orné comme il convient à une prose de lettré disert, qu'il nous raconte ces histoires, de telle façon que ses leçons austères deviennent un charme pour l'esprit.

Ce livre est orné des nombreuses reproductions de vieilles estampes qui ajoutent encore, si possible, à son haut intérêt.

J. LAUMONIER.

Les Jumeaux. Etude biologique, physiologique et médicale (2), par le docteur Apert, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

La question de la gémellité a été remise à l'ordre du jour par la fréquence un peu plus grande des jumeaux depuis la guerre; elle avait d'ailleurs besoin d'être revisée, car un grand nombre de données biologiques, physiologiques, médicales et démographiques sont venues modifier ou préciser les idées qui avaient cours relativement au mécanisme, à la signification et aux risques des grossesses gémellaires. M. Apert a entrepris cette tâche et il faut le féliciter de l'avoir menée à bien, grâce à sa compétence, son érudition et sa clarté. On ne peut s'attendre à trouver ici l'analyse d'un livre si riche en idées et en faits. Il suffira d'indiquer que tout ce qui touche à la gémellité y est traité en détail : gémellité bivitelline et univitelline, fréquence, hérédité, influence des parents (M. Ménétrier, dans une communication récente à l'Académie de médecine, vient de noter l'action du père sur la gémellité), des facteurs pathologiques, grossesse et accouchement gémellaires, élevage des jumeaux, maladies gémellaires, grossesses et accouchements multiples, jumeaux monoamniotiques et monstres doubles, etc. Les deux derniers chapitres sont consacrés à l'étude de la gémellité dans l'échelle des êtres et à l'exposé des recherches expérimentales qui ont été faites à ce sujet. Le savoir clinique de l'auteur lui permet, en outre, dans chaque cas, d'apporter de précieuses indications pratiques, et c'est pourquoi cet intéressant volume s'adresse tout autant au biologiste et à l'eugéniste qu'au médecin et à l'accoucheur; et chacun d'eux y trouvera des renseignements utiles. J. LAUMONIER.

(1) In-12 illustré. — Prix : 12 fr. — Paris 1923, Masson.

(2) Un vol. illustré. Bibliothèque des connaissances médicales, — Paris, 1923, E. Flammarion.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE[1]

4° Reste l'**angine nerveuse**, ancienne « angina minor » dont il ne faut accepter le diagnostic qu'avec une extrême prudence.

Très schématiquement, on peut, avec Huchard, en distingue trois variétés :

a. *Angine nerveuse*, à proprement parler, apanage des hystériques et neurasthéniques.

b. *Angine réflexe* qui résulte du retentissement sur le cœur d'une affection douloureuse viscérale (gastrique, intestinale, hépatique, utérine) ou périphérique (angine de poitrine des amputés, névralgie intercostale, etc.).

On peut ainsi expliquer la mort brusque au cours de la colique hépatique par exemple.

L'angine de poitrine dans le tabes relève d'une aortite concomitante.

c. *Angine toxique* dans l'intoxication par le plomb, l'oxyde de carbone, le tabac qui, d'après Huchard, engendre l'angine gastrotabagique (par troubles gastriques), spasmotabagique (par spasme des artères coronaires) et sclérotabagique par sclérose des vaisseaux nourriciers du cœur. Laubry a insisté récemment sur l'angine de poitrine des goutteux.

Enfin, chez la femme, surtout au moment de la ménopause à l'époque du déséquilibre endocrinien et de son retentissement sur le système neurovégétatif particulièrement réceptif l'on assiste à des crises d'angine de poitrine d'une allure très dramatique avec troubles vaso-moteurs intenses. Leur pronostic est cependant relativement bénin.

Bard a vu l'angine de poitrine coïncider avec le syndrome de Raynaud chez un sujet indemne de toute tare cardiaqua : cette angine s'est cependant montrée meurtrière.

Enfin, plus récemment, Gallavardin a insisté sur l'angine de poitrine, dans les cardiovalvulites (*Paris méd.*, 7 juillet 1923).

En résumé, pour établir le diagnostic causal d'une angine de poitrine, on cherchera d'abord les signes d'aortite syphilitique, puis ceux de l'insuffisance ventriculaire gauche, consécutive à l'hypertension artérielle avec ou sans sclérose rénale ou sclérose artérielle généralisée.

L'on pratiquera un orthodiagramme cardio-aortique, une réaction de Wassermann, un examen d'urine, un dosage d'urée dans le sang. Ce n'est qu'après avoir éliminé l'hypothèse de l'angine des aortiques et des hypertendus artérioscléreux que l'on pensera à une angine d'origine médiastinale ou d'origine réflexe. Ce dernier diagnostic ne sera formulé qu'avec beaucoup de circonspection. « Un état dyspeptique, névropathique ou l'intoxication par le tabac risquent bien plus d'être des facteurs occasionnels ou favorisants, que la cause exclusive d'un syndrome angineux » (Lian).

Pronostic. — Il faut se souvenir que toute angine est susceptible d'un dénouement fatal; mais elle est également susceptible de rémission.

Le pronostic est grave entre quarante et soixante ans ; il est plus grave chez l'homme que chez la femme ; l'angine de l'aortite est plus grave que celle de la myocardite ; la plus grave des angines est celle dont la cause nous échappe et partant nous laisse désarmés.

Anatomie pathologique. — « Il n'est guère de lésion cardiaque qui n'ait été signalée. »

Les plus importantes sont :

1° **L'aortite.** — Les caractères particuliers déjà remarqués par Jenner (fin du XVIIIe siècle), retrouvés par Kreysig (en 1816) ont été confirmés par les auteurs contemporains. La lésion siège à l'origine du vaisseau et affecte souvent l'origine des coronaires qui se trouve rétrécie.

Parfois le rétrécissement porte non seulement sur l'embouchure des coronaires, de la gauche surtout, mais sur tout le le trajet du vaisseau.

Mais ces lésions, pour fréquentes qu'elles soient, sont loin d'être constantes.

2° **Myocarde.** — Chez les individus décédés au cours d'une crise d'œdème aigu ou d'angine de décubitus, ce qui frappe c'est l'hypertrophie du cœur. C'est « le cœur de bœuf ». décrit par Traube, associé souvent à l'artériosclérose généralisé ainsi qu'à la néphrite chronique.

On a également signalé des altérations du plexus nerveux cardiaque; Lancereaux, en particulier, insistait sur la névrite périaortique.

Pathogénie. — Innombrables théories.

A. **Anciennes.** — 1° *Théorie musculaire.* — *a.* Spasme musculaire, analogue à la « crampe musculaire » dans la claudication intermittente.

b. Paralysie aiguë du myocarde.

2° *Théorie artérielle.* — Sténose des artères coronaires.

C'est la théorie formulée par Potain et brillamment développée par Huchard, classique il y a une vingtaine d'années.

Actuellement, l'on sait bon nombre de cas d'athérome coronienne sans angine et des accès mortels d'angine avec intégrité des vaisseaux restés perméables.

3° *Théorie nerveuse.* — Peter incriminait une névralgie, Lancereaux une névrite du plexus cardiaque.

B. **Théories modernes.** — Les auteurs modernes invoquent surtout la distension cardioaortique.

1° Lander Brunton et Merklen attribuent l'angine à une distension suraiguë du cœur. D'après Mackenzie, l'angine apparaît quand le cœur plie sous le poids d'un effort qu'il est incapable d'accomplir.

2° Allbutt, Josué incriminent la distension de l'aorte.

3° Vaquez explique l'angine d'effort par une distension de l'aorte, l'angine de décubitus par une distension du ventricule gauche.

4° Lian adopte une théorie éclectique : l'angine cardio-aortique vraie dépendrait de la distension brusque du cœur et de l'aorte ; l'angine nerveuse, réflexe, indiquerait simplement une hyperexcitabilité du plexus cardiaque.

Physiologie pathologique. — Quelle que soit la cause, le primum movens de la douleur, elle se transmet d'abord au plexus cardiaque : aussi est-elle rétrosternale.

Les irradiations douloureuses s'expliquent aisément d'après Head et Mackenzie par la transmission de l'excitation au ganglion spinal par la voie des rami communicantes. Partie du ganglion spinal, centre du réflexe, l'excitation suit la voie sensitive commune. Dès lors, à la façon de l'amputé de jambe qui souffre des orteils, l'angineux éprouve une douleur irradiée à la périphérie.

Or, le ganglion intéressé est le ganglion cervical inférieur, en connexion étroite avec la VIIIe paire cervicale et la 1re dorsale. Ces connexions sont surtout intimes à gauche. C'est pourquoi la douleur irradie à gauche, dans le bras et au cou. L'ébranlement peut déborder la sphère sensitive et frapper les cornes antérieures motrices de la moelle : D'où réflexe moteur avec parésie du bras gauche et constriction thoracique (crampe des muscles interosseux).

Quant à l'angoisse c'est la répercussion psychique de la douleur viscérale, répercussion variable suivant la mentalité du malade.

Traitement. — 1° **De la crise.** — Nitrite d'amyle en inhalation ou potion à la trinitrine associée à l'héroïne.

Si crise forte : morphine.

Dans l'angine de décubitus avec défaillance cardiaque, pratiquer d'urgence une saignée suivie d'injection intraveineuse d'ouabaïne.

2° **Traitement intercalaire** — de la cause. — Traiter la syphilis, l'insuffisance cardiaque, l'artériosclérose, la néphrite chronique (le régime lacté ou hypoazoté).

Bibliographie. — HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, 1893. — VAQUEZ. Art. MALADIES DU CŒUR, in *Traité* Gilbert et Carnot, 1921. — LIAN. Art. CŒUR, in *Traité* Sergent, 1920. — LAUBRY. *Séméiologie cardiovasculaire. Troubles fonctionnels*, Doin, 1924.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 33, p. 554, et n° 35, p. 591.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Sénèque, 17; Monod, 18; Bloch (R.), 16.

Séance du 7 mai. — MM. Maurer, 13; Michon, 12; Boppe, 17.

— CONCOURS DU PRIX DE L'INTERNAT. (*Médecine*). — *Jugement des mémoires.* — Séance du 3 mai. — MM. Blamoutier et Bocage, 30; Boulin, 29 1/2; Fouet et de Gennes, 30; Hirschberg, 29; Meyer, 30; Plichet, 29; Ravina, 30.

Epreuve orale. — Séance du 6 mai. — MM. de Gennes, 20; Meyer, 19 1/2; Fouet, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour quatre places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 30 juin 1924 à 2 h. 1/2 à la salle de la bibliothèque de l'Hôtel-Dieu.

Les internes sont nourris pour deux ans, ils touchent 1.800 francs par an, plus une prime de 200 francs attribuée dans certaines conditions. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés.

L'Hôtel-Dieu offre de très grandes ressources professionnelles.

Pour renseignements et inscriptions s'adresser au directeur des hospices à Orléans.

GUERRE. — Un concours sera ouvert le 9 décembre 1924, à 9 heures, au Val-de-Grâce, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Pour tous renseignements relatifs aux conditions à remplir et à la constitution des dossiers de candidature, consulter les affiches ou s'adresser à la direction du Service de santé de la région du domicile.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXIIIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 6 au 11 octobre 1924, sous la présidence de M. le docteur Tuffier, membre de l'Académie de médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur et leurs résultats éloignés. » Rapporteurs : MM. Dujarier (de Paris) et Imbert (de Marseille).

2° « Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. » Rapporteurs : MM. Labey (de Paris) et Tixier (de Lyon).

3° « Soins pré et postopératoires, choix de l'anesthésie en chirurgie gastro-intestinale. » Rapporteurs : MM. Lambret (de Lille) et G. Lardennois (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, à Paris (VIe).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — Notre excellent confrère *Le Bruxelles médical* annonce la constitution d'une association de la Presse médicale belge.

Les membres de l'association de la Presse médicale française qui entretiennent avec leurs confrères belges des rapports de si franche et intime cordialité seront heureux de voir la nouvelle association se ranger à leurs côtés à l'occasion du prochain Congrès latin des associations de Presse médicale.

CANDIDATURES MÉDICALES (*suite*). — Doubs : M. Perronet.
Basses-Pyrénées : M. Dotezac.
Eure : M. Briquet.
Haute-Garonne : M. Carrère.
Hautes-Pyrénées : M. Paul Sempé.
Haut-Rhin : MM. Kayser, Sittler.
Indre : M. Dumont.
Morbihan : M. Roux.
Nièvre : MM. Regnier, député sortant; Lebœuf, Fié.
Nord : MM. Barroier, Guisset, Riche.
Pas-de-Calais : MM. Légillon, Alexandre, Patou.
Réunion : MM. Archambeau, Isautier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Leriche (de Nice) et de Sir William Macewen, le grand chirurgien de Glascow, dont les travaux sur la chirurgie osseuse, la chirurgie du poumon et la chirurgie des centres nerveux sont devenus classiques.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. A. GILBERT ; agrégé : M. Maurice VILLARET.) — CONFÉRENCES MÉDICO-CHIRURGICALES SUR LA PATHOLOGIE DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM. — M. le professeur A. Gilbert, M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, M. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux, et M. Chabrol, médecin des hôpitaux, feront en mai et juin, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), les samedis, à 10 h. 3/4, une série de conférences médico-chirurgicales publiques sur la pathologie de l'estomac et du duodénum avec présentation de malades.

Des démonstrations endoscopiques, radiologiques et chimiques seront faites par M. Dufourmentel, ancien chef de clinique oto-rhino-laryngologique; Deval, chef du laboratoire de chimie, et Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale.

Des conférences médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et de l'intestin seront faites ultérieurement dans les mêmes conditions.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE. — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du lundi 12 mai au samedi 24 mai inclus, dans son service d'enfants tuberculeux de l'hôpital Debrousse (pavillon Benjamin Franklin), un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, sauf le mardi, à l'hospice Debrousse, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, deux leçons auront lieu les vendredis, à 4 heures, au siège de l'Œuvre Grancher, 4, rue de Lille.

Le docteur Ribadeau-Dumas fera, deux mardis consécutifs, une leçon sur la tuberculose du nourrisson, à l'hôpital de la Maternité.

Nombre d'élèves limité.

Prix de l'inscription : 60 francs.

S'inscrire au laboratoire du service des enfants tuberculeux, hôpital Debrousse, 148, rue de Bagnolet.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — COURS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE ET COSMÉTIQUE DE LA FACE. — Le professeur Pierre Sebileau, directeur, et le docteur Dufourmentel, commenceront ce cours le lundi 2 juin, à 14 heures, et le continueront les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Le cours comprendra dix leçons. Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

ERRATUM. — Dans la Revue générale de M. Léon Pollet sur les *Polynévrites postsérothérapiques* (*Gaz. des hôpit.*, n° 36, 1er-3 mai 1924, p. 600, col. 1) faire la correction suivante :

Prophylaxie. Au lieu de : « On n'emploiera que les sérums *surchauffés* », lire : « On n'emploiera que les sérums *chauffés.* »

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CIRCUIT DE LA BOURGOGNE. — La Compagnie P.-L.-M. vient de créer un nouveau service automobile d'excursions : le « Circuit de la Bourgogne » qui fonctionnera les jeudi et dimanche du 3 juillet au 7 septembre, en passant par Fixin, Gevrey-Chambertin, Vougeot, Nuits-Saint-Georges, Beaune, Châteauneuf, Pouilly-en-Auxois (arrêt pour déjeuner), le Puits XV, Val Suzon et la Fontaine de Jouvence.

Les voitures assurant le service partiront de la gare de Dijon à 8 heures pour y revenir à 17 h. 15, donnant ainsi aux voyageurs la correspondance avec le train express n° 102 pour Paris (départ 18 h. 15). Prix du circuit : 45 francs.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (V à X gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 12 MAI AU 17 MAI 1924)

THÈSES

Lundi 12 mai. — Jury : MM. Roger, président; Broca (Auguste), Sebileau et Couvelaire. — M. LARGEAU (A.) L'insuffisance ventriculaire droite. — M. SEBAG (Louis). Le tibia de l'absence congénitale du péroné. — M. CHARITCH (Miloch). Sur un cas d'astragalectomie (tarse postérieur). — M. COMET (André). Etude du traitement curiethérapique du cancer du col de l'utérus. — M. NOYER (Henri). De l'influence du radium et des rayons X sur la vie du fœtus. — M. YOTTE (René). Etude du lupus nasal.

Mardi 13 mai. — Jury : MM. Jeanselme, président; Sicard, Guillain et Lemaître. — M. BODSON (Marc). Considérations sur quelques cas d'intolérance du bismuth (traitement de la syphilis). — M. SCHRAMECK (J.). Croyance et suggestion. — M. JOSSAND (René). Maladie de Parkinson.

Jury : MM. Achard, président; Claude, Nobécourt et Foix. — M. DIRATZAUYAN (J.). La polyarthrite chronique déformante. — M. GOPNER (H.). Etude de l'ostéomalacie sénile. — Mme NICOLESCO (Marie). Etude des syndromes douloureux par atteinte des relais cellulaires de la sensibilité. — SAURY (Mlle Louise). Etude clinique des néphrites d'origine pharyngée chez les enfants. — M. CRAFFE (Marcel). Hypertrophie des glandes salivaires (affections mentales).

Jury : MM. Chauffard, président; Carnot, Lian et Aubertin. — M. PICHON (E.). Le rhumatisme cardiaque évolutif (traitement). — M. STOKMAN (Jean). Les pleurésies à cholestérine. — M. BLAMOUTIER (P.). Les mouvements antipéristaltiques de l'intestin. — M. ACKERMANN (G.). Le pouls anacrote.

RENSEIGNEMENTS

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'A. G. DES ÉTUDIANTS DE PARIS, 13, rue de la Bûcherie (5e), informe MM. les Médecins de Paris et de province, qu'elle tient à leur disposition, des étudiants en médecine, en fin de scolarité pour remplacements de toute durée.

Tél. : Gob. 65-74, de 14 heures à 18 h. 30. Adr. télégr. Sectiomédi.

REVUE GÉNÉRALE

LE BACTÉRIOPHAGE DE D'HÉRELLE

Par M. E. AZERAD,
Interne des hôpitaux de Paris.

En 1917, d'Hérelle, prélevant chaque jour 1 ou 2 centimètres cubes des déjections d'un malade atteint de dysenterie grave à bacilles de Shiga et soigné à l'hôpital Pasteur, les émulsionnait dans un tube de bouillon ordinaire qu'il laissait à l'étuve pendant vingt-quatre heures; puis filtrant cette émulsion sur bougie Chamberland, il ajoutait quelques gouttes de filtrat à une culture de bacilles de Shiga en bouillon. Or, durant toute la maladie, il obtint des cultures normales de ce bacille; mais un jour, qui fut précisément celui de la défervescence, il constata que le tube préparé suivant la même technique était resté stérile. Il y introduisit alors une émulsion de bacilles de Shiga provenant d'une culture jeune sur gélose, de façon à obtenir un trouble net, et il vit qu'après douze heures d'étuve environ, le milieu était redevenu limpide. Il s'était donc produit une lyse bactérienne, et il était évident que le filtrat des selles contenait un « principe lytique » qui dissolvait les bacilles dysentériques.

Bien plus, d'Hérelle prit une goutte de l'émulsion lysée et l'introduisit dans une nouvelle culture de bacilles de Shiga sur bouillon : Au bout d'un certain temps le même phénomène se produisit. Ainsi de suite : il suffisait d'ajouter une goutte de la dernière émulsion dissoute à une culture bacillaire, pour que la lyse se produisît, et même se produisît de plus en plus rapidement. Il s'agissait donc d'une véritable action « en série », action qui pouvait être rapprochée de la bactériolyse provoquée par le bacille pyocyanique ou le bacille subtilis. En effet, lorsqu'on met en présence deux cultures de bacilles pyocyaniques et de bacilles dysentériques (ou typhiques), on constate au bout d'un temps assez long, la disparition complète du bacille dysentérique qui est détruit par le pyocyanique; et ce phénomène peut également se reproduire indéfiniment.

Par analogie, on pouvait donc supposer que dans la première expérience la lyse était due aussi à un être vivant, mais un être infiniment petit, invisible, un ultramicrobe, auquel d'Hérelle, par la suite, donna le nom de « bactériophage » en raison de ses propriétés.

Le fait était-il connu avant ces travaux de d'Hérelle ? Cet auteur retrouva dans la littérature scientifique quelques phénomènes qui avaient paru inexplicables à leur époque et qui pour lui relèvent certainement de l'ultramicrobe.

1. *Hankin* signale l'action antiseptique de l'eau de certains fleuves des Indes pour toutes les bactéries, et en particulier pour le vibrion cholérique, et il attribue ce pouvoir, d'ailleurs détruit par l'ébullition, à une substance volatile.

2. *Twort*, ensemençant du vaccin Jennerien sur gélose obtint une culture de micrococques dont certaines colonies prennent un aspect vitreux et transparent, et qui repiquées avec une culture de micrococques normale, donnaient à nouveau une tache hyaline s'étendant progressivement.

3. *Haffkine* a constaté dans son laboratoire que des émulsions de bacilles pesteux se clarifiaient spontanément, le milieu redevenant limpide en quelques heures. Ne sachant à quoi attribuer ce phénomène, on parlait de cultures « qui se suicident ».

4. *Eliava* analysant les eaux d'une rivière et les ensemençant, trouva du vibrion cholérique ; mais au bout d'une dizaine d'heures à l'étuve, il constata que ses cultures étaient détruites, sans pouvoir s'expliquer ce fait.

I. Le bactériophage, sa nature, ses propriétés. — Tous les faits, toutes les expériences témoignent en faveur de la conception de d'Hérelle : Le bactériophage est un être vivant, un ultravirus invisible, parasite des microbes. Et c'est là l'opinion généralement adoptée aujourd'hui. Aussi n'aurons-nous qu'un simple mot à dire, après cet exposé, des diverses théories qui ont été émises et dont aucune n'a été confirmée.

Comme son nom l'indique, le bactériophage (de βακτεριον : bactérie ; et de φαγειν : manger) est un parasite obligatoire des bactéries, sans lesquelles il ne peut se développer. Il est impossible de le cultiver sur quelque milieu que ce soit, en leur absence ; et même en leur présence, il ne se développe et ne se multiplie qu'à condition qu'elles n'aient été ni tuées, ni modifiées par le vieillissement ou par tout autre procédé (chaleur, antiseptiques, etc.). Il lui faut donc pour se reproduire un microbe jeune, normal : si, par exemple, on le fait agir sur une culture déjà ancienne (datant de quinze jours ou plus), de bacilles dysentériques, la lyse se produit, mais n'est pas complète, et cela tient tout simplement à ce que cette culture contenait un certain nombre de germes déjà morts, aux dépens desquels l'ultramicrobe n'a pu se développer, et dont la présence explique le léger trouble persistant. Dès lors, la nature du milieu n'a aucune influence sur son développement, dans la mesure où elle n'en a pas non plus sur celui de la bactérie, à la condition toutefois qu'une certaine alcalinité soit respectée, la lyse ne se produisant pas en milieu acide.

Grâce à ce fait, il a été possible d'obtenir par un artifice ingénieux, des colonies de bactériophage sur milieu solide : il suffit pour cela d'inoculer (1) une dose faible de ce bactériophage à une émulsion bien trouble de bacilles de Shiga, par exemple, et d'en étaler aussitôt une goutte sur gélose : Après séjour à l'étuve, on a une culture bacillaire en nappe présentant cependant quelques petites taches claires, arrondies, régulières, ayant les dimensions d'une colonie microbienne (3 à 8 millimètres de diamètre) et où la gélose est nue, sans traces de culture apparente. Ces taches sont, en réalité, des colonies « négatives » d'ultramicrobes. Si on fait des étalements successifs, de demi-heure en demi-heure, de l'émulsion inoculée, on constate qu'à mesure que la lyse s'effectue, et que par conséquent le bactériophage se multiplie, les taches claires augmentent de nombre, puis confluent pour donner à la culture microbienne un aspect déchiqueté « en dentelles » et qu'enfin, une fois la lyse terminée, la gélose reste absolument nue, comme si elle était stérile. Or, si l'on pique cette gélose ou l'une des plages claires, avec un fil de platine, puis qu'on le trempe dans une émulsion de bacilles de Shiga, le milieu se clarifie en quelques heures. La gélose n'était donc stérile qu'en apparence : elle n'était pas ultrastérile,

(1) Il est convenu avec d'Hérelle qu'on « ensemence » un milieu avec un microbe, et qu'on « inocule » ce milieu ensemencé avec du bactériophage.

et la culture du bacille de Shiga n'y est plus possible.

Numération des ultramicrobes. — C'est l'existence de ces « colonies négatives » qui a permis à d'Hérelle ce fait si curieux (puisqu'il s'agit d'êtres invisibles), mais d'une importance capitale : La numération des ultramicrobes. Celle-ci se fait absolument comme pour les microbes ordinaires, c'est-à-dire qu'il suffira de préparer des dilutions considérables de bactériophage, non plus dans du bouillon simple, mais dans du bouillon préalablement ensemencé, puis d'en étaler une petite quantité, 1/10e de centimètre cube, et de compter les colonies négatives qui en résulteront. Le chiffre obtenu sera alors multiplié par le taux de la dilution : supposons celle-ci au 1 millionnième et soit 20 le nombre de colonies trouvé, il y aura donc $20 \times 10 \times 1.000.000 = 200$ millions d'ultramicrobes par centimètre cube.

Cette numération apporte un argument considérable en faveur de la nature vivante du « principe lytique », car elle montre qu'il se reproduit et se multiplie, et que loin de diminuer par les dilutions successives qu'on lui fait subir, au contraire, il se développe.

Observations microscopiques et ultramicroscopiques. — Si le bactériophage est un être doué de vie, est-il possible de le voir au microscope ou à l'ultramicroscope ? Voici ce que d'Hérelle observa à ce sujet, et qui fut confirmé par d'autres auteurs.

En prélevant, à plusieurs reprises, une goutte d'une émulsion inoculée, au fur et à mesure que se produit la dissolution des bactéries, en l'étalant sur lame, et en la colorant simplement (thionine phéniquée, par exemple) il nota les faits suivants : Aussitôt après l'inoculation, l'examen des lames ne montre que des bacilles normaux.

Au bout de quarante-cinq et de soixante minutes, certains bacilles prennent moins bien le colorant; on voit, en outre, de nombreuses granulations, des débris informes qui proviennent certainement de la lyse; et surtout il existe, en assez grand nombre, de petits corps sphériques, dont nous allons voir bientôt la signification. Au bout de quelques heures, quand la lyse est terminée, l'étalement est négatif.

A l'ultramicroscope, l'aspect des microbes est normal au début. Puis, à leur intérieur, apparaissent de fines granulations, de plus en plus nombreuses, alors que les bacilles normaux deviennent de plus en plus rares. Bientôt ils deviennent « ventrus, ballonnés », prennent une forme sphérique et contiennent toujours de fins granules qui, au bout d'un certain temps, les font éclater et sont mis en liberté. Les corps sphériques, que nous avons déjà observés au microscope, ne sont donc que des bacilles envahis par les ultramicrobes et qui sont ensuite détruits par éclatement. Il est, de plus, très vraisemblable, sans qu'on puisse l'affirmer, que les fins granules sont des bactériophages. Ceux-ci sont donc d'une ténuité extrême et Praussnitz, qui a pu tout récemment les mesurer, leur attribue un diamètre égal à $0\mu 02$, soit 10 fois moins que celui des plus petites bactéries visibles au microscope. On comprend ainsi qu'ils puissent traverser les pores d'une bougie Chamberland L 3.

Mais ces observations montrent un fait essentiel, c'est le développement par poussées, par à-coups successifs, de l'ultravirus, à intervalles de trente à soixante-quinze minutes environ. Et ce fait ne fait que confirmer les résultats de l'examen direct des cultures, et de la numération des germes qui montrent, en effet, leur brusque augmentation au bout de trois ou quatre heures, moment qui correspond bien à l'éclatement des bacilles parasités.

Nous ne pouvons passer en revue toutes les propriétés dont jouit le bactériophage, notamment vis-à-vis des agents physiques et chimiques ; nous nous contenterons d'en citer quelques-unes, en insistant bien, avec d'Hérelle, sur ce fait que quoique un peu particulières, ces propriétés ne sont pas exceptionnelles et ont pu être rencontrées chez d'autres êtres vivants.

Sa vitalité est grande, ainsi que celle de la plupart des ultravirus. Mises en tubes scellés, certaines cultures ont été reconnues actives au bout de quatre et même six ans. Il résiste à la chaleur à 60 degrés, mais est tué, après une demi-heure, à 65 degrés ou cinq minutes à 102 degrés. Il vit indifféremment en milieu aérobie ou anaérobie. Les antiseptiques agissent sur lui de manière variable : le bichlorure de Hg, le sulfate de cuivre, l'acide phénique sont sans action ; par contre, il est détruit en quelques heures par les sels de quinine, en quarante-huit heures par l'alcool à 95 degrés, en quelques jours par l'acétone à 70 p. 100. Il ne peut vivre dans une solution concentrée de glycérine, mais peut très bien se conserver dans une solution à parties égales de glycérine et d'eau ou de bouillon. Par un curieux phénomène d'adaptation, si on laisse évaporer lentement cette solution, l'ultramicrobe continue à vivre malgré la forte concentration du milieu : Or, cette accoutumance n'est-elle point l'apanage des êtres vivants ?

Enfin et surtout le bactériophage secrète une ou plutôt des diastases ou lysines qui lui permettent de s'introduire dans les corps microbiens et de les dissoudre. Ces lysines peuvent être facilement isolées, de la manière suivante : A une culture de bactériophages, on ajoute un certain volume d'alcool à 95 degrés ; on laisse en présence pendant quarante-huit heures, temps suffisant pour détruire complètement tous les ultramicrobes; il se forme alors au fond du tube un précipité, qui est soluble dans l'eau physiologique. Cette solution mise en présence des bacilles les dissout, mais ensemencée sur gélose, elle ne donne pas les colonies négatives caractéristiques et l'action dissolvante ne peut être reprise « en série ». Fait très important, sur lequel d'Hérelle a attiré l'attention, ces lysines possèdent un pouvoir opsonique très élevé, et expérimentalement la phagocytose serait augmentée dans des proportions considérables, de 1 à 100 et même plus. Cette propriété non encore utilisée en thérapeutique, nous semble devoir mériter d'être étudiée, car il peut y avoir là un moyen adjuvant de la défense de l'organisme très intéressant.

Virulence. Exaltation de la virulence. — Grâce à ses diastases, le bactériophage jouit d'une certaine virulence à l'égard des bactéries qu'il est capable de dissoudre en quelques heures. Nous n'avons envisagé jusqu'ici que son action sur le bacille de Shiga, car c'est ce germe qui servit aux expériences fondamentales, mais en réalité sa virulence s'exerce également sur les autres espèces. Comme nous le verrons, en effet, l'ultramicrobe de d'Hérelle est un hôte normal du tube digestif de l'homme et des animaux où il vit aux dépens des bacilles intestinaux, colibacille surtout, bacilles dysentériques,

typhiques et paratyphiques. Mais il possède contre chacune de ces espèces une virulence variable, qui se mesure à l'intensité et à la rapidité de la lyse, et qui varie suivant toute une véritable gamme progressive : telle souche d'ultramicrobes, isolée d'un organisme sain, aura, par exemple, une virulence considérable contre le colibacille (lyse parfaite en quatre heures), moyenne pour le bacille de Shiga (lyse en huit-dix heures) faible pour le bacille de Hiss ou presque nulle pour l'Eberth et les para A et B (absence de lyse apparente).

Mais s'il est parasite, en quelque sorte normal, des bacilles du groupe coli-typho-dysentérique, il peut accidentellement parasiter toutes les autres bactéries et son action a été vérifiée sur un si grand nombre d'espèces différentes (proteus, bacille diphtérique, staphylocoque, bacille pesteux, bacille subtilis, vibrion cholérique, salmonella, etc.) qu'on peut affirmer qu'il est susceptible de les attaquer toutes, sans exception. Et inversement on ne peut, dans une recherche, conclure à l'absence de bactériophage, qu'après l'avoir essayé contre un très grand nombre de souches microbiennes.

Certains auteurs ont voulu en conclure qu'il n'y avait pas un, mais des bactériophages antishiga, antiéberth, etc. Mais d'Hérelle a soutenu et démontré l'unicité de son ultravirus, et il en donne les preuves suivantes :

1° Isolé de l'organisme, il est immédiatement actif contre plusieurs espèces ;

2° Exalté contre une espèce, il peut être entretenu sur une autre et conserver, malgré plusieurs passages, sa virulence pour la première ;

3° Enfin, il existe dans le sérum des animaux inoculés une sensibilisatrice qui se fixe sur toutes les souches isolées jusqu'ici.

Il est possible d'exalter la virulence du bactériophage vis-à-vis d'un germe quelconque, tout comme il est possible d'exalter celle d'un microbe par la méthode pastorienne des passages en série : de même qu'on fait des passages successifs du pneumocoque sur la souris pour le rendre actif, de même on fera plusieurs passages de l'ultramicrobe sur la bactérie voulue, en suivant une technique que nous décrirons complètement plus loin. Mais auparavant il nous faut dire quelques mots de la résistance et de l'immunité bactérienne.

Résistance de la bactérie. — Si, pour la commodité de l'exposition, nous n'avons jusqu'ici parlé que de lyses parfaites et persistantes, laissant supposer que la bactérie succombait dans tous les cas, sans même se défendre, en réalité il n'en est pas toujours ainsi, comme on pouvait s'y attendre, et les microbes, tout comme les autres êtres vivants, opposent une résistance parfois même victorieuse à l'envahissement de l'ultravirus et sont susceptibles d'acquérir l'immunité, celle-ci n'étant nullement l'apanage des vertébrés supérieurs.

Lorsqu'on inocule une culture microbienne avec du bactériophage actif, le milieu devient limpide en quelques heures. Mais il arrive souvent que, au bout de deux ou trois jours et plus, un trouble se produise à nouveau ; les examens montrent alors qu'il s'agit bien d'une repousse du bacille primitivement ensemencé et non d'une infection surajoutée. C'est ce que l'on appelle des *cultures secondaires*. Celles-ci ne sont pas toujours dues à l'atténuation de la virulence de l'ultraparasite, bien qu'elles soient plus fréquentes dans ce cas, car elles peuvent même se produire après un certain nombre de passages ayant au contraire exalté cette virulence, et de plus le bactériophage isolé de ces cultures secondaires peut lyser parfaitement d'autres émulsions, sans qu'il y ait de repousse. Il s'agit bien d'une résistance spéciale de certains bacilles qui deviennent le point de départ d'une race héréditairement réfractaire, véritable phénomène de sélection naturelle. On peut d'ailleurs leur faire perdre cette résistance en les isolant et en faisant des cultures successives. Si on réensemence une culture secondaire, on obtient des « cultures mixtes » où coexistent ultramicrobes virulents et microbes résistants, ceux-ci généralement sous la forme d'agglutinats qui vont au fond du tube.

Le microbe a deux manières différentes de se défendre : tantôt (défense active) il sécrète des produits qui entravent l'action du bactériophage, tantôt (défense passive) il prend un aspect cocciforme et s'entoure d'une capsule qui parfois est assez développée pour donner aux colonies sur gélose l'aspect zoogléique. Ces faits rentrent dans les cas de mutations microbiennes antérieurement connus, et qui, pour d'Hérelle, se produiraient toujours sous l'influence du bactériophage.

Conclusion. — Tous les faits que nous venons de citer démontrent bien la nature vivante du bactériophage de d'Hérelle. Pourtant, alors qu'aucune de ses expériences ne fut discutée, ce seul fait fut longtemps controversé. Or, si ce germe, ainsi que nous l'avons vu, possède bien une individualité propre, un pouvoir d'assimilation, d'adaptation, de reproduction, il possède par conséquent tous les caractères qui, *par définition*, appartiennent à l'être vivant. Aussi ne nous reste-t-il que quelques mots à dire des autres théories émises et qui, à l'heure actuelle, sont presque toutes abandonnées.

Pour *Salimbeni*, il s'agit d'un champignon, voisin du groupe des myxomyces, qui peut apparaître dans certaines conditions sous sa forme réelle, et cultivable sur gélose.

Pour d'autres bactériologues (*Appelmans*...), le « principe lytique » n'est qu'un ferment, un catalyseur ou une diastase. Mais comment expliquer alors que son action soit susceptible de s'exalter à mesure que par des passages successifs on lui fait subir des réductions considérables, et que les résultats, loin d'être proportionnés à la quantité utilisée, soient généralement meilleurs avec une très faible dose (une goutte ou même une fraction de goutte) qu'avec de fortes doses ?

Pour *Bordet* et *Ciuca*, on est en présence de phénomènes « d'autolyse microbienne transmissible ». Les bactéries, sous l'influence d'une substance sécrétée par l'organisme infecté, subissent une « viciation nutritive » qui se traduit par une aptitude à l'autolyse, les individus résistants transmettant à leurs descendants cette propriété autolytique.

L'expérience sur laquelle ces auteurs ont fondé leur théorie n'a jamais été reproduite. Et, d'autre part, on ne s'explique pas comment les individus résistants appartenant à telle espèce microbienne transmettraient à telle autre espèce leur principe autolytique.

II. Le bactériophage : ses applications dans l'immunité et la thérapeutique. — L'intérêt de cette admirable découverte consistait surtout dans

le rôle que pouvait jouer ce parasite des microbes dans la défense de l'organisme contre les bactéries pathogènes qui s'y introduisent. D'Hérelle, le premier, s'attacha à cette étude. Il démontra ce rôle dans les maladies de l'homme et compléta ses recherches par de superbes expériences sur des animaux sensibles, ce qui lui permit ensuite de créer une nouvelle méthode thérapeutique dont l'application à l'homme, d'ailleurs encore à l'étude, fut faite par lui-même, puis par de nombreux auteurs avec des résultats variables, mais souvent encourageants. Ce sont ces travaux que nous allons maintenant envisager.

1. **Immunité.** — Au cours de l'épidémie de dysenterie bacillaire qu'il eut l'occasion d'observer à l'hôpital Pasteur, d'Hérelle rechercha systématiquement dans les selles de tous les malades la présence du bactériophage et vérifia sa virulence vis-à-vis du germe pathogène, tant sur une souche provenant du laboratoire que sur celle isolée chez le patient même. Il put constater ainsi les faits suivants : au début de l'affection, l'ultramicrobe, qu'on réussit toujours à isoler, ne possède aucune virulence pour le microbe en cause. Mais les jours suivants, dans les formes légères ou de gravité moyenne, cette virulence va en s'exaltant progressivement, pour atteindre bientôt son maximum ; à ce moment les troubles morbides régressent, puis disparaissent et la convalescence s'installe.

Dans les formes plus graves de durée prolongée, le même fait se produit, mais de son côté la bactérie acquiert une certaine résistance de sorte qu'une véritable lutte s'ensuit entre les deux germes dont les péripéties se traduisent dans l'évolution de la maladie par des phases d'amélioration ou d'aggravation, suivant que l'un ou l'autre l'emporte. En définitive, si l'ultravirus vient à bout de la résistance que lui oppose la bactérie, le malade guérit, dans les cas contraires, la maladie aboutit à la mort. Dans les formes mortelles, ou bien on ne trouve à aucun moment de bactériophage actif, ou bien il s'agit, comme précédemment, d'un microbe particulièrement résistant, et l'on sait également que les microbes bactériophago-résistants sont réfractaires à la phagocytose.

Dans la fièvre typhoïde, les résultats furent identiques. Toujours ce même rapport étroit fut retrouvé entre l'évolution de l'affection et la virulence du bactériophage pour le bacille d'Eberth. Il ne pouvait s'agir, étant donné le grand nombre de cas étudiés et la concordance parfaite des résultats, d'une simple coïncidence.

Mais, pour acquérir la certitude, d'Hérelle eut recours à l'expérimentation en s'adressant à des animaux dont il étudia les maladies infectieuses et spécialement celles pour lesquelles ils étaient sensibles (telles que la typhose aviaire, la septicémie hémorragique des bovidés).

La typhose aviaire est une affection épizootique des gallinacés due au bacillus gallinarum et dont la symptomatologie ressemble fort à celle de la fièvre typhoïde humaine ; mais sa gravité est beaucoup plus grande et le nombre de cas mortels toujours très élevé. Au cours des épizooties qu'il put observer, d'Hérelle confirma ce qu'il avait noté déjà chez l'homme : en effet, toutes les poules atteintes et qui succombaient présentaient un bactériophage dont la virulence pour le bacille pathogène était nulle. Par contre, chez les rares bêtes qui guérissaient l'ultramicrobe isolé était actif. Or, l'apparition d'un cas de guérison dans un poulailler précède ordinairement de peu la cessation de l'épizootie. Ceci s'explique quand on songe que l'ultravirus est répandu avec les déjections dans le milieu extérieur, « contaminant » ainsi les autres poules qu'il immunise, et cette immunité devient, en quelque sorte, contagieuse, au même titre que l'affection elle-même. Ici encore il semblait y avoir relation de cause à effet entre l'apparition du bactériophage virulent et la guérison. Mais cela put être démontré expérimentalement car l'injection à des poules, de bactériophage exalté in vitro contre B. gallinarum les préserva contre l'inoculation de doses sûrement mortelles de ce germe, et, de plus, en pleine épizootie, les animaux de certaines basses-cours purent être vaccinés ce qui arrêta immédiatement la contagion, alors que dans les poulaillers non vaccinés les cas continuèrent de se multiplier.

Des faits analogues furent constatés dans la maladie septicémique des bovidés, encore appelée barbone, qui sévissait en 1919 dans certaines contrées de l'Indochine : cette affection, extrêmement contagieuse, est d'une gravité exceptionnelle, tout animal atteint est tué dans les vingt-quatre heures. Aussi les ravages étaient-ils considérables, les deux tiers des troupeaux étant détruits en un court espace de temps. Or d'Hérelle examina le contenu intestinal d'un très grand nombre de buffles et constata une fois de plus que de tous ceux qui furent atteints, aucun ne présentait de bactériophage actif contre le germe pathogène (une pasteurella) alors qu'on en trouvait au contraire chez tous ceux qui résistaient. Enfin, ici encore, l'injection d'une culture de bactériophage spécialement adapté, suffit à préserver de la contagion les animaux exposés.

On voit, de tout ce qui précède, que le bactériophage est un hôte normal de l'intestin (bactériophagum intestinale d'Hérelle 1918) de l'homme et des animaux où il vit aux dépens des bactéries de la flore normale, et notamment du colibacille. Il ne fait donc pas son apparition seulement au moment de la maladie, c'est-à-dire quand le besoin s'en fait sentir, mais vit en véritable symbiose avec les microbes saprophytes qui, ayant acquis une certaine résistance, coexistent avec lui sans être attaqués. Que se passe-t-il dès qu'un germe étranger cherche à s'introduire? Immédiatement l'ultramicrobe s'accoutume à la bactériophagie vis-à-vis de ce germe, et cela d'autant plus vite qu'il est habitué à la lutte alors que la bactérie est dénuée de toute défense : dès lors, celle-ci succombe rapidement et aucun trouble morbide ne se produit. Si, au contraire, la bactérie provient d'un organisme où elle a déjà acquis une certaine résistance, ou par suite de modifications défavorables du milieu intestinal (acidité, etc.), l'action du bactériophage ne peut se faire sentir assez promptement : la maladie éclôt; mais la lutte se poursuit entre les deux germes, et nous en avons vu la terminaison variable selon les cas.

Ainsi l'ultravirus constitue un excellent moyen de protection, qui contribue puissamment à l'élimination des bactéries pathogènes, aussi bien d'ailleurs dans les maladies intestinales que dans les états septicémiques (typhoïde-barbone) ou localisés (staphylococcies) ce qui se conçoit car tous les germes pathogènes passent à un moment donné dans l'intestin, et à son tour le bactériophage est susceptible de passer dans la circulation générale

Il existe donc pour d'Hérelle, à côté de l'immunité

« endogène » d'origine humorale (antitoxines...) ou cellulaire (phagocytose), une *immunité exogène* assurée par l'ultramicrobe, immunité qui peut être contagieuse d'où l'histoire de toutes les épidémies qui présentent chacune une première phase de croissance marquée par la diffusion du germe, puis une phase stationnaire pendant laquelle le bactériophage fait son apparition et exalte sa virulence, et enfin une phase de déclin lorsqu'il se répand et devient à son tour prédominant. Mais cette immunité exogène est passagère et ne dure que tant que la virulence persiste et est entretenue par des réinfections successives à intervalles suffisamment rapprochés.

Elle n'est cependant pas la seule que puisse conférer l'ultravirus, et d'Hérelle l'a démontré en vaccinant préventivement des buffles contre le barbone : ces buffles, ayant reçu une injection de 1/4 à 1 centimètre cube de culture de bactériophage spécifique, ont résisté, au bout de douze et même quatorze mois, à l'inoculation de doses 500 et 1000 fois mortelles de la pasteurella pathogène, et ce en dehors de toute épizootie, et de toute réinfection possible. Pour expliquer ces faits, on est obligé d'admettre que, sous l'influence des corps bactériens ayant subi du fait de leur dissolution par les lysines des modifications profondes, il s'est développé dans le sérum de ces animaux des antitoxines capables de leur conférer une immunité organique « endogène » et prolongée. Bien mieux d'Hérelle a montré que ce sérum possède à son tour un pouvoir préventif, ce qui peut comporter des conséquences extrêmement importantes (notamment pour la préparation de sérums thérapeutiques, en pathologie humaine).

2. **Thérapeutique.** — Toutes ces notions devaient conduire logiquement à l'utilisation du bactériophage dans la thérapeutique des maladies infectieuses à germe connu, chez l'homme. D'Hérelle, après s'être assuré sur lui-même de l'innocuité de cette méthode, l'employa contre la dysenterie bacillaire. Puis d'autres auteurs tentèrent de nouveaux essais dans différentes affections : typhoïde, paratyphoïdes, colibacilloses, staphylococcies.

Nous allons tout d'abord exposer les résultats obtenus par ces expérimentateurs, puis nous verrons la technique à suivre, les précautions à prendre, et les inconvénients possibles; enfin nous tâcherons d'indiquer quelques causes d'échecs qui nous paraissent se dégager de ces observations.

D'Hérelle traita sept cas de dysenterie bacillaire, dont quelques-uns fort graves, qui se terminèrent tous par la guérison : l'ingestion de bactériophage étant suivie très rapidement de l'amélioration des symptômes intestinaux (cessation des selles sanglantes et diminution du nombre total des selles) et du relèvement de l'état général; en outre les bacilles pathogènes disparaissaient presque complètement des déjections de ces malades.

Mais d'autres auteurs (Davison-Otto et Munter) n'ont malheureusement pas obtenu de pareils succès.

Dans la fièvre typhoïde, on connaît surtout les observations de Bekerich et Hauduroy : sur 6 malades traités, 4 guérirent et il n'y eut que 2 échecs, encore s'agissait-il de 2 formes sévères ataxo-adynamiques. Hauduroy a également publié avec Arsimoles un cas de syndrome dysentériforme à bacille d'Eberth où le bactériophage amena la guérison en peu de temps. Même succès dans 2 cas de paratyphoïde, chez des enfants.

Philibert et Cordey n'ont par contre pas toujours de si beaux résultats et ils ont l'impression que le bactériophage dans certains cas n'a eu aucune action.

Otto et Munter ne signalent que des échecs.

La même thérapeutique fut appliquée aux diverses infections urinaires à colibacilles (pyélonéphrites gravidiques ou autres, cystites-pyélites, etc.) par Beckerich et Hauduroy, qui sur 11 cas, rapportent 7 guérisons nettes, 1 discutable (en raison de l'institution d'un traitement mixte) et 3 échecs (dont une observation très intéressante : le malade fut traité malgré la constatation in vitro d'un bacille résistant à la lyse).

Courcoux, Philibert et Cordey ont traité une femme atteinte de pyélonéphrite gravidique par des injections sous-cutanées et intravésicales de bactériophage : en quarante-huit heures les urines étaient redevenues limpides, et la température tombée à 37 degrés.

Philibert rapporte encore l'histoire de deux malades dont l'une fit une pyélonéphrite gravidique d'abord traitée sans succès par un auto-vaccin et qui guérit rapidement après administration du bactériophage, et l'autre fit une colibacillose à forme septicémique qui céda en deux jours au même traitement.

Il n'est pas jusqu'à la furonculose qui n'ait été traitée par des injections locales d'ultramicrobes et qui, dans les cas publiés par Bruynoghe et Maisin, Gratia et Jaumain, Hauduroy, parut être favorablement influencée.

Technique. Doses. Réactions. — Lorsqu'on veut traiter un malade par cette méthode, il faut avant tout préciser le diagnostic bactériologique de son affection, et isoler le germe en cause par les moyens appropriés (hémo- ou copro-culture). Ceci fait, il s'agit d'obtenir un bactériophage virulent vis-à-vis de ce germe. Pour cela il suffira de diluer quelques centimètres cubes des déjections du malade dans un tube de bouillon, de laisser vingt-quatre heures à l'étuve, de filtrer sur bougie Chamberland L3, et d'ajouter quelques gouttes (10 à 20) du filtrat à une émulsion légèrement trouble de colibacilles en bouillon (nous choisissons le colibacille pour vérifier l'existence du bactériophage intestinal qui possède presque toujours contre lui une virulence assez marquée). Sa présence étant ainsi vérifiée, on exaltera ensuite sa virulence pour le bacille isolé chez le patient à traiter en faisant plusieurs passages successifs jusqu'à ce qu'on ait une lyse parfaite en quatre ou cinq heures; on aura soin de filtrer avant chaque passage la dernière émulsion lysée de façon à séparer les bacilles résistants. On peut remplacer cette filtration par le chauffage à 58 degrés, pendant une demi-heure, qui tue le bacille sans toucher à l'ultramicrobe. Nous avons employé ce procédé avec succès.

Lorsqu'on dispose de bactériophage déjà préparé à l'avance et conservé en ampoules, il sera bon de vérifier avant son emploi sa virulence pour le germe isolé du malade, et au besoin d'exalter cette virulence. En outre on administrera le bactériophage de préférence seulement cinq à dix jours après sa préparation de façon à éviter les inconvénients dus à la toxine des bactéries lysées.

Le mode d'introduction peut varier suivant les cas : tous les auteurs ont recouru à l'injection sous-cutanée qui semble la plus active. On y associe fréquemment l'ingestion qui peut d'ailleurs être utilisée isolément avec succès.

On peut également avoir recours à des lavements, ou au sondage vésical pour faire parvenir le bactériophage directement sur les lésions. Quant à la voie intraveineuse elle n'a jamais été utilisée.

Quelles doses faut-il injecter. Il ressort des expériences de d'Hérelle, et l'accord semble être fait actuellement sur ce point, que les doses faibles (*1 à 2 centimètres cubes en injection sous-cutanée*, 1 à 4 centimètres cubes en ingestion, ou en lavement) donnent les meilleurs résultats. Les fortes doses (10 à 1.500 centimètres cubes) employées par Davison n'ont eu aucun effet favorable. Une seule injection suffit le plus souvent, mais on peut les répéter pendant deux ou trois jours, à vingt-quatre heures ou quarante-huit heures d'intervalle sans inconvénients. Toutefois, il faut savoir que des injections répétées, à intervalles assez éloignés, ont fait apparaître chez le lapin un sérum antibactériophage qui gêne la lyse, entrave la phagocytose, et peut sensibiliser l'animal à l'action de la toxine microbienne. Mais ce danger est évité si on fait des injections suffisamment rapprochées.

Ce traitement ne présente donc aucun danger : nous avons vu que d'Hérelle, avant de l'essayer, s'était assuré de son innocuité sur lui-même ; d'autres, parmi ces collaborateurs ont confirmé ce fait, démontré d'ailleurs, par la pratique. On peut cependant observer quelques réactions d'ordre général ou local : la réaction générale consiste en une crise sudorale, parfois assez abondante, signalée par Philibert et Hauduroy, quelques heures après l'injection.

Localement, on peut voir survenir une tuméfaction rouge et douloureuse qui disparaît en un ou deux jours. Signalée par Bruynoghe et Maisin dans la staphylococcie, nous l'avons retrouvée dans la fièvre typhoïde. Comme on voit ces réactions sont peu importantes et sans conséquence.

Conclusion. — L'appréciation des résultats fournis par cette nouvelle méthode thérapeutique basée sur l'admirable découverte de d'Hérelle, reste assez difficile. Si les cas publiés sont dans l'ensemble encourageants, ils ne sont pas encore assez nombreux, et il faut l'avouer, non pas parce que les tentatives ont manqué, mais parce que les résultats obtenus n'ont pas toujours paru mériter d'être communiqués.

En effet, généralement, les malades atteints de fièvre typhoïde, par exemple, arrivent à l'hôpital à une période déjà avancée de leur affection, et, par suite du délai nécessité par l'adaptation de l'ultravirus au germe pathogène, ne sont traités souvent qu'à un moment où la défervescence peut se produire spontanément (vingtième jour environ). De plus, lorsque les lésions constituées sont assez intenses, on comprend que, même après destruction des microbes, la guérison ne puisse être obtenue assez rapidement pour que le résultat paraisse certain à un observateur rigoureux. Ce traitement aura donc d'autant plus de chances de réussir, qu'il aura été appliqué plus précocement. De plus, la bactérie n'est pas dénuée de moyens de défense vis-à-vis de l'ultramicrobe, et à cet égard l'observation rapportée par Beckerich et Hauduroy d'un malade traité sans succès, malgré la résistance constatée in vitro du microbe en cause, est très instructive.

Enfin, il faut également tenir compte des médications intempestives et Philibert et Cordey ont attiré l'attention sur le rôle possible du quinquina et de ses dérivés (quinine) dont nous avons vu l'action empêchante in vitro sur la lyse. C'est ainsi qu'ils expliquent un de leurs échecs, le malade ayant pris à leur insu du quinquina « pour se remonter ».

Toutes ces causes d'échecs méritent d'être signalées, car à mesure qu'elles seront mieux connues et précisées, elles permettront de perfectionner notre technique, et par là-même les résultats obtenus seront plus constants. Aussi est-il permis encore d'espérer beaucoup de cette nouvelle thérapeutique dont les principes reposent sur des expériences aussi simples et aussi démonstratives.

— On peut consulter avec intérêt :

F. d'Hérelle. Le bactériophage; son rôle dans l'immunité, *Monographies de l'Institut Pasteur*, Masson édit., où on trouvera toute la bibliographie de ses travaux. — *Les Défenses de l'organisme*, E. Flammarion.

Beckerich et Hauduroy. *Bull. méd.*, mars 1923.

Philibert et Hauduroy. *Revue de pathol. comp.*, déc. 1923.

Otto et Munter. *Deut. med. Woch.*, déc. 1921.

Coutière. *Biologie méd.*, 1922 ; *C. R. de la Soc. de biol.*, 1918-1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1924)

Action du thorium X sur la maturation des œufs, la germination des graines et l'accroissement des plantes. — MM. Aversenq, Delas, Jaloustre et Maurin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 MAI 1924)

M. le Président déclare une place vacante dans la section de physique et de physiologie en remplacement de M. Gariel.

Hygiène de l'enfance. — M. Wallich donne lecture du rapport de la Commission de l'Hygiène de l'enfance.

M. Wallich, comme dans les conclusions de son premier rapport, maintient son opinion sur l'utilité des pouponnières et sur les services qu'elles rendent. Grâce aux améliorations déjà réalisées, les résultats obtenus sont plus satisfaisants.

M. Pinard rappelle l'intervention, dans cette discussion, de M. Marcel Labbé en faveur d'une pouponnière dont il s'est lui-même occupé au début et pour laquelle il a cessé sa collaboration parce que les résultats qu'il a constatés ne correspondaient pas à ceux qu'a fournis M. Marcel Labbé.

Au lieu de 6 p. 100 de mortalité, c'est 16 p. 100 qu'a constatés M. Pinard. Il propose, d'accord avec l'amendement présenté par MM. Marfan et Léon Bernard, que l'Académie émette le vœu suivant : Que les pouvoirs publics prennent les mesures nécessaires pour que l'enfant ne soit séparé de sa mère qu'en cas de nécessité absolue de séparation.

M. Marcel Labbé répond à M. Pinard qu'il ne s'explique pas la différence du taux de la mortalité entre ses chiffres et les siens. Il procédera à une nouvelle enquête et en fera connaître le résultat à l'Académie.

M. Léon Bernard estime que lorsqu'il y a nécessité de séparer l'enfant de sa mère, il faut mettre cet enfant dans les meilleures conditions possibles.

M. Wallich répond à M. Pinard que 80.000 enfants on été séparés de leurs mères et placés dans des pouponnières Or, les statistiques montrent que le taux de la mortalité de ces enfants est moindre que celui des enfants élevés au biberon.

M. PINARD répète qu'il aurait voulu que ces 80.000 enfants restassent auprès de leurs mères. Malgré tout l'argent et tout le dévouement dépensés, le résultat est loin d'être satisfaisant.

M. BAR se rallie à l'opinion de M. Pinard. Il est vrai que, dans les pouponnières, beaucoup d'enfants sont atteints de bronchite, de coqueluche.

Quand un enfant est atteint d'une maladie infectieuse quelconque, les conséquences peuvent en devenir effroyables. La question est d'importance et M. Bar propose de la renvoyer à la Commission.

— Sur la proposition de M. le Président, sont adjoints à la Commission : MM. Marcel Labbé, Pinard et Léon Bernard. (Adopté.)

Les différences évolutives des cirrhoses du foie chez l'homme et chez la femme. — MM. CHAUFFARD et P. BRODIN, en analysant les observations de cirrhoses du foie recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine pendant les années 1922 et 1923, montrent combien leur évolution est différente chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, c'est l'évolution classique avec atrophie hépatique, ascite récidivante nécessitant des ponctions répétées et aboutissant lentement à la mort par cachexie.

Chez la femme, au contraire, le foie est le plus souvent hypertrophié, l'évolution se fait par poussées qui tantôt guérissent complètement, tantôt rétrocèdent momentanément déterminant de nouveaux accidents après une accalmie plus ou moins longue, tantôt se compliquent de tuberculose aiguë.

La mort survient, non par cachexie lente, mais par insuffisance hépatique.

Cette différence d'évolution paraît due à une moindre résistance du foie de la femme aux infections et aux intoxications, à l'alcoolisme en particulier.

M. SERGENT, comme M. Chauffard, a remarqué, dans son service, la grande fréquence des cirrhoses chez la femme. Indépendamment de l'alcoolisme il a cru constater, au point de vue étiologique, l'influence importante de la syphilis.

M. CHAUFFARD estime que, dans ces cas, il s'agit plutôt de cirrhoses chez des syphilitiques que de cirrhoses d'origine syphilitique.

M. Marcel LABBÉ a été également frappé de la plus grande fréquence des cirrhoses dans les hôpitaux. Il a cru devoir attribuer cette plus grande fréquence à l'augmentation de l'alcoolisme à Paris.

Ventilation permanente d'une crèche d'hôpital. — M. Jules RENAULT, qui dirige une crèche d'hôpital de quatorze enfants, y a institué d'une façon permanente la ventilation, avec chauffage en hiver, rafraîchissement en été et humidification constante. Depuis l'emploi de ces mesures, il a constaté, chez ces enfants, beaucoup moins de bronchites en hiver et beaucoup moins de coups de chaleur en été et de diarrhées estivales. Antérieurement, la mortalité était de 39 p. 100, elle est même montée à 43 p. 100, depuis elle est descendue à 33 et même à 23 p. 100.

M. MARTIN estime que pour les enfants la ventilation est indispensable. Mais il faut aussi l'isolement individuel tel qu'il a été réalisé à l'hôpital Pasteur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 MAI 1924)

Amaurose, quinine, tabes. — MM. Pr. MERKLEN et HIRSCHBERG communiquent une observation relative à une femme qui, après tentative d'avortement par le sulfate de quinine à la dose de 6 grammes aurait été frappée d'amaurose bilatérale définitive. On notait une décoloration papillaire complète, sans scotome. Le rétrécissement du champ visuel était très marqué. Ces caractères sont bien ceux de l'intoxication quinique aiguë, mais rien ne dit qu'on soit en droit d'admettre qu'ils deviennent durables pour constituer une forme chronique. Le fond de l'œil tabétique affecte les mêmes caractères, et l'hypothèse d'amaurose par tabes était vraisemblable par l'abolition des réflexes achilléens. Il serait d'ailleurs difficile d'expliquer autrement que durant les trois ans consécutifs à l'ingestion de la quinine, la vue soit allée en baissant progressivement.

A propos des injections intraveineuses d'émétine. — MM. BENSAUDE, CAIN et RACHET ont essayé chez deux malades atteintes de dysenterie chronique rebelle aux traitements les plus variés, la méthode des injections intraveineuses d'émétine récemment préconisée par M. Petzetakis.

Malgré les multiples précautions prises au cours de ces deux traitements (dilutions des solutions, espacement des injections, emploi de doses minimes, usage répété des tonicardiaques et de l'adrénaline, etc.), les auteurs ont observé les deux fois des accidents généraux inquiétants : asthénie extrême confinant les malades au lit et leur interdisant tout mouvement, torpeur, troubles polynévritiques, paralysies du voile et des masticateurs, abaissement considérable de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique ; malgré la suppression immédiate de cette thérapeutique, les accidents ont persisté plusieurs semaines et les malades gardent encore un mois après, une asthénie considérable et pour l'une, des troubles de la marche encore accentués. Malgré une amélioration locale certaine, les auteurs croient que cette méthode doit être considérée comme exceptionnelle et dangereuse, et qu'il ne faut y recourir qu'en cas d'échecs du traitement habituel.

Le syndrome myélitique aigu, mode de terminaison de la sclérose en plaques. — MM. Georges GUILLAIN et Robert MARQUÉZY rapportent une observation de sclérose en plaques s'étant terminée par un syndrome myélitique aigu, terminaison rare dans cette maladie. Leur malade présentait une sclérose en plaques ayant évolué comme il est de règle par poussées successives et qui se traduisait par des troubles parétiques et spasmodiques des membres inférieurs, surréflectivité tendineuse, inversion bilatérale du réflexe cutané plantaire, présence de réflexes d'automatisme médullaire, abolition des réflexes cutanés abdominaux et du réflexe du voile du palais, abolition de la sensibilité vibratoire aux membres inférieurs, léger tremblement intentionnel, troubles de la parole, décoloration temporale des papilles, dissociation dans le liquide céphalo-rachidien entre la réaction du benjoin colloïdal positive et la réaction de Wassermann négative. Peu de temps après une ponction lombaire, les phénomènes se modifièrent et l'on constata une hypotonie des membres inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, la disparition des réflexes d'automatisme, une anesthésie sous tous ses modes aux membres inférieurs et à l'abdomen, incontinence des urines et des matières, escarres. La mort survint en six semaines.

On assista somme toute à une transformation d'une paralysie spasmodique en une paraplégie flasque hypotonique qui s'accompagnait de presque tous les signes d'une section physiologique totale de la moelle analogue à ceux d'une section anatomique.

Dans ce cas, comme dans le cas de MM. Claude et Alajouanine, il semble que la ponction lombaire ait eu une influence péjorative sur le développement des accidents nerveux ; cette influence est évidente d'ailleurs dans nombre de cas d'affections aiguës évolutives du névraxe.

Un cas d'hémihypertrophie faciale. — MM. André LÉRI et SARTRE présentent une fillette de près de six ans, atteinte depuis sa naissance d'une *hémihypertrophie faciale droite.*

La dissymétrie avait été attribuée à tort à une hémiatrophie faciale gauche.

L'hypertrophie porte à droite sur les os molaire, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur. Elle porte également du même côté sur les tissus mous : joue, oreille, lèvres, amygdale, voiles du palais, langue.

Du côté de l'hypertrophie, l'évolution dentaire s'est faite avec une extrême précocité : la première grosse molaire a paru en haut et en bas à deux ans et demi au lieu de six ans, les incisives inférieures de lait sont tombées et ont été remplacées entre deux ans et demi et trois ans au lieu de sept ans. Les premières prémolaires sont prêtes à tomber à six ans au lieu de neuf ans. La deuxième prémolaire de remplacement et la deuxième molaire paraissent à la radiographie presque entièrement calcifiées. comme elles devraient l'être

entre dix et douze ans. L'évolution dentaire est au contraire normale du côté non hypertrophié.

Les membres et le tronc sont absolument normaux et symétriques.

Cette déformation, qui est exceptionnelle, semble bien rentrer dans le cadre des anomalies par excès ; chez la malade présentée, aucun signe ne semble démontrer que le système nerveux y prenne une part particulière.

A propos du traitement radiothérapique de la syringomyélie. — M. Béclère rappelle les progrès réalisés dans la technique de la radiothérapie et critique le terme de « radiothérapie profonde », employé dans les cas de fortes doses qui ne sont pas sans danger. L'auteur a obtenu de meilleurs résultats par l'emploi de rayons très pénétrants ; tel le cas de M. Ménétrier.

La radiothérapie agit surtout sur les tissus de nouvelle formation.

M. Guillain. En ce qui concerne la syringomyélie, il a souvent observé de lésions étendues des la moelle et se demande qu'elles sont les règles pratiquées de la radiothérapie en pareil cas.

M. Béclère n'ayant traité qu'un cas ne saurait répondre d'une façon précise.

Dermatite exfoliatrice d'origine bismuthique. — MM. M. Pinard, Mathieu Pierre-Weill et Louvel présentent une malade, âgée de soixante-dix ans, qui, à l'occasion d'en traitement bismuthé peu intensif, et en dehors de tout autre symptôme d'intoxication, présenta rapidement des accidents cutanés identiques à ceux qu'il est classique d'observer avec la médication arsenicale. Deux mois après le début de la dermatite, les lésions exfoliatrices sont encore très importantes. Aucune tare hépato-rénale n'a pu être décelée. Cette observation montre la prudence avec laquelle il convient d'employer la médication bismuthée chez les personnes d'un certain âge, même en l'absence de toute tare organique apparente.

Des abcès spontanés à gonocoques. — M. H. Dufour relate l'histoire de deux malades entrées dans son service pour des manifestations gonococciques vulvo-vaginales.

L'une d'elle, observée avec son interne M. Morlaas, était atteinte, en outre, d'une arthrite médio-tarsienne d'un pied. Au niveau du cou-de-pied, on voit apparaître une collection purulente indépendante de la cavité articulaire. Cette collection renfermait des gonocoques comme dans le cas de MM. Klippel et Rachet.

Le deuxième cas observé en collaboration avec M. Duchon est beaucoup plus intéressant. Il s'agit d'une femme enceinte présentant des pertes abondantes et des douleurs polynévritiques très vives. Spontanément, en plein milieu du bras, se développa une tuméfaction de la grosseur d'un abricot avec peau normale. La ponction permit de retirer du pus contenant des gonocoques qui poussèrent sur gélose ascite et gélose au sang.

La tuméfaction rétrocéda spontanément et la malade guérit après avoir reçu des injections de néo-dmégon.

Ces faits rares montrent la bénignité des septicémies à gonocoques.

M. Lemierre rappelle avoir déjà attiré l'attention, avec M. Faure-Beaulieu, sur ces abcès spontanés à gonocoques.

M. Rist rappelle le cas rapporté par M. Hallé en 1897 et qui montre que les septicémies à gonocoques sont parfois compliquées d'endocardites et par conséquent graves.

Torticolis congénital. Quadriplégie incomplète tardive et à évolution progressive. Spina bifida. — MM. P. Harvier et Chabrun. Chez un homme de cinquante-quatre ans, atteint de torticolis congénital, se constitue en quatre étapes successives une quadriplégie. L'impotence commence par le membre inférieur droit, gagne le membre supérieur du même côté, puis le membre inférieur du côté opposé et enfin le membre supérieur.

Il s'agit d'une quadriplégie organique, flasque, incomplète, prédominante à droite. La force musculaire est considérablement diminuée. La station debout et la marche sont impossibles. Tous les réflexes tendineux et osseux sont conservés et plus vifs à droite. Il n'existe ni trouble sensitif, ni troubles sphinctériens. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Une radiographie décèle la présence, au niveau de la 1re vertèbre dorsale et de la VIIe cervicale, d'un spina bifida non apparent extérieurement. L'épreuve du lipiodol démontre la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens.

Cette observation attire une fois de plus l'attention sur le spina bifida occulta que seule la radiographie peut révéler, et constitue une nouvelle preuve de l'apparition possible et tardive de troubles nerveux graves au cours de cette malformation vertébrale. Dans ce cas particulier, les accidents nerveux sont vraisemblablement dus à une lésion intramédullaire au-dessus des ressources chirurgicales.

Insuffisance ventriculaire droite et rétrécissement mitral. — MM. Laubry, D. Routier et Walser. A l'occasion d'une observation qu'ils relatent, venant s'ajouter à leurs publications antérieures sur le même sujet, les auteurs exposent leur conception particulière de l'insuffisance ventriculaire droite. Loin d'être fréquente, ainsi qu'on l'admet communément, elle est, au contraire, exceptionnelle. Les types cliniques qu'en donnent les traités sont des formes de l'insuffisance ventriculaire gauche, tels sont les accidents gravido-cardiaques où l'élément principal et immédiat est l'œdème aigu du poumon ; tel est le tableau ordinaire de l'asystolie où l'on invoque à tort une dilatation totale du cœur, dilatation des cavités gauches et droites. De même, les œdèmes et les congestions viscérales que l'on range classiquement dans l'insuffisance droite, ne sont que des signes banaux d'insuffisance gauche, d'une part par ralentissement et carence circulatoire, d'autre part par la diminution de capacité du ventricule droit due à la dilatation et à l'hypertrophie du ventricule gauche défaillant.

Les auteurs circonscrivent l'insuffisance ventriculaire droite à des signes uniquement ventriculaires, les signes périphériques n'entrant pas en ligne de compte dans la description diagnostique du syndrome, étant communs à l'insuffisance de chacune des deux cavités ventriculaires. Les signes cardinaux, précoces et indispensables pour poser le diagnostic, sont la tachycardie, presque toujours régulière, la distension ventriculaire droite, visible et palpable dans l'angle xypho-costal et vérifiée par la radioscopie en position transverse gauche qui montre l'accolement de l'ombre cardiaque au plan sterno-costal ; enfin, le bruit de galop droit, à foyer xyphoïdien, enregistrable par les méthodes graphiques et dont le tracé est comparable à un phlébogramme, distinct par conséquent du tracé du galop gauche. A côté de ces signes les auteurs insistent sur une particularité séméiologique qui peut se produire au cours de l'évolution et qui confirme d'une façon absolue, lorsqu'elle apparaît, le diagnostic d'insuffisance ventriculaire droite. Il s'agit du souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire. De même qu'au cours des insuffisances ventriculaires gauches peut apparaître une insuffisance aortique due à l'effondrement de la musculature infundibulaire aortique, voûte de soutien de l'appareil sygmoïdien, de même au cours des insuffisances droites l'infundibulum pulmonaire, plus débile, disloque, en perdant sa tonicité et en se distendant, les sygmoïdes pulmonaires.

Les signes fonctionnels sont des signes circulatoires, le plus important est la cyanose, s'accompagnant le plus souvent de polyglobulie. Les insuffisants ventriculaires droits sont des cardiaques noirs. Les œdèmes et les congestions viscérales sont moins importants et plus tardifs que dans l'insuffisance gauche, ce qui se comprend en raison de la forte distension des cavités droites qui soustrait à l'organisme une grande masse sanguine.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'insuffisance droite qui exige pour se produire des conditions spéciales, telles que les maladies congénitales du cœur droit, les affections de l'artère pulmonaire, sclérose ou athérome, les anévrismes des gros vaisseaux médiastinaux, les médiastinites compressives ou les symphyses pleuro-péricardiques. Les maladies mitrales se terminent très rarement par l'insuffisance droite, car elles sont loin d'entraîner ces conditions intermédiaires. L'hypertension qu'elles créent dans la petite circulation n'est pas suffisante à elle seule pour distendre le ventricule droit et encore moins l'anneau sygmoïdien pulmonaire.

Enfin, comme conclusion d'ordre pratique, les auteurs

montrent l'importance capitale qu'il y a à poser le diagnostic d'insuffisance droite, car le pronostic en est sûrement et rapidement fatal. Alors que l'insuffisance gauche est sujette à rémissions et obéit pendant une longue période au traitement toni-cardiaque, l'insuffisance droite, elle, évolue presque toujours sans rémissions et se montre absolument rebelle à toute tentative thérapeutique.

Un cas de syphilis tertiaire fébrile avec hémorragie. — MM. G. Caussade, A. Lévy-Franckel et J. Peynet. Le cas rapporté par les auteurs concerne une femme de quarante-deux ans, syphilitique depuis plus de dix ans, non traitée depuis neuf ans, présentant des syphilides papulo-croûteuses en assez grand nombre sur la marge de vastes placards en partie cicatrisés siégeant sur l'avant-bras droit, le bras gauche et sur le thorax où la disposition est nettement zostériforme.

La fièvre évolua pendant trente-quatre jours, atteignant par moments 40 degrés et fut nettement influencée par le traitement antisyphilitique, à tel point que pendant la cessation de ce dernier, à deux périodes différentes de l'évolution, succéda à l'apyrexie obtenue une nouvelle ascension thermique qui disparut par la reprise du cyanure de mercure. Par l'emploi continu de cette seule médication, cette fièvre fut plus tard définitivement jugulée. La réaction de Bordet-Wassermann fut positive, et deux hémocultures faites dans les premiers jours, à intervalle de trois jours, restèrent négatives.

Fait important à signaler : il n'y avait aucune lésion viscérale appréciable tout au moins cliniquement (poumons, foie, rate, etc.), ni aucune lésion des séreuses, mais la formule hématologique a été et reste encore notablement modifiée, quatre mois après la chute de la fièvre, et cela malgré un nouveau traitement par l'arsénobenzol (2g40) qui est encore poursuivi à l'heure actuelle. Cette formule, malgré une épistaxis importante, semble pouvoir être considérée comme la conséquence directe de la syphilis. Elle se rapproche d'ailleurs de celle indiquée par Sevestre (1912) dans la syphilis héréditaire : réaction myéloïde et anémie; elle a donné, en effet, des chiffres d'hématies variant entre 2.500 000 et 3.000.000, une certaine leucocytose (8.000) et une réaction myéloïde neutrophile manifeste caractérisée par la présence de myélocytes et de métamyélocytes en proportion modérée, mais supérieure à celle qu'on observe dans les polynucléoses infectieuses. Il n'y avait aucun trouble de la coagulation sanguine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1924)

Kératite éberthienne et immunité. Kératite à bacilles paratyphiques A et B. — MM. Chr. Zœller et Bastouil ont utilisé la kératite expérimentale à bacilles d'Eberth pour rechercher l'existence d'une immunité locale. Après la guérison de la kératite il n'existe pas d'immunité locale de la cornée.

La kératite expérimentale peut d'autre part servir de test de l'activité thérapeutique d'un sérum antityphoïdique. Injecté dans le péritoine ou sous la peau le sérum protège le cobaye contre l'évolution de la lésion locale spécifique.

Il existe une kératite à bacilles paratyphiques A et B dont les caractères sont identiques à ceux de la kératite éberthienne.

De la capacité de distension du foie à l'état normal et dans les cirrhoses atrophiques. — MM. Robert Azoulay et André Jacquelin ont, dans une série d'expériences, repris l'étude des résultats fournis par l'injection du foie. Ils ont utilisé des pressions d'eau égales à la tension veineuse des cardiaques asystoliques et ont vu que sous ces pressions les foies normaux absorbent environ leur propre poids d'eau (1.400 grammes en moyenne) tandis que les foies cirrhotiques sont pratiquement impossibles à injecter, même sous des pressions doubles des précédentes.

Ces résultats expérimentaux permettent de comprendre la gravité particulière de l'insuffisance cardiaque des cirrhotiques.

Appareil thyroïdien, pneumogastrique et choc peptonique. — MM. R. Garrelon et D. Santenoise montrent que dans la production du choc peptonique le tonus pneumogastrique intervient par l'intermédiaire d'une sécrétion thyroïdienne qui semble soumise à une action excito-sécrétoire d'origine vagale.

1° La section des pneumogastriques quand elle est faite très bas n'empêche pas la production du choc peptonique;

2° La section des pneumogastriques faite très haut, au niveau du ganglion plexiforme a toujours empêché le choc;

3° La section des seuls nerfs laryngés supérieurs et pharyngiens donne des résultats identiques à ceux de la section haute.

4° L'excitation faradique du bout périphérique de ces nerfs rend les animaux sensibles à une injection, même seconde, de peptone;

5° Tandis que l'injection d'extrait du corps thyroïde, enlevé une heure après la section haute des vagues, ne modifie pas la sensibilité au choc, l'injection d'extrait thyroïdien obtenue après faradisation des pneumogastriques ou des nerfs laryngés ou pharyngiens, a rendu les animaux sensibles à la peptone.

Formes filtrables dans les cultures de bacilles tuberculeux. — M. J. Valtis en inoculant des filtrats de cultures sur bouillon glycériné de bacilles tuberculeux âgées de trois ou huit semaines à des cobayes réussit à provoquer, chez ces animaux, des lésions pneumoniques identiques à celles qu'il avait obtenues par l'inoculation des filtrats des crachats et de pus tuberculeux contenant des bacilles de Koch acido-résistants typiques.

Suites éloignées de la résection des canaux déférents. — MM. Ed. Retterer et S. Voronoff. Le 18 avril 1922 nous avons réséqué les canaux déférents à un chien adulte; ce chien a été sacrifié le 10 avril 1924.

Pendant la première année, les érections étaient physiologiques et l'animal couvrait les femelles en rut; la deuxième année, les érections s'affaiblirent, mais le chien arrivait encore à produire l'intromission.

Les testicules étaient volumineux, mais d'une grande mollesse; les tubes séminipares étaient les uns pleins, les autres avec une faible lumière. Le revêtement épithélial s'était transformé en un tissu épithélial plein à six ou huit rangées de noyaux.

Le tissu conjonctif interséminipare n'avait pas augmenté, mais il était devenu plus dense, comme fibreux.

LIVRES NOUVEAUX

L'Œuvre de Pasteur (1), par Charles Richet, professeur à l'Université de Paris, membre de l'Institut.

Le professeur Ch. Richet était particulièrement désigné, en tant que physiologiste et biologiste, pour décrire l'œuvre de Pasteur; il l'a fait, magnifiquement, en quelques leçons que reproduit ce petit livre Parmi tant de publications consacrées à célébrer la gloire du grand savant français, celle-ci mérite vraiment une place à part. M. Richet n'a pas tout dit de Pasteur, mais seulement l'essentiel, et de manière à faire comprendre comment une méthode impeccable, doublée d'une longue patience conduit aux découvertes immortelles. De ces leçons se dégage un autre enseignement : pour travailler avec fruit, il faut avoir l'amour de la science. C'est parce que cet amour, dit en terminant l'auteur, a fécondé son puissant génie par un perpétuel enthousiasme que Pasteur fut le plus grand bienfaiteur de l'humanité. Que ces paroles soient entendues et profitent, car ce qui manque aujourd'hui le plus à beaucoup, c'est justement l'amour désintéressé de la science.

J. LAUMONIER.

(1) Un vol. in-16. — Prix : 6 fr. — Paris 1923, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


TANNURGYL
DU DOCTEUR LETANNEUR
Réaction HÉMOCLASIQUE
à "EFFET PEPTONE"
réalisé par le VANADIUM
Par Voie digestive (Gouttes)
Hypodermique (Ampoules)
Mode d'Emploi :
15 gouttes
à chacun des deux repas
TANNURGYL
LE TANNEUR
Sel hyperoxydé de Vanadium
TANNURGY
Atelier LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde PARIS (8e)
R. C. Seine, 15.638

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Carrié, 19; Jacquelin, 18; Rouillard, 20; Pruvost, 18,63.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Reinhold et Chastang, 15; Lemarié, 17; Thalheimer, 15.

Séance du 9 mai. — MM. Gouverneur, 16; Madier et Petit-Dutaillis, 19; Fey, 10.

— Concours du prix de l'internat. (*Médecine*). — *Lecture des copies.* — Séance du 9 mai. — Questions données : « Histologie et physiologie du pancréas. — Endocardites malignes à marche lente. »

MM. de Gennes, Meyer et Fouet, 30.

Classement des candidats : MM. de Gennes, 80 (médaille d'or); Meyer, 79 1/2 (médaille d'argent); Fouet, 70 (accessit).

(*Chirurgie et accouchements.*) — *Jugement des mémoires.* — Séance du 6 mai. — MM. Reinhold, 27; Thalheimer, Lemarié et Chastang, 26; Aurousseau, 25.

Epreuve écrite. — Séance du 9 mai. — Questions données : « Cæcum. Physiologie du gros intestin. — Invagination intestinale aiguë. »

MM. Chastang, 27; Reinhold, Lemarié et Thalheimer, 29.

Classement des candidats : MM. Lemarié, 72 (médaille d'or); Reinhold, 71 (médaille d'argent); Thalheimer, 70 (accessit); Chastang, 68.

— Répartition a partir du 1er juin 1924 : 1° Des places d'internes en médecine laissées vacantes par MM. les internes appartenant a la promotion dite militaire; 2° des places d'internes provisoires. — Il sera procédé, le mardi 27 mai 1924, à 14 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à la répartition entre les catégories d'élèves ci-dessous désignées, des places d'internes laissées vacantes par MM. les internes de la promotion militaire, ainsi que des places d'internes provisoires :

1° Internes des 4e, 3e, 2e et 1re années, provisoirement affectés à des places d'internes provisoires;

2° Internes de 1re année, pourvus de places de titulaires, mais désirant prendre part aux mutations à effectuer le 1er juin 1924;

3° Internes provisoires.

Avis très important. — 1° Afin de permettre d'établir la liste précise des places vacantes le 1er juin 1924, MM. les internes de 1re année, pourvus de places de titulaires, qui désirent prendre part aux mutations, devront obligatoirement se faire inscrire à cet effet à l'administration (bureau du Service de santé), avant le lundi 19 mai, à 18 heures, dernier délai;

2° Il est expressément rappelé qu'en conformité des avis émis à diverses reprises par le Conseil de surveillance, aucun interne titulaire ne pourra être maintenu ou affecté dans un emploi d'interne provisoire à partir du 1er juin 1924;

3° MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves en pharmacie pour l'année 1924-1925. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, sont prévenus qu'il sera procédé, le mercredi 28 mai 1924, à 14 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1924-1925.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

Avis important. — Seront seuls admis dans la salle des concours, les élèves appelés à choisir à la séance et sur la présentation de la dernière carte d'interne.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — Un concours sera ouvert le lundi 3 novembre prochain, en vue de la nomination à une place de vénéréologiste adjoint des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Hôtel-Dieu.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour un emploi de chef des travaux d'obstétrique s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Marseille, le 25 juin 1924.

Un concours pour un emploi de chef de clinique d'hygiène et maladies de la première enfance s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Marseille, le 7 juillet 1924.

— Tours. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1924, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique et chimie à

l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine commémorera dans sa séance du 20 mai, à 3 heures, le IIIe centenaire de la naissance de Sydenham.

Un discours sera prononcé par M. Chauffard sur la vie et l'œuvre du célèbre médecin anglais.

CENTRES ANTICANCÉREUX. — RENNES. — Un arrêté en date du 30 avril approuve le règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional contre le cancer de Rennes.

— M. le professeur Marquis est nommé directeur et chirurgien du centre de lutte anticancéreuse de Rennes, créé près de l'école de médecine de cette ville.

Sont nommés chefs des divers services :

M. le professeur Bodin (service d'anatomie pathologique).

M. le professeur Castex (service de radiothérapie).

M. le professeur Perrier (laboratoire de chimie).

M. le professeur Quentin (laboratoire de médecine expérimentale).

M. le docteur Tizon (service de curiethérapie).

— TOULOUSE. — M. Lafforgue, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé chef du service d'hygiène sociale dont la création est autorisée au centre anticancéreux de Toulouse.

GUERRE. — Liste des médecins désignés pour accomplir un stage d'information du 16 au 28 juin 1924 à l'école de gymnastique et d'escrime de Joinville dans les conditions prévues par la circulaire 7150 E. P. M. du 12 novembre 1923.

Médecin-major de 1re classe. — M. Fontan.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Langlois, Graindorge, Laurent, Prost, Grand, Massonnaud, Lhuissier, Coulon, Legler, Tournier-Lasserve, Fromant, Loiseau, Ravoux, Marty, Gardes, Camper, Montels, Gauch, Sciaux, Richard, Gache, Dechet.

Médecins aides-majors. — MM. Le Roch, Le Berre.

— ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le concours annuel, prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, aura lieu à cette école, le 21 octobre 1924, dans les conditions indiquées par ladite instruction.

Les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe qui désireront prendre part à ce concours, adresseront, par la voie hiérarchique, au ministre de la guerre et des pensions (direction des troupes coloniales, 3e bureau), une demande qui devra parvenir avant le 1er octobre 1924, en spécifiant l'emploi, ou les emplois, pour lesquels ils désirent concourir.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de désignation coloniale au 10 octobre 1924. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il est rappelé qu'il est tenu le plus grand compte, dans le travail d'avancement et de concours pour la Légion d'honneur, des services rendus par le personnel enseignant de l'Ecole d'application (circulaire n° 3109 1/8 du 17 novembre 1922.

De même, le classement sur la liste d'aptitude à l'emploi de professeur adjoint constitue un titre à l'avancement.

SERVICE DE SANTÉ DU MAROC. — Deux médecins sont demandés par la direction du Service de santé du Maroc. Les candidats devront prendre un engagement d'un an renouvelable. Traitement annuel, 14.000 francs; logement, 3.000 à 3.600 francs; indemnités diverses. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de médecine, au Palais du Pharo.

SOCIÉTÉ DES NATIONS. — BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL. — Le Comité d'hygiénistes suisses, organisateur de la Ire Réunion internationale pour l'étude de problèmes d'hygiène du travail, communique les noms des rapporteurs qui ont bien voulu accepter de traiter les sujets mis à l'ordre du jour de la Réunion.

La liste des rapporteurs est la suivante :

Eclairage industriel et fatigue oculaire. — 1. M. Gaster (de Londres) : Rapport technique.

2. M. Oblath (de Trieste) : Physiopathologie générale.

3. M. Stassen (de Liége) : Eclairage des mines et fatigue de l'appareil visuel chez les mineurs.

Air vicié des ateliers. — 1. Professeur L. Hill (de Londres) : Ventilation (katathermomètre).

2. M. Kohn-Abrest (de Paris) : Poussières et fumées.

3. Professeur Lehmann (de Wurzburg) : Gaz.

Valeur des tests de fatigue. — 1. M. F. Lee (de New-York) : Méthodes chimiques. Critique générale des tests de fatigue.

2. Professeur M. Patrizi (de Bologne) : Méthodes mécaniques et graphiques.

3. M. Wytt (de Londres) : Méthodes psychologiques.

Le Comité espère pouvoir distribuer les rapports avant la Réunion, qui aura lieu du 18 au 20 juillet 1924.

S'adresser pour toutes communications à M. le professeur Cristiani, Institut d'hygiène, Université, Genève (Suisse).

VIe CONGRÈS ITALIEN DE MÉDECINE DU TRAVAIL. — Ce Congrès sera tenu à Venise du 1er au 4 juin, sous la présidence du professeur Fabio Vitali, de l'hôpital civil de Venise.

Les questions à l'ordre du jour sont :

« Les effets de la monotonie du travail. » (Rapporteur : professeur Cevidalli.)

« L'assistance prénatale à la mère saine et malade. » (Rapporteur : professeur Ferrannini.)

« Empoisonnements professionnels par inhalation. » (Rapporteur : professeur L. Ponti.)

« Réduction des heures de travail pour les invalides partiels. » (Rapporteurs : professeurs G. Pieraccini et F. Vitali.)

« Sur les études les plus récentes de la pathologie du travail. » (Rapporteur : prof. G. Giglioli.)

« Relation médico-hygiénique sur l'application des assurances obligatoires en Italie. » (Rapporteur : M. G. Pisenti.)

Le prix d'inscription est de 25 lires pour les congressistes et de 50 lires pour les sociétés qui adhèrent au Congrès. Des réductions spéciales sont accordées aux congressistes pour les chemins de fer, les hôtels et les restaurants; des excursions scientifiques seront organisées.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin inspecteur Antony, du cadre de réserve, ancien professeur au Val-de-Grâce, et de MM. les docteurs Billet père (de Lons-le-Saunier), Daniel Constantin (de Marseille), Eugène Carpentier, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles.

Précis de chimie physique, par H. VIGNERON. In-8 de 420 pages avec 117 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Démence paranoïde, par le docteur P. NAYRAC, chef de clinique psychiatrique à la Faculté de Lille. In-8 raisin de 176 pages avec 3 figures hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

La Dépopulation en France. Ses causes. Ses remèdes, par le docteur Léon TIXIER, délégué de l'Alliance nationale à Menton. Une brochure in-8 carré de 32 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

SYPHILIGRAPHIE ET DERMATOLOGIE

Par P. GASTINEL

EX-CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SYPHILIGRAPHIE

Diagnostic. Réactions humorales.

Dell' importanza della punctura glandolare per la diagnosi dell' infezione luetica. (N. Bagnoli. *Giorn. ital. d. mal. ven. et d. pelle*, mai 1923, t. LXIV, fasc. 2, mm. 174-178.) — D'après différents auteurs, Bagnoli a étudié la valeur de la ponction ganglionnaire pour le diagnostic de la syphilis; il a examiné 61 sujets dont 42 atteints de syphilis primaire et 19 de syphilis secondaire. La sérosité extraite par ponction du ganglion qui accompagne le chancre a révélé la présence du tréponème dans 45 p. 100 des cas.

Au cours de la syphilis secondaire, la ponction donne un résultat positif dans 47 p. 100 des cas.

L'auteur signale que dans les ganglions, les tréponèmes sont en certains points très abondants, qu'ils sont rares ou manquent dans d'autres régions. Il estime que cette technique mérite de rentrer dans la pratique courante.

Sull' impiego degli arsenobenzol per la colorazione del « Treponema pallidum » (A. Fontana. *Giorn. ital. d. mal. ven. et d. pelle*, mai 1923, t. LXIV, fasc. 2, p. 324-328.) — Fontana recommande le procédé suivant pour mettre en évidence le tréponème :

1° On verse sur la sérosité étalée sur lame et desséchée à l'air une solution fraîchement préparée de néosalvarsan à 0,75 p. 100 et on chauffe jusqu'à production de vapeur pendant trente secondes.

2° On lave et on fait agir la solution de nitrate d'argent ammoniacale à 1 p. 100 jusqu'à production de vapeur.

3° Nouveau lavage, on essuie et on monte au baume neutre si on veut conserver la préparation. Ce procédé simple et rapide donne les meilleurs résultats. Les tréponèmes sont colorés en bleu, le fond de la préparation est clair, les précipités sont exceptionnels.

D'après Fontana, le néosalvarsan se comporte non comme une substance colorante, mais comme un mordant dont l'action peut être comparée à celle du tannin dans la méthode Fontana-Tribondeau.

Le modificazione della reazione de Wassermann nel periodo del siphiloma iniziale per effeto della cura arsenobenzolica. (G. Piccardi et F. Pollano. *Giorn. ital. de mal. ven. et d. pelle*, mai 1923, t. LXIV, fasc. 2, p. 291-298.) — Les auteurs étudient la réaction de Bordet-Wassermann au cours de la syphilis primaire, et recherchent notamment si une réaction négative devient positive après une ou plusieurs injections.

Soixante sujets sont soumis à des injections intraveineuses de néosalvarsan ou de novarsénobenzol. On peut résumer ainsi les résultats :

1° Si le chancre remonte à moins de quinze jours, la réaction est généralement négative et se maintient négative après la première injection et les injections suivantes.

2° Si le chancre date de quinze jours environ, et si la réaction est encore négative, elle passe par une phase de positivité après la première injection, mais redevient ensuite négative lors des injections suivantes.

3° Si le chancre date de plus de quinze jours, la réaction, au début faiblement positive, subit une augmentation d'intensité après la première injection pour diminuer progressivement et devenir négative.

4° Si la réaction est très positive au début du traitement, elle se modifie lentement et devient négative après plusieurs injections.

Les auteurs estiment que les cas de Wassermann irréductibles sont très rares ; il s'agirait alors de syphilis clinique, à allure grave et ayant subi une thérapeutique insuffisante et irrégulière.

La réaction de fixation de l'alexine et la réaction de floculation appliquée au sérodiagnostic de la syphilis nerveuse. (S. Mutermilch. *C. R. de la Soc. de biol.*, 30 juin 1923, t. LXXXIX, p. 293.) — A la suite de recherches portant sur 431 sérums et 83 liquides céphalo-rachidiens examinés comparativement par la réaction de fixation de l'alexine et par la réaction de floculation, l'auteur conclut que la réaction de floculation est un peu plus sensible que celle de la fixation, mais il faut se méfier des réactions non spécifiques. Les deux procédés doivent donc être appliqués simultanément pour le dépistage de la syphilis dans les cas suspects.

Etude sur la réaction de l'élixir parégorique avec le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. (Targowla. *Encéphale*, nov. 1922.) — L'élixir parégorique donne avec le liquide céphalo-rachidien une solution colloïdale assez trouble, mais certains liquides céphalo-rachidiens pathologiques, ceux de la neuro-syphilis en particulier, en provoquent la précipitation. La technique de la réaction est extrêmement simple, elle n'exige que de l'eau distillée, de l'élixir parégorique et un matériel réduit à des tubes d'hémolyse et à des compte-gouttes.

La réaction est spécifique. Sur 88 liquides de paralytiques généraux, elle n'a été négative que 4 fois au cours des rémissions de la paralysie générale. La réaction est donc positive dans tous les cas de paralysie générale en évolution et quelle que soit la forme clinique; le plus souvent, on obtient la précipitation totale. Par sa simplicité et sa facilité d'exécution, cette technique est un procédé de diagnostic clinique à retenir.

Sur la valeur de la floculo-réaction de Meinicke dans la syphilis. (Augusto Oro. *Riforma medica*, 3 sept. 1923, t. XXXIX, n° 36.) — L'auteur a repris sur un grand nombre de cas l'étude de cette épreuve ; d'après lui, elle serait supérieure à la réaction de Wassermann par sa simplicité et sa sensibilité.

D'autre part, elle résisterait au traitement antisyphilitique et assurerait un criterium plus certain de la guérison que les autres méthodes connues.

Cf. — Réaction de floculation pour le diagnostic de la syphilis. (Dujarric de la Rivière et Gallerand. *Soc. de biol.*, 15 déc. 1923.

Méthode de floculation pour le diagnostic de la syphilis. La « sigmo-réaction » de Dreyer et Ward. (R. Dujarric de la Rivière et Gallerand. *Journ. méd. franç.*, août 1923, t. XII, n° 8.)

La réaction de Desmaulière. Techniques et interprétation clinique. (Desmoulière et P. Merklen. *Journ. méd. franç.*, août 1923, t. XII, n° 8.)

Limite et importance du rôle en syphiligraphie de l'épreuve de Bordet-Wassermann standardisée. (L. Bory. *Journ. méd. franç.*, 8 août 1923, t. XII.)

Pluralité des tréponèmes. (L. FOURNIER et A. SCHWARTZ. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév. 1923, t. XXXVII, p. 183.)

Pluralité des virus syphilitiques. (C. LEVADITI et A. MARIE. *Ibid.*, p. 189.)

Fournier et Schwartz rapportent des expériences tendant à établir l'existence de plusieurs variétés des spirochètes de Schaudinn inoculant au lapin des sérosités de chancre humain de provenances diverses, les résultats expérimentaux obtenus n'évoluent pas toujours de même.

Les auteurs ont ainsi distingué deux types principaux de virus syphilitique. L'un détermine chez l'animal des petites lésions à type herpétique, se cicatrisant en deux ou trois semaines; l'autre, après une incubation d'un à trois mois, provoque chez le lapin l'apparition du chancre ulcéreux, induré, ne guérissant qu'en plusieurs mois. L'inoculation sur le même animal des deux virus détermine l'apparition des deux types de chancre, conservant respectivement leur évolution propre.

D'après les auteurs, les animaux guéris d'un type de chancre, sont réfractaires à une nouvelle inoculation de virus primitif, tandis que pour la majorité des cas, ils demeurent sensibles au virus du type différent.

Levaditi et Marie, dans leur mémoire, reprennent leur étude sur le virus syphilitique neurotrope, différant du virus dermotrope, agent de la syphilis cutanée ou muqueuse. Ils comparent les variétés dermotropes provenant de malades différents à une souche neurotrope isolée du sang d'un paralytique général.

Leurs expériences démontrent que le virus dermotrope ne vaccine pas les lapins contre le virus neurotrope, mais les rend réfractaires à l'inoculation du virus primitif.

Etude expérimentale sur la transmission sexuelle de la syphilis et de l'hérédité syphilitique. (LEVADITI et A. MARIE. *Arch. intern. de neurol.*, fév. 1923.)

L'allergie dans la tuberculose et la syphilis. (DUJARDIN et DUPREZ. *Ann. de méd.*, 2 août 1923.)

L'allergie spécifique se met en évidence, en ce qui concerne la syphilis avec la luétine ou la pallidine, et au point de vue clinique, elle se manifeste par l'apparition du tertiarisme. Une telle hypersensibilité n'est pas seulement confinée aux substances spécifiques, elle existe pour d'autres substances non spécifiques créant une hétéro-allergie. Si l'allergie syphilitique entraîne une hypersensibilité cutanée au lait, elle entraîne aussi une hypersensibilité cutanée et générale à la tuberculine. On sait que chez certains syphilitiques, la tuberculose pulmonaire prend des formes torpides et scléro-santes; les auteurs ont remarqué la disparition des réactions méningées et humorales chez beaucoup de tabétiques atteints d'une telle tuberculose scléreuse. Pour eux, l'allergie due au développement d'une tuberculose peut avoir une action frénatrice sur les réactions méningées du tabes.

Il y aurait donc une interdépendance des allergies et une telle question ouvre un horizon thérapeutique, puisqu'elle permettra de provoquer l'allergie chez des syphilitiques anergiques, non par l'injection de produits spécifiques, mais par l'utilisation de produits d'ordre banal.

Cf. — L'allergie dans la syphilis. Etude critique. (P. GASTINEL et A. BOUTELIER. *Bull. méd.*, 25 juillet 1923.)

Clinique.

Syphilis du névraxe à forme algique et somnolente, simulant l'encéphalite épidémique. (GUILLAIN et ALAJOUANINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1923.) — Il s'agit d'un malade chez lequel le diagnostic d'encéphalite épidémique avait été porté sur la constatation d'algie, de ptosis et de somnolence, mais la ponction lombaire montra de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose, la réaction de Wassermann positive ainsi que la réaction au benjoin.

Le traitement spécifique eut un résultat favorable; les auteurs insistent donc sur ce fait que certaines formes de syphilis nerveuse peuvent se traduire par de la torpeur et de la narcolepsie, et ils insistent sur la nécessité, en présence de ce tableau clinique, de rechercher toutes les réactions humorales pour porter le diagnostic.

Un cas d'encéphalite étiqueté léthargique, vraisemblablement syphilitique. (M. SCHREIBER. *Soc. de péd.*, 16 oct. 1923.) — L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de deux ans et demi présentant subitement les symptômes d'une encéphalite aiguë, suivie d'une hémiplégie spasmodique gauche. Cette dernière rétrocède, laissant comme séquelle une paralysie spasmodique avec athéthose du membre supérieur gauche. Le cas fut primitivement considéré comme une encéphalite épidémique, mais cinq ans plus tard (en 1922), le père de l'enfant est reconnu atteint de paralysie générale avec réaction de Wassermann positive et l'auteur se demande s'il ne faut pas attribuer à l'hérédosyphilis les lésions nerveuses de l'enfant. En pareil cas, il y a lieu d'instituer le traitement spécifique.

Les signes cliniques de certitude du diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons. (MARFAN. *Presse méd.*, 25 avril 1923, p. 373.)

Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons, les signes cliniques de probabilité, la réaction de Wassermann. (MARFAN. *Presse méd.*, 5 mai 1923, p. 405.)

On doit regarder comme certaine l'existence de la syphilis congénitale chez un jeune enfant quand on constate chez lui une des manifestations suivantes ; 1° pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds; 2° coryza précoce chronique, présentant certains caractères; 3° mégalosplénie précoce chronique ; 4° certaines lésions caractéristiques de la peau et des muqueuses désignées sous le nom de syphilides; 5° pseudo-paralysie des nouveau-nés due à une ostéo-chondrite gommeuse de l'extrémité de la dyaphyse des os longs.

On doit également regarder la syphilis comme certaine quand la séro-réaction faite dans les conditions voulues est positive.

Quand il n'y a pas les signes cliniques de certitude et que la séro-réaction est négative, il faut considérer la syphilis comme très probable s'il y a association de plusieurs signes de probabilité.

Parmi ces signes, il faut noter les antécédents, la fréquence des avortements ou des accouchements prématurés, antérieurs à la naissance du nourrisson, la polyléthalité des enfants, la gestation gémellaire, l'hydramnios et l'état du placenta.

Quant aux signes de probabilité que peut présenter l'enfant après sa naissance, ils sont assez variés et il faut retenir particulièrement les suivants : le melæna, l'anorexie, la maladie des vomissements habituels, la croissance lente ou nulle sans raison, l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale, les végétations adénoïdes précoces, l'hypertrophie du thymus, l'hydrocèle unilatérale irréductible et persistante, l'induration du testicule, les malformations congénitales en particulier, les affections congénitales du cœur, les encéphalopathies congénitales, les convulsions précoces, le strabisme convergent, enfin le rachitisme surtout celui produisant des déformations très grosses et persistantes.

En présence de l'association de plusieurs de ces signes de probabilité, il faut agir comme si la syphilis était certaine, tant au point de vue du traitement que de la prophylaxie et de l'allaitement.

Les néphrites dans la syphilis héréditaire infantile, anatomo-pathologie et pathogénie. (HUTINEL. *Arch. de méd. des enf.*, oct. 1922, t. XXV.)

Les néphrites dans la syphilis héréditaire infantile. Etude clinique. (HUTINEL. *Arch. de méd. des enf.*, nov. 1922, t. XXV.)

Les néphrites des enfants hérédo-syphilitiques se présentent sous les formes les plus variées. Les plus intéressantes sont celles de la seconde enfance. Elles peuvent avoir une marche aiguë, se comportant comme des néphrites banales, évoluant sur terrain spécifique, elles peuvent avoir une évolution subaiguë, par poussées successives; enfin, elles peuvent être chroniques, prenant la symptomatologie des néphrites interstitielles.

L'auteur insiste particulièrement sur le rôle de la syphilis héréditaire dans la débilité rénale, dans la méiopragie rénale.

La néphrite chronique, liée à l'aplasie artérielle, se caractérise, tantôt par des troubles de nutrition rappelant la cachexie endocrinienne, tantôt par de l'albuminurie, tantôt enfin par tous les signes d'une néphrite interstitielle. L'aplasie rénale influe à son tour sur le développement du sujet, à tel point qu'on a pu isoler des cas de nanisme d'origine rénale.

La thérapeutique spécifique est délicate à manier, le mercure ne constitue pas le traitement de choix, les injections intraveineuses de novarsénobenzol ou les injections de sulfarsénol paraissent préférables.

Le professeur Hutinel étudie longuement les lésions anatomo-pathologiques de ces différents types de néphrite; à leur début, au stade embryonnaire, elles portent presque exclusivement sur la trame vasculo-conjonctive de l'organe.

Après la naissance, les lésions entrent dans la phase de l'organisation conjonctive; il se constitue alors une néphrite interstitielle accompagnée de modifications plus ou moins marquées de l'épithélium et des glomérules. Cette organisation aboutit à la constitution d'une sclérose accompagnée parfois de formations gommeuses et de réaction épithéliale ou glomérulaire.

Dans certains cas, le rein malade est extrêmement petit, et la lésion uni ou bilatérale présente les caractères des aplasies rénales. Mais il faut savoir que ces aplasies n'appartiennent pas en propre à la syphilis et peuvent reconnaître d'autres étiologies.

Traitement.

L'état de la séro-réaction dans la syphilis traitée par le bismuth. (Prof. E. NATHAN et H. MARTIN [de Francfort-sur-le-Mein]. *Klin. Woch.*, 20 mai 1923, t. II, n° 21.) — D'après les auteurs, dans la syphilis primaire, malgré le traitement au bismuth commencé à temps, c'est-à-dire au cours de la phase séro-négative et poursuivi assez longtemps, 80 p. 100 des cas montrent une séro-réaction positive.

Dans 19 p. 100 des cas de syphilis secondaire, avec réaction positive, il fut impossible de modifier le signe de la réaction, malgré un nombre d'injections continuées au delà de la moyenne habituelle ; ces constatations, jointes à la fréquence des rechutes observées après la cessation du traitement dans la syphilis secondaire traitée seulement par le bismuth, justifieraient l'opinion d'après laquelle le traitement abortif de la syphilis à la période où la réaction est négative, ne doit pas être réalisé seulement par le bismuth.

Un cas de syphilis maligne précoce traité par le bismuth. (J. HUBERT et J. DE MASSARY. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1923.) — En quelques jours, une préparation bismuthée a produit une amélioration considérable dans un cas de syphilide papulo-croûteuse confluente de la face, des membres, avec albuminurie et atteinte grave de l'état général.

Les infections syphilitiques après un traitement bismuthé. (GOUGEROT et FERNET. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 17 mai 1923.) — Les auteurs rapportent l'histoire d'un malade atteint de chancre syphilitique en juillet 1922 et qui fut traité en vingt-cinq jours par 3 grammes de trépol. Le Wassermann était positif et il existait des lésions papuleuses secondaires. Un mois après le traitement, il persistait des macules brunâtres et le Wassermann était devenu faiblement positif. Le malade ne fut plus observé jusqu'au mois de mai 1923; à ce moment, il présenta un nouveau chancre différent du précédent et accompagné d'adénopathies avec présence de tréponèmes.

Premières recherches cliniques sur la réaction antisyphilitique du dérivé formylé de l'acide amino-para-oxylphényl-arsinique administré par la bouche. (Cl. SIMON. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 8 nov. 1923.) — L'auteur rapporte les résultats obtenus par ce médicament qui est un dérivé formylé d'un acide arsénique découvert par Ehrlich Bernheim. Administré par la voie buccale, il a donné dans les manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis des résultats comparables à ceux observés avec les injections d'arsénobenzène. La tolérance du médicament est bonne; l'auteur ne signale sur une centaine de malades que quelques cas de diarrhée légère et un cas d'urticaire. L'action sur la réaction de Wassermann a été pour 44 cas évidente, mais Simon, avec beaucoup de prudence, estime qu'il faut attendre encore plus longtemps avant de donner des conclusions définitives sur l'action stérilisante de ce médicament.

Le mécanisme d'action des dérivés bismuthiques dans les trypanosoniases et les spirilloses. (C. LEVADITI et S. NICOLAU. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1924, p. 179-239.) — En 1905 Levaditi et Yamanonchi ont montré que l'atoxyl devient in vitro fortement trypanocide si on le met en contact à 37 degrés avec un extrait frais de foie de lapin. Il se forme un corps nouveau, complexe de matières protéiques auquel l'arsenic est fixé plus ou moins intimement.

Ces premières recherches prouvaient que certains médicaments exercent leur action parasiticide après avoir subi des modifications plus ou moins profondes dans l'organisme.

Les récents travaux de Levaditi et Nicolau montrent d'étroites analogies entre le mécanisme d'action de l'atoxyl et celui des sels bismuthiques. En effet, les sels de bismuth incapables de détruire in vitro les spirilles et les trypanosomes deviennent fortement parasiticides dès qu'on les met en présence d'un extrait hépatique frais ou de fragment de foie à la température de 37 degrés : il se forme ainsi un composé bismuthique appelé par les auteurs « bismoxyl ». D'ailleurs d'autres organes que le foie peuvent être employés, mais l'activité n'est pas la même pour tous. Le bismoxyl est un véritable toxalbumine bismuthique thermolabile. Au contact de spirilles et trypanosomes elle est absorbée par les parasites et les tue.

Le bismoxyl employé dans la syphilis expérimentale a une action curative surprenante; les lésions s'améliorent très vite et les spirochètes disparaissent quelquefois dès le lendemain de l'injection.

Traitement de la syphilis par le bismoxyl et par le complexe bismuth, Nucléine. (L. FOURNIER, GUENOT, SCHWARTZ et YAVANOVITCH. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1924, p. 240-257.) — L'énergique action parasiticide in vitro de bismoxyl a conduit à essayer les toxalbumines bismuthées dans le traitement de la syphilis. A la période primaire et secondaire, les résultats obtenus furent remarquables au point de vue de la guérison des accidents et de la disparition durable de la réaction Wassermann. Ces résultats ont été obtenus avec des doses très minimes de bismuth métal.

Le bismoxyl provoque de violentes réactions locales douloureuses et des réactions générales fébriles très marquées parfois et variant suivant les préparations employées.

Le traitement peut s'accompagner d'une sensation de fatigue très accusée, d'une perte de poids de 1 à 3 kilogrammes, d'éruption érythémateuse ou urticarienne.

Malgré ces inconvénients, il semble que le bismoxyl représente une méthode thérapeutique nouvelle susceptible d'être appliquée à de nombreux autres corps métalliques ou métalloïdiques.

Cf. — Voir les rapports au *IIe Congrès de dermat. et de syphil. de langue française*, par L. QUEYRAT, MALVES et HALKIN, G. MILIAN, E. BODIN.

DERMATOLOGIE

Eczéma des nourrissons. Traitement par l'opothérapie pancréatique. (Mouvement thérapeutique. CHEINISSE. *Presse méd.*, 22 sept. 1923, p. 811.) — M. Cheinisse, auteur de ce mouvement thérapeutique, analyse le travail de M. Pedro Rueda, publié dans la *Semana medica* du 19 juillet 1923.

Dans ce travail, l'auteur émet l'idée que deux conditions essentielles sont nécessaires pour engendrer l'eczéma chez les enfants en bas âge : un mode particulier de la structure et des fonctions de la peau, d'une part, et une altération du métabolisme, d'autre part.

Pour agir efficacement sur la perturbation du métabolisme, il faut tenir compte de l'alimentation, presque toujours responsable de cette perturbation.

M. Rueda rappelle que l'eczéma du nourrisson s'observe surtout chez les enfants surnourris et que les manifestations cutanées empirent si l'enfant engraisse; l'auteur argentin pense qu'il faut agir directement sur le métabolisme des graisses entrant dans la composition du lait en ayant recours à l'opothérapie pancréatique.

L'existence possible d'une relation de cause à effet entre le

fonctionnement des glandes endocrines et les eczémas des enfants a déjà donné lieu à divers essais d'opothérapie. Moussous a préconisé la thyroïdothérapie et Roca a fait connaître les résultats que lui a donnés le traitement thyroïdien chez les nourrissons gras, obèses, eczémateux et à hérédité arthritique. L'auteur rapporte 27 observations sur lesquelles il n'a eu à enregistrer que deux échecs.

M. Rueda envisage une certaine similitude clinique et thérapeutique entre le rôle du pancréas dans l'eczéma séborrhéique du nourrisson et le rôle de la thyroïde dans le myxœdème.

L'auteur a bien soin de spécifier que la thérapeutique pancréatique vise surtout l'eczéma séborrhéique, il ne faudrait donc pas la considérer comme pouvant agir dans toutes les formes d'eczéma, ce terme étant surtout appliqué à des dermatoses très différentes, qu'il s'agisse de la dermatite exfoliatrice des nouveaux-nés ou des diverses dermatites d'origine myxœdémateuse ou autre.

Remarques sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les eczémas. (Prof. Iadassohn *Klinische Wolchenschrift*, 3 sept. 1923.) — Il y a des eczémas d'origine toxique qui ne se produisent qu'après sensibilisation; dans nombre de cas, le rôle de l'agent causal échappe et celui des eczémas d'origine anaphylactique passe inaperçu.

A côté de la sensibilisation spécifique, il existe aussi une sensibilisation non spécifique par suite de laquelle la peau d'un eczémateux réagit à des médicaments très divers, qui ne sont point irritants par eux-mêmes. Les exacerbations fréquentes des eczémas chroniques peuvent s'expliquer à l'égard d'agents irritants banaux.

De l'hypersensibilité des enfants atteints d'eczéma constitutionnel. (E. Gartje. *Monatschrift fur Kinderheilkunde*, avril 1923, t. XXVI, fasc. 1.) — Parmi les enfants atteints d'eczéma, il en est qui présentent une hypersensibilité cutanée à l'égard des graisses. Chez ces sujets, généralement maigres, atteints d'eczéma sec, l'alimentation riche en corps gras aggrave leur eczéma. Aussi l'auteur est-il partisan d'administrer aux eczémateux un lait totalement écrémé. Les injections sous-cutanées de beurre et d'huile semblent diminuer dans ces cas l'hypersensibilité aux graisses. L'auteur a soin de faire observer que de telles données ne sont valables que pour un groupe déterminé d'eczéma dit constitutionnel.

Cf. — Voir *IIe Congrès de dermatol. et de syphiligr. de langue française.* (Strasbourg 1923. Rapport de P. Ravaut et L. Spillmann.)

Les érythrodermies du nourrisson. (P. Gastinel et Legrain. *Bulletin méd.*, 26 janv. 1924.) — Les auteurs reprennent l'étude des érythrodermies généralisées du nourrisson qui ont déjà fait l'objet des travaux de M. Comby et de la thèse de son élève de Vaugiraud.

L'affection atteint les enfants dans les premières semaines de la vie, généralement, les enfants nourris au sein. Souvent, on retrouve chez ces enfants une hérédité neuro-arthritique, on note généralement une prédominance pour le sexe masculin.

La maladie, telle qu'elle a été décrite en 1907 par Leiner, et en 1908 par Moussous, débute par une phase érythémateuse, à localisation fessière, les placards érythémateux atteignent la région lombaire, et le bas-ventre; puis, ils gagnent le dos, le tronc, la face et les membres supérieurs, le tégument devient rouge vif, sec et vernissé; la localisation au niveau des plis détermine une macération.

Dans quelques cas, l'érythème peut débuter au niveau de la face, ce qui caractérise l'érythrodermie de ce type est l'existence d'une séborrhée très accusée du cuir chevelu et de la face; des fissures radiées apparaissent sur les commissures labiales. Cette première période érythémateuse et séborrhéique est accompagnée de quelques troubles digestifs plus ou moins marqués, suivant les cas; bientôt survient la période desquamative, la peau s'exfolie sous forme de squames plus ou moins larges ou furfuracées.

L'évolution de cette érythrodermie desquamative a été envisagée d'une façon dissemblable. Pour Leiner, elle serait fatale; pour M. Comby, le pronostic est favorable, il en est de même pour M. de Vaugiraud et pour les observations personnelles des auteurs.

A côté du type clinique ainsi individualisé, faut-il réserver une place au type d'érythrodermie desquamative, décrit par Ritter sous le nom de *dermite exfoliatrice des enfants à la mamelle?*

Cette érythrodermie survient de la première à la cinquième semaine et prend quelquefois une allure épidémique; elle débute souvent autour des lèvres, elle paraît s'accompagner de vésicules et même de bulles.

Le type décrit par Ritter évolue d'une façon aiguë et fébrile, son pronostic est le plus souvent malin, on tend à admettre aujourd'hui que le terme de maladie de Ritter s'applique plutôt à un syndrome englobant des faits différents, certains cas aigus et bulleux doivent être considérés comme relevant du pemphigus malin, les autres cas semblent devoir être confondus avec l'érythrodermie exfolatrice du type Leiner et Moussous. L'étiologie d'une telle érythrodermie est inconnue, le facteur essentiel est le mode réactionnel de la peau chez le nourrisson séborrhéique.

Au point de vue thérapeutique, on se bornera à appliquer de la poudre de talc stérilisée dès l'apparition de l'œdème, et à la phase desquamative, à traiter par l'axonge fraîche, non benzoïnée.

Bien entendu, les troubles digestifs associés nécessiteront une réglementation sévère de l'alimentation du nourrisson.

Sclérodermie traitée par l'opothérapie polyglandulaire. (Hügel. *Réunion dermatol. de Strasbourg*, 14 janv. 1923.) — L'auteur rapporte l'observation d'un cas de sclérodermie en bande, traité par l'opothérapie polyglandulaire qui a fait presque entièrement disparaître les lésions. Il ne subsiste plus qu'une étroite bande de 4 centimètres de large à la cuisse.

L'auteur insiste sur l'emploi de cette technique dans cette dermatose.

Deux cas d'érythrodermie exfoliante généralisée sur psoriasis. (Roederer. *Réunion dermatol. de Strasbourg*, 11 mars 1923.) — L'auteur rapporte l'histoire de deux malades présentant une érythrodermie exfoliante généralisée; dans un cas, après prise de liqueur de Fowler et traitement par des bains cadochrysophaniques, l'érythrodermie est survenue.

Dans l'autre cas, le psoriasis a été traité par les rayons X, cinq séances à huit jours de distance, deux mois après la dernière séance, l'érythrodermie est constatée avec évolution fébrile, oligurie, albuminurie. Elle a déterminé une alopécie à peu près complète. A mesure que l'érythrodermie rétrocède, le psoriasis reparaît.

Dyskératose de Bowen. Dégénérescence cancéreuse locale et ganglionnaire. (Danel. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1923, t. IV, n° 8, p. 529.) — L'auteur rapporte une observation très étudiée de la dyskératose de Bowen; cette observation se caractérise par la longue durée de l'affection, quarante ans, sous forme de lésions superficielles, en particulier sous l'aspect de petites papules lenticulaires avant qu'il se soit produit un véritable ulcère épithélial.

Il semble, d'après ce cas, que la dermatose de Bowen puisse affecter une marche serpigineuse, à guérison centrale, avec surface de cicatrisation succédant à un placard saignant et croûteux. La destruction dyskératosique a pu être effectuée d'une façon définitive par des applications de neige carbonique. Les lésions histologiques, analogues à celles décrites par M. Darier, présentent une grande analogie avec celles de la maladie de Paget du mamelon, La dermatose de Bowen est absolument différente de l'épithélioma baso-cellulaire superficiel, dit pagétoïde, maladie non dyskératosique avec laquelle il importe de ne pas la confondre.

Epithélioma pagétoïde. (Mlle O. Eliascheff. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1923, n° IV, n° 7, p. 33.) — Cette affection est encore peu connue au point de vue clinique; son début se présente sous forme d'une tache rose rouge nettement circonscrite, bordée par un ourlet filiforme; ce bourrelet est tellement constant que les auteurs américains et anglais le considèrent comme caractéristique. La tache repose sur un derme atrophié, elle est parsemée de fines squames. L'aspect de la peau normale disparaît au niveau de ces taches, et l'on voit par endroit de fines ramifications vasculaires, souvent

une légère pigmentation. Autour de la lésion la peau n'est ni épaissie, ni enflammée. La lésion n'est pas douloureuse, elle ne provoque qu'une légère sensation de prurit, elle s'étend avec une lenteur extrême à sa périphérie.

Après des années d'évolution, la lésion grandit à peine. Par le grattage, la couche cornée est soulevée, la surface devient éruptive, il se forme alors des croûtes adhérentes plongeant dans le derme et laissant après ablation une surface saignante exulcérée. Ces croûtes se reproduisent constamment, mais toute la lésion est superficielle et elle reste mobile sur les plans profonds.

Une telle lésion peut être confondue : 1° avec un eczéma; 2° avec la kératose sénile, mais le bourrelet fait défaut; 3° avec le lupus érythémateux, mais dans ce cas il y a une hyperkératose adhérente et un liséré périphérique érythémateux; 4° avec le psoriasis, mais le grattage méthodique de Brocq permet de faire le diagnostic ; 5° avec la syphilis à type papulo-croûteux, mais dans ce cas il y a une infiltration. Il n'y a pas de bourrelet et l'évolution, enfin, permet le diagnostic.

La ressemblance la plus grande est celle qu'offre l'épithélioma pagétoïde avec la maladie de Paget et les taches de la maladie de Bowen, ces deux affections rentrant dans le groupe des dyskératoses.

Cliniquement, il est impossible de faire le diagnostic différentiel entre le Bowen et l'épithélioma pagétoïde, si on fait abstraction du prurit. Il est donc nécessaire de pratiquer une biopsie. La localisation de l'épithélioma pagétoïde est essentiellement à la face, elle peut exister également au cou, au dos, au bras, dans la région sacrée. Elle survient surtout entre quarante et soixante ans; elle est généralement unique. On n'a jamais observé de généralisation, l'ulcération est rare. Plus souvent, on trouve même après des années d'évolution l'épiderme conservé, mais aminci sur l'étendue de la lésion.

Au point de vue histologique, on constate sur les coupes répondant au commencement de la lésion que l'épiderme hyperkératosique est conservé quoique atrophié en plusieurs endroits. Plusieurs cellules de la couche basale présentent des altérations que l'on retrouve dans la dyskératose de Bowen et dans la maladie de Paget. Certaines cellules sont gonflées, distendues, ont un protoplasma plus clair, leur noyau est déformé. Le corps papillaire jusqu'au derme est le siège d'une réaction inflammatoire. Des foyers d'infiltrat sont disposés en bandes ou en amas très denses dans les travées du stroma.

Vers le milieu de la lésion, la tumeur se présente sous un tout autre aspect. Tandis que la structure de l'épithéliome baso-cellulaire est conservé d'un côté, on voit vers le centre une prolifération de la couche épineuse. Il y a donc un épithéliome mixte baso et spino-cellulaire.

Vers la fin de la lésion, la tumeur diminue, il reste quelques travées de cellules anastomosées, non différenciées, minces, formées d'une ou deux rangées de cellules très riches en pigment.

Sur deux cas de prurigo lymphadénique. (Raynaud [de Montpellier] et Lacroix. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1923, n° 2, p. 74.) — Les travaux récents de la pathologie ganglionnaire, en particulier ceux de Favre et Colrat, ont remis à l'ordre du jour l'étude des lymphadénies.

Des précisions sont apportées au prurigo lymphadénique identifié par Dubreuilh; les observations des auteurs montrent que l'éruption prurigineuse est apparue précocement. Il s'agit de papules typiques avec processus vésiculeux particulièrement accusé au niveau des mains et des pieds.

Au point de vue hématologique, dans un cas, il y avait hyperglobulie, dans l'autre, anémie, sans régénération sanguine.

L'hyperleucocytose était élevée, 79.000 dans un cas. 17 000 dans l'autre. Il y avait 85 p. 100 de mononucléaires, L'étiologie tuberculeuse à laquelle beaucoup d'auteurs ont voulu rattacher cette affection, doit être écartée pour les cas signalés par les auteurs.

Il en est de même pour l'étiologie syphilitique. Il n'y a pas eu d'étude nécropsique des lésions.

Le traitement des angiomes par la neige carbonique. (Lortat-Jacob et P. Legrain. *Le Progrès méd.*, 23 juin 1923.) — Le traitement des angiomes par la neige carbonique paraît pour ces auteurs dans la plupart des cas le traitement de choix. En effet, l'ablation chirurgicale est souvent inapplicable en raison du siège et des dimensions de l'angiome, l'électrolyse est peu pratique en raison de la douleur et du nombre des séances surtout chez des jeunes enfants, le radium nécessite l'intervention d'un spécialiste de grande expérience et n'est pas sans danger.

La neige carbonique est avant tout le traitement de choix des *angiomes tubéreux*, de dimension moyenne, environ une pièce de 2 à 5 francs et dont la saillie n'est pas excessive. Ce sont le plus souvent des motifs esthétiques qui conditionnent l'intervention, mais on peut être amené à intervenir en cas d'hémorragies répétées ou de croissance rapide de l'angiome. Les *angiomes plans*, ou taches de vin, sont formellement influencées par la neige carbonique mais plus lentement que les nœvi tubéreux; les angiomes stellaires relèvent du traitement par la neige carbonique, l'électrolyse ou la galvanopuncture.

En raison de l'innocuité absolue des applications de neige l'époque de l'intervention peut être très précoce, au plus grand profit du résultat esthétique et les auteurs traitent couramment des nourrissons entre six mois et un an.

Les applications sont faites au moyen du cryocautère du docteur Lortat Jacob après avoir choisi le tube de cuivre dont l'extrémité s'adapte exactement à la surface à traiter.

L'action sur les téguments dépend de la pression utilisée, du temps d'application et de la nature des téguments, la peau étant plus sensible chez les jeunes enfants que chez les adultes.

Chez le nourrisson on utilise, au moins au début, des applications de huit à douze secondes avec une pression de 1 kilog; chez l'adulte des applications d'une durée de vingt secondes et de pression identique que l'on augmente progressivement sans dépasser chez le jeune enfant une vingtaine de secondes, chez l'adulte une trentaine de secondes.

On renouvelle les applications tous les quinze jours après la chute des croûtes causées par l'application précédente.

Les résultats sont excellents dans le traitement des angiomes tubéreux de dimension moyenne; la teinte violacée disparaît complètement, se trouve remplacée par une cicatrice de teinte blanchâtre, souple et toute saillie anormale s'efface.

Dans les angiomes plans, on obtient une décoloration appréciable ou même une disparition complète mais des retouches sont souvent nécessaires pour avoir une décoloration uniforme.

Docteur A. Alibert. (A. Brodier. Paris 1923, Maloine, édit.) — Il convenait au distingué conservateur du musée de l'hôpital Saint-Louis de faire connaître l'histoire si intéressante du docteur A. Alibert. Il y est parvenu en écrivant avec un esprit critique très avisé et une sûreté de documentation un ouvrage qui fera époque dans nos annales.

C'est une figure originale, en effet, que celle d'Alibert. Nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis en 1802, il étudia les maladies de la peau avec un grand talent d'observation et décrivit en un style imagé un certain nombre de types morbides jusqu'alors inconnus, tels que la chéloïde et le mycosis fongoïde. Il fut un admirable professeur de clinique; ses leçons, avec présentations de malades, faites l'été dans les jardins de l'hôpital, assurèrent la renommée européenne de celui-ci. Alibert établit une classification, dite naturelle, des dermatoses et la représenta sous la forme pittoresque d'un arbre généalogique. Il eut le mérite d'encourager les recherches de Galès et de Ranucci sur l'acare de la gale ; mais son principal élève fut Biett qui dressa, en face de la classification de son ancien maître, une classification basée sur les lésions cutanées élémentaires et qu'il avait empruntée à Willan et à Bateman.

Premier titulaire de la chaire de thérapeutique et matière médicale à la Faculté, Alibert publia des *Eléments de thérapeutique* et un *Précis sur les eaux minérales* qui furent longtemps classiques.

Ancien élève de l'Ecole normale fondée par la Convention nationale, il occupa ses loisirs à des travaux médico-littéraires dont le plus important est le curieux ouvrage intitulé *Physiologie des passions*.

Médecin de Louis XVIII, puis de Charles X, il entretint

des relations amicales avec un grand nombre d'artistes et d'hommes de lettres.

A ces divers titres, sa biographie intéresse, non seulement les dermatologistes, mais tous ceux que passionne l'histoire de la médecine.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

La tumeur blanche du coude est l'ostéoarthrite fongueuse tuberculeuse de cette articulation. Cette définition élimine le rhumathisme tuberculeux, l'hydarthrose tuberculeuse, la granulie articulaire du coude.

ÉTIOLOGIE. — 4 p. 100 des tuberculoses ostéoarticulaires; la seconde du membre supérieur au point de vue de la fréquence, après le spina ventosa des phalanges et des métacarpiens, bien avant toutes les autres.

Le maximum de fréquence s'observe chez l'enfant, entre trois et treize ans; on la rencontre à tout âge, et même chez le vieillard. Elle affecte une allure entièrement différente chez les uns et chez les autres, et l'on doit opposer, aux points de vue évolutif, pronostique, et surtout thérapeutique, tumeur blanche de l'adulte et tumeur blanche de l'enfant.

Parfois la seule lésion de l'organisme, elle coexiste rarement avec des lésions viscérales tuberculeuses, mais très fréquemment (60 à 70 p. 100) avec d'autres foyers de tuberculose chirurgicale : le plus souvent ce sont de petits foyers; dans un tiers des cas des foyers importants : Pott, tumeur blanche du genou, coxalgie.

Due à un bacille de virulence atténuée, elle se développe : très souvent, chez l'enfant, à la suite d'une maladie anergisante (rougeole); chez l'adulte, à la suite d'un surmenage professionnel du coude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans 8/10 des cas, le point de départ est osseux; presque toujours cubital, beaucoup plus rarement huméral et plus encore radial : en règle, **spina ventosa du cubitus**, lésion caractérisée par son siège diaphysaire, la séquestration ou plus souvent la destruction de l'os ancien, la formation d'une coque plus ou moins épaisse de tissu osseux nouveau, produit de l'irritation périostée : c'est une véritable ostéomyélite tuberculeuse.

Le point de départ est, en général, bulbaire : l'extension se fait d'une part vers le corps de l'os, d'autre part, vers l'olécrâne; le cartilage articulaire perforé, le foyer s'ouvre directement dans la jointure, réalisant une tumeur blanche typique.

Culs-de-sac synoviaux distendus par les fongosités, en avant et en arrière de l'humérus, autour du col radial; capsule dissociée, puis perforée au niveau de ses points faibles antérieur et postérieur, tandis que les ligaments latéraux sont longtemps respectés; extrémités osseuses dystrophiées par la tuberculose, fortement appliquées l'une contre l'autre par la contracture des muscles périarticulaires : d'où ulcération compressive, atrophie de la trochlée, élargissement de la grande cavité sigmoïde, et ascension de l'olécrâne; la luxation vraie est exceptionnelle. Tardivement, possibilité d'une réaction osseuse hypertrophique, allongeant les becs de l'olécrâne et de la coronoïde, contribuant à limiter, après guérison, les mouvements de flexion et d'extension.

TERMINAISON. — *a*. Rarement, guérison parfaite, avec intégrité complète de l'article (forme synoviale pure).

b. Le plus souvent, persistent : une limitation plus ou moins marquée des mouvements de l'articulation et des troubles trophiques (os atrophiés, très fragiles, le plus souvent raccourcis, parfois allongés; muscles moteurs du coude atrophiés; peau sèche; ongles déformés; poils exagérément développés).

c. Très souvent s'intercale dans cette évolution une phase de suppuration : tuberculome, qui rarement se résorbe, le plus souvent se fistulise, d'où infection et ostéomyélite secondaire.

SYMPTOMES. — La forme le plus souvent observée est l'*ostéoarthrite fongueuse de l'enfant* : nous la prenons comme type de description.

A. **Début.** — Presque toujours lent, insidieux, progressif; exceptionnellement brusque. Très souvent, l'enfant avait été atteint, six mois à un an auparavant, d'une rougeole suivie presque toujours de coqueluche, et avait été longtemps à se remettre.

La GÊNE FONCTIONNELLE est très souvent le premier signe : fatigabilité, maladresse, perte des forces du membre atteint.

La DOULEUR est plus tardive : n'apparaît qu'à l'occasion de mouvements d'une certaine amplitude, siège au coude, parfois au poignet : douleur à distance comparable à la gonalgie de l'arthrite tuberculeuse de la hanche.

L'examen doit être mené comparativement avec le côté sain :

INSPECTION. — Discrète tuméfaction de la région du coude; les méplats qui bordent, en avant le tendon bicipital, en arrière l'olécrâne, sont légèrement empâtés; atrophie des muscles du bras.

PALPATION. — *a*. Un ou plusieurs points douloureux osseux.

b. Augmentation de volume de l'une de ces extrémités : le plus souvent cette modification porte sur toute la moitié supérieure du cubitus, véritable spina ventosa qui précède l'apparition de la tumeur blanche proprement dite.

MOUVEMENTS PROVOQUÉS. — Sont moins étendus que normalement : cette limitation intéresse surtout l'extension (l'hyperextension est normale chez l'enfant); et la supination; cette recherche réveille de vives douleurs.

ADÉNOPATHIES. — Les ganglions axillaires, plus rarement les épitrochléens, sont engorgés.

RADIOGRAPHIE. — Examiner comparativement les clichés des deux coudes, vus de face et de profil; ce dernier est le plus instructif. On constate :

a. La diminution de la netteté des contours osseux de l'interligne, et la modification de sa hauteur.

b. L'augmentation de volume et la décalcification des extrémités osseuses, palette humérale et surtout moitié supérieure de la diaphyse cubitale. Celle-ci peut présenter un aspect de spina ventosa.

c. L'apparition prématurée de points épiphysaires, leur développement exagéré, ou leur soudure précoce, par irritation secondaire à l'arthrite tuberculeuse.

(A suivre.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 12 MAI AU 17 MAI 1924)

THÈSES

Jeudi 15 mai. — Jury : MM. Lecène, président; Cunéo, Sergent et Mocquot. — M. RENDON (A.). Etude de la tuberculose annexielle. — M. REINHOLD. Etude des récidives post-opératoires du cancer. — M. LAYMOND (Jean). Etude de la radiotomie postérieure dans la région cervico-dorsale. — M. SAUVAGOT (Robert). Le traitement diététique du syndrome de déminéralisation.

Samedi 17 mai. — Jury : MM. Lecène, président; Cunéo, Chevassu et Velter. — M. DONIAS (Vincent). Résultats anatomiques de 102 staphylorraphies. — M. KOVATCHEVITCH (B.). Etude des résultats éloignés de l'hystérectomie. — M. BARDON (Jean). L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine.

Pathologie des glandes endocrines. Troubles du développement. Fascicule 8 du *Nouveau Traité de médecine* publié sous la direction de MM. G.-H. ROGER, F. WIDAL et P.-J. TEISSIER. In-8 de 456 pages avec 107 figures dans le texte et une planche en couleurs. — Prix : relié, 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai. — MM. Nathan, 19; Paraf, 19,09; Feuillié, 19,81; Donzelot, 19,72.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 mai. — MM. Quénu, 10; Pascalis et Girode, 18.

Consultation écrite. — Séance du 14 mai. — MM. Monod et Bloch (René), 17; Charrier, 15; Boppe, 13.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Aubertin, agrégé, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de clinique thérapeutique.

Un congé de six mois, à partir du 1er mars 1924, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Richet, professeur de physiologie.

Un congé de six mois, à partir du 1er mars 1924, est accordé à M. Vaquez, professeur de clinique thérapeutique, pour lui permettre de se rendre à l'Université de Buenos-Ayres.

M. le docteur Chailley-Bert est chargé du cours d'éducation physique (subvention du ministère de la Guerre) en remplacement de M. Langlois, décédé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Un congé, sans traitement, pendant l'année scolaire 1923-1924, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Battez, agrégé.

— Montpellier. — M. Galavielle, agrégé, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1923-1924, d'un cours d'histoire naturelle médicale (chaire vacante).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Voisenet, chargé de cours de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1923-1924, des fonctions de suppléant de ladite chaire.

— Tours. — M. Gaudeau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé dans ses fonctions pour une période de trois ans, à partir du 1er septembre 1924.

Un nouveau congé, du 16 février au 15 mai 1924, est accordé, pour raisons de santé, à M. Maurel, chef de travaux.

M. Lerat, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ses fonctions pour deux ans à partir du 1er mars 1924.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Travail et de l'hygiène. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Auguste Breucq (de Bayonne) et Ferdinand Chevrel (de Rennes).

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Ont été nommés, en remplacement de M. le professeur Gariel, décédé :

Vice-président, pour l'année 1924, du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : M. le professeur Calmette, membre de cette assemblée.

Membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : M. Imbeaux, docteur en médecine, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées, professeur à l'Ecole nationale des Ponts et Chaussées. (*J. O.*, 6 mai 1924.)

CONSEIL NATIONAL DE L'OFFICE NATIONAL DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES ET DES INVENTIONS. — Sont nommés membres du Conseil :

MM. les professeurs Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine; Pachon et Pierre Teissier.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Un décret, en date du 25 avril 1924, a autorisé la création d'un hôpital-hospice dans la commune de Brûlon (Sarthe).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Par décret du Président de la République en date du 7 mai 1924, rendu sur la proposition du ministre de l'Intérieur, la médaille d'honneur en or

des épidémies est accordée, à titre posthume, à M. le médecin-major Ludrot (Louis), chargé du service médical de l'annexe d'Aïn-Sefra, décédé des suites du typhus qu'il a contracté dans l'exercice de ses fonctions. (*J. O.*, 14 mai 1924.)

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Il est créé, près la station scientifique d'Arcachon, un laboratoire de physiologie rattaché au muséum d'histoire naturelle.

M. le docteur Chauchard est nommé, sans traitement, directeur dudit laboratoire.

COMITÉ D'HYGIÈNE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS. — La seconde session du Comité d'hygiène de la Société des nations vient de se tenir à Paris, sous la présidence du docteur Madsen (du Danemark).

Pour faire suite à la proposition néerlendaise destinée à réduire les formalités sanitaires qui entravent le trafic maritime international, le Comité a décidé de recommander aux gouvernements la conclusion d'arrangements particuliers, d'étudier les mesures pratiques de nature à faciliter la conclusion de pareils arrangements et de se mettre à la disposition des gouvernements comme organe de médiation éventuelle en cas de difficultés dans l'application desdits arrangements.

Le port de Singapour a été désigné comme siège du bureau de renseignements épidémiologiques en Extrême-Orient.

Un programme d'enquête a été institué sur l'incidence et l'épidémiologique du paludisme et l'approvisionnement du monde en quinine.

Le Comité a décidé de recommander au Conseil de la Société des nations la nomination an Comité d'hygiène du docteur Jean Cantacuzène, de l'Université de Bucarest, membre de l'Office international d'hygiène publique et du Comité de la Croix-Rouge roumaine, comme représentant de la Commission mixte de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Comité international de la Croix-Rouge.

LES MÉDECINS DANS LA NOUVELLE CHAMBRE. — Voici les noms des médecins élus ou réélus députés aux élections du 11 mai :

Ain : MM. Boccard et Nicolet.
Alpes-Maritimes : M. Grinda, député sortant.
Ardèche : M. Marcel Astier.
Aube : M. Théveny, député sortant.
Aveyron : M. Molinié, député sortant.
Bouches-du-Rhône : M. Louis Régis.
Corrèze : M. Queuille, député sortant.
Dordogne : MM. Gadaud, député sortant; Faugère.
Doubs : M. Perronne.
Gard : M. Claron.
Moselle : M. François, député sortant.
Nièvre : MM. Fié et Regnier.
Pas-de-Calais : M. Berguet, député sortant.
Puy-de-Dôme : MM. Chassaing, ancien député, et Claussat, député sortant.
Haut-Rhin : M. Pfleger.
Haute-Saône : M. Causeret, député sortant.
Sarthe : M. Breteau.
Seine : M. Pinard, député sortant.
Seine-et-Oise : M. Amodru, député sortant.
Seine-Inférieure : M. Peyroux, député sortant.
Deux-Sèvres : M. Jouffrault.

— Le docteur Trenga est en ballottage à Alger.

— Le doyen d'âge de la nouvelle Chambre est le professeur Pinard, né en 1844. C'est donc lui qui présidera la séance de rentrée.

— Parmi les nouveaux élus signalons encore M. Emile Borel, membre de l'Académie des sciences, qui a été élu dans l'Aveyron.

CURIETHÉRAPIE ET RADIOTHÉRAPIE CHIRURGICALES. — M. le docteur R. Proust, agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera une série de conférences sur la curiethérapie et la radiothérapie chirurgicales le lundi 26 mai 1924, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Robert Lenoir, externe des hôpitaux de Paris, victime du devoir professionnel.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'adonis agit surtout en soutenant le cœur en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 MAI AU 24 MAI 1924)

THÈSES

Mardi 20 mai. — Jury : MM. Lejars, président; Bernard, Cunéo et Philibert. — M. BOURON (André). Hydronéphroses et uropyonéphroses partielles dans les cas de duplicité urénale. — M. DHERS (Victor). Essai de critique théorique des tests de fatigue. — M. POUSSARD (Raymond). Essais de traitement des tuberculoses. — M. PHILIPPE DE LA MARNIÈRE. Etude de la réparation des tendons fléchisseurs des doigts.

Jury : MM. Chauffard, président; Sergent, Claude et Sicard. — M. BAUDOUIN (J.). Au sujet des algies dites rhumatismales. — M. BRÉA (Th.). Poussées évolutives et en particulier le syndrome ictéro-ascitique des hépatites scléreuses. — M. GALLICE (R.). Les pleurésies enkystées et cloisonnées de la grande cavité. — M. MONTASSUT. La constitution paranoïaque. — M. GERBEAU (Paul). Typhoïde et psychose de Korsakoff.

Mercredi 21 mai. — Jury : MM. Broca (André), président; Sebileau, Letulle et Loeper. — M. DENNIEL (A.). Etude clinique et anatomo-pathologique de la lymphogranulomatose. — M. MALASSEZ (Jean). Sens des accélérations angulaires chez les sourds-muets.

L'Asthme. Etiologie, pathogénie et traitement, par le docteur R. MONGORGÉ, ancien interne des hôpitaux d'Alger et de Lyon, médecin consultant au Mont-Dore. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Quatrième édition. In-8 carré de 272 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot, frères.

RENSEIGNEMENTS

RÉGENCE DE TUNIS. — Il existe actuellement à l'hôpital Sadiki, à Tunis, trois places d'internes vacantes :

1° Au service de médecine.
2° Au service de chirurgie.
3° Au service d'oto-rhino-laryngologie.

Pour ce dernier poste, le candidat devra déjà posséder des connaissances de cette spécialité.

Avantages : Indemnité 5.200 fr. ; logement, blanchissage et éclairage, voyage en deuxième classe remboursable à la fin de la première année.



REVUE GÉNÉRALE

COMPLICATIONS URINAIRES DES FRACTURES DU BASSIN

Par Marcel LÉVY-WEISSMANN,
Interne des hôpitaux de Paris.

La première question à poser à un fracturé du bassin, c'est : « Avez-vous uriné? » Les fractures du bassin tirent, en effet, toute leur gravité immédiate des complications urinaires qui peuvent, soit en résulter, soit les accompagner : Rupture de l'urètre postérieur, déchirure de la vessie dans sa portion intrapéritonéale ou plus souvent dans sa portion extrapéritonéale. Nous n'aurons ici en vue que les fractures du bassin proprement dites, exception faite des plaies pénétrantes par arme à feu ou arme blanche.

I. **Etiologie**. — *a*. La *fréquence* de ces complications urinaires au cours des fractures du bassin est difficile à établir. La statistique de Rose évaluant à 9/10 des cas les fractures compliquées de lésions de l'urètre paraît très exagérée. Le chiffre de 38 p. 100 indiqué par Bartels pour les lésions vésicales semble plus près de la réalité. Parmi les lésions vésicales, Rivington évalue à 76 p. 100 les extrapéritonéales; Miginiac cependant, sur 92 observations, relève 29 ruptures intrapéritonéales.

b. Les complications urinaires peuvent se voir à tout *âge* : Mac Carthy signale une déchirure de la vessie chez un enfant de douze ans, Angevine chez une fillette de vingt-trois mois. Toutefois, comme les fractures du bassin elles-mêmes, les complications urinaires se rencontrent surtout chez l'homme adulte.

c. Il n'existe pas de relation directe entre l'importance de la fracture et la production de lésions urinaires. Telle quadruple verticale ne s'accompagnera d'aucune complication; telle fracture isolée du pubis pourra déchirer la vessie.

II. **Mécanisme**. — Divers mécanismes peuvent, suivant les cas, être envisagés à l'origine des complications urinaires des fractures du bassin. Il y a lieu de considérer successivement :

— les ruptures de l'urètre postérieur.
— les déchirures extrapéritonéales de la vessie.
— les déchirures intrapéritonéales de la vessie.

1° **Ruptures de l'urètre postérieur**. — Trois mécanismes peuvent déterminer une rupture de l'urètre postérieur : EMBROCHEMENT, SECTION, DÉCHIRURE.

a. Dans un premier ordre de cas, un fragment d'une branche ischio-pubienne fracturée ou une esquille vient embrocher l'urètre. Le fait est surtout fréquent lorsque, la pression ayant été latérale, les fragments sont projetés vers la ligne médiane.

b. Parfois, la dislocation de l'ogive pubienne tiraille brutalement l'urètre au niveau de la traversée de l'aponévrose périnéale moyenne : celle-ci agit comme un couperet, sectionnant le canal. Ce mécanisme peut être invoqué non seulement dans les fractures proprement dites, mais également dans les disjonctions de la symphyse pubienne.

c. Ailleurs enfin, le trait de la fracture ischio-pubienne se continue par une fissure de l'aponévrose périnéale moyenne se poursuivant jusqu'à l'urètre (Guibal).

2° **Déchirures extrapéritonéales de la vessie**. — Les déchirures extrapéritonéales de la vessie répondent en pratique à deux mécanismes différents : EMBROCHEMENT, ARRACHEMENT.

a. L'ARRACHEMENT, qui peut se produire dans les disjonctions comme dans les fractures, est dû à la traction des ligaments pubo-vésicaux : leur mise en tension tiraille la vessie qui se déchire au voisinage de leur insertion, donc très bas, près du col.

b. L'EMBROCHEMENT est variable suivant le type de la fracture.

1. Dans les *fractures par pression antéropostérieure*, c'est soit un fragment pubien, soit une esquille pubienne qui perfore la vessie sur sa face antérieure.

2. Dans les *chocs latéraux*, c'est l'extrémité antérieure du fragment postérieur de la branche horizontale du pubis qui s'enfonce dans le bassin et déchire la vessie sur sa face latérale.

3. Dans les *chutes verticales*, enfin, le fragment ischiatique de la branche ischio-pubienne refoulé de bas en haut, peut blesser la vessie dans la région du bas-fond. Cette éventualité est d'ailleurs la plus rare.

3° **Déchirures intrapéritonéales de la vessie**. — Les déchirures intrapéritonéales de la vessie répondent à un seul mécanisme : L'ÉCLATEMENT.

La vessie, en effet, se comporte comme une sphère membraneuse remplie de liquide : sous l'influence du traumatisme, deux pôles se rapprochent et refoulent le liquide vers un équateur : c'est au niveau de cet équateur, en l'espèce au niveau du dôme vésical, que se fera la rupture. La partie postéro-supérieure de la vessie est, d'ailleurs, un point faible anatomique : à son niveau, en effet, existent des lacunes entre les fibres musculaires longitudinales (Stubenrausch). Le siège de l'éclatement s'explique donc par une double raison, physique et anatomique. On conçoit, en outre, le rôle de la *réplétion vésicale*, lors du trauma, et de l'*état antérieur du muscle vésical*. Quant à la fracture du bassin, elle n'intervient pas dans ce mécanisme; il s'agit, en réalité, d'une contusion vésicale liée directement au traumatisme causal.

III. **Anatomie pathologique**. — 1° **Ruptures de l'urètre postérieur**. — L'urètre postérieur est en règle blessé au point où il traverse l'aponévrose périnéale moyenne. La rupture est presque toujours *totale*, c'est-à-dire intéressant toute l'épaisseur de la paroi.

Elle est parfois *incomplète*, les deux bouts étant encore reliés par un pont de paroi intacte. Plus souvent, elle est *complète*, ce qui explique la rétraction et l'écartement des deux bouts, et leur décalage s'il y a déformation du bassin.

Alors que dans les ruptures de l'urètre antérieur l'épanchement uro-hématique se fait toujours dans la loge en crosse de pistolet, ici l'urine mêlée de sang peut, de par le siège de la rupture, s'épancher tantôt au-dessous, tantôt et plus souvent au-dessus de l'aponévrose périnéale moyenne, parfois simul-

tanément dans ces deux directions. Cet épanchement peut s'infecter, déterminant un phlegmon périurétral. Parfois, on observe des suppurations à distance (observation de Bazy : abcès à la face interne de la cuisse gauche).

La cicatrisation, lorsqu'elle se produit, détermine un rétrécissement, mais moins serré que ceux que l'on rencontre sur l'urètre spongieux.

Dans certains cas, à la section de l'urètre s'associe une fissure du bout supérieur remontant jusqu'au col vésical; l'épanchement uro-hématique peut alors se produire, non au périnée, mais dans la loge de Retzius, simulant une rupture extrapéritonéale de la vessie (Mignon).

Ailleurs, enfin, il y a coexistence d'une déchirure vésicale et d'une rupture de l'urètre (Bazy, Plisson).

2° **Déchirures extrapéritonéales de la vessie.** — Les déchirures extrapéritonéales de la vessie sont uniques ou multiples. La perte de substance est plus ou moins irrégulière, avec ou sans irradiations, à bords souvent déchiquetés. Elle est, en général, antérieure, médiane ou légèrement latérale, mais peut également siéger sur les faces latérales, au niveau du col, au niveau du bas fond.

Les lésions sont également marquées sur les trois tuniques; les ruptures incomplètes, admises par Dupuytren, ne se rencontrent jamais en pratique.

La déchirure vésicale laisse écouler l'urine mêlée de sang dans la cavité de Retzius ; de là, l'épanchement peut se répandre dans le tissu sous-péritonéal des fosses iliaques ; il peut aussi, fusant à travers le foyer de fracture, infiltrer les grandes lèvres ou le scrotum, ou s'insinuer sous la peau de l'abdomen ou de la racine de la cuisse.

Non traitées, les déchirures de la vessie ont peu de tendance à la cicatrisation ; la plaie est atone ; elle a, dit Ferraton, « l'aspect de plaie faite sur le cadavre ».

3° **Déchirures intrapéritonéales de la vessie.** — La déchirure intrapéritonéale de la vessie est, en général, unique. Elle est le plus souvent linéaire, avec parfois des irradiations. Longue de 1 à 5 centimètres en moyenne, mais pouvant atteindre 12 centimètres, elle parcourt le sommet ou le versant postérieur de la vessie, tantôt verticale, tantôt transversale ou oblique. Les lésions sont prédominantes sur la séreuse ; souvent la muqueuse fait hernie entre les faisceaux musculaires dissociés.

Du liquide uro-hématique se répand dans la cavité péritonéale; mais la réaction péritonéale est primitivement aseptique si l'urine n'est pas infectée.

Ici, comme pour les ruptures extrapéritonéales, il y a peu de tendance à la réparation spontanée ; on connaît toutefois quelques cas de guérison sans suture (Neumann).

IV. **Symptomatologie.** — La symptomatologie des complications urinaires au cours des fractures du bassin est souvent extrêmement complexe : si, en effet, quelques cas répondent aux descriptions classiques, d'autres entraînent des difficultés considérables de diagnostic.

Nous indiquerons d'abord l'aspect théorique de chacune des complications; mais nous verrons ensuite que chacun des signes peut être discuté.

Schématiquement, chacune des trois complications a ses signes propres :

a. **La rupture de l'urètre postérieur** se traduit par une absence complète de mictions contrastant avec un besoin impérieux d'uriner. La vessie est distendue, globuleuse, nettement perceptible au-dessus de la symphyse pubienne. Le périnée reste longtemps souple et indolore; mais à sa partie postérieure on note souvent une ecchymose plus ou moins importante. Parfois apparaissent au méat quelques gouttes de sang, mais rarement se produit une urétrorragie abondante. Au toucher rectal, empâtement et douleur au voisinage du bec de la prostate. Le cathétérisme enfin montrerait un arrêt de la sonde, qui ramènerait un peu de sang, mais pas une goutte d'urine.

b. **Dans la rupture extrapéritonéale de la vessie**, il existe classiquement du ténesme vésical, le blessé n'urinant pas ou évacuant à peine quelques gouttes d'urine sanglante ; ailleurs, au contraire, la brèche large permet l'évacuation de la vessie dans les tissus avoisinants et par suite le blessé n'éprouve aucun besoin d'uriner. Pas de globe vésical, mais au dessus de la symphyse, une zone d'empâtement avec matité répondant d'abord à la cavité de Retzius, puis débordant sur les fosses iliaques, sur la racine des cuisses. La sonde pénètre facilement dans la vessie ; l'urine s'écoule en bavant, plus ou moins fortement teintée de sang ; l'écoulement s'accentue si l'on presse dans les zones infiltrées; parfois, après le cathétérisme, la matité des zones infiltrées fait place à du tympanisme (Dittrich).

c. **Dans la rupture intrapéritonéale**, le blessé est souvent très shocké ; le ventre est contracturé, ventre de bois, traduisant la réaction péritonéale. Pas de miction, ténesme inconstant. Au toucher rectal ou vaginal, on trouve parfois un peu de liquide dans le Douglas. La sonde ramène une urine plus ou moins teintée de sang.

Le cathétérisme permettrait en outre de constater deux signes mis en valeur par Morel : immuabilité du contenu vésical, instantanéité de la réplétion vésicale. Le premier est dû à l'accumulation d'urine dans le segment inférieur de la sphère vésicale : dès que l'urine affleure à la plaie vésicale, le trop plein se déverse dans le péritoine ; dans ces conditions, la sonde ramène toujours la même quantité d'urine. Le second signe tient à ce que l'urine rentre dans la vessie aussi facilement qu'elle en sort; si donc, après avoir sondé le blessé couché on le fait lever, un nouveau cathétérisme ramène à nouveau de l'urine.

V. **Diagnostic**. — La réalité clinique ne répond pas toujours aux schémas des auteurs. Sans doute, en présence, d'un fracturé du bassin qui n'urine pas, il est aisé de soupçonner une complication urinaire. Seule une *rétention réflexe* pourrait prêter à confusion; mais, l'absence de tout autre signe urinaire autorisant le cathétérisme, la sonde franchit facilement l'urètre et ramène de l'urine normale. La difficulté consiste en pratique à reconnaître si la lésion est urétrale ou vésicale, et surtout, en cas de rupture vésicale, si elle siège dans le segment extrapéritonéal ou dans le segment intrapéritonéal.

1° **Le diagnostic de rupture de l'urètre** est relativement aisé par l'urétrorragie, le globe vésical, et, si on le tentait, l'échec du cathétérisme.

Pourtant l'urétrorragie est très inconstante. Le

globe vésical peut manquer dans les premières heures si le blessé venait d'uriner au moment de l'accident; il peut être masqué par un certain degré de contracture abdominale; ailleurs on a vu prendre l'hématome sus-pubien dû à une rupture vésicale pour une vessie distendue.

Le cathétérisme resterait l'élément de diagnostic le plus certain. Mais c'est là une méthode dangereuse, par les fausses routes qui peuvent se produire, par les accidents infectieux qu'elle peut entraîner. Lors même qu'on la pratiquerait, on ne serait d'ailleurs pas à l'abri d'une erreur : la sonde faisant fausse route pourrait évacuer l'urine déversée dans le périnée et faire croire ainsi, en l'absence d'autres signes, à une déchirure vésicale (Mignon).

2° **Affirmer une déchirure vésicale** est en général facile. Si le blessé évacue quelques gouttes d'urine sanglante, le diagnostic est presque évident. S'il n'urine pas, on s'appuiera sur l'absence de globe vésical, et le résultat du cathétérisme qui ramène de l'urine sanglante.

3° **Différencier les déchirures intra et extrapéritonéales de la vessie** est tâche souvent très malaisée.

Le signe capital donné par les classiques, la contracture abdominale, est des plus trompeurs. Ce symptôme, en effet, aussi bien qu'à une rupture intrapéritonéale de la vessie, peut être lié à la lésion d'un viscère abdominal coexistant avec une rupture extrapéritonéale; parfois la contracture est déterminée simplement par l'hématome de la cavité de Retzius, ou même par un hématome de la gaine du grand droit (Hartmann); on a pu même parler de contracture abdominale réflexe, analogue à celle observée parfois dans les contusions thoraciques.

Les autres signes ne sont pas moins incertains : l'hématome de la cavité de Retzius peut être masqué par la contracture pariétale; l'interprétation de la tuméfaction sus-jacente à un pubis crépitant et douloureux peut prêter à des hésitations.

Quant aux signes tirés du cathétérisme, ils ont une valeur plus théorique que pratique : pour constater l'immuabilité du contenu vésical, il faut des cathétérismes répétés, donc perte de temps; quant à l'instantanéité de la réplétion vésicale, elle est difficile à rechercher chez un fracturé.

Enfin, il est formellement contre-indiqué de pratiquer les manœuvres préconisées par les anciens auteurs, injections d'air ou de liquide, susceptibles de déterminer des syncopes mortelles. Il ne saurait donc être question de faire une cystoscopie.

En pratique donc, le chirurgien réglera sa conduite sur l'état du ventre : rupture de la vessie avec ventre de bois, il pratiquera une laparotomie sous ombilicale; rupture de la vessie avec ventre souple, il fera une taille hypogastrique médiane, mais en ayant soin de vérifier par une boutonnière péritonéale l'état de la cavité abdominale.

VI. **Evolution.** — Non traitées, les complications urinaires des fractures du bassin sont d'un pronostic sévère : les anciennes observations comportent une énorme mortalité.

1° **La rupture de l'urètre** détermine rapidement des phénomènes infectieux : abcès urineux ou infiltration d'urine, infection du foyer de fracture avec ostéomyélite, parfois suppurations à distance, véritable état septico-pyohémique.

2° **La rupture extrapéritonéale de la vessie** entraîne elle aussi des complications infectieuses : suppuration de l'hématome de Retzius, infection du foyer de fracture, cystite. Le plus souvent, l'infection s'étend, et le blessé meurt de péritonite généralisée; ou bien, une phlébite des plexus péri-vésicaux est le point de départ de foyers métastatiques. Parfois l'infection se cantonne, mais se prolonge, interminable, entraînant la formation de fistules persistantes; c'est encore dans ces cas que fréquemment on voit se former des calculs vésicaux, liés moins à l'infection du milieu vésical qu'à la communication permanente entre la vessie et le foyer de suppuration osseuse (Legueu); parfois, les concrétions calcaires s'accumulent autour d'une esquille osseuse formant point d'appel.

3° **La rupture intrapéritonéale de la vessie**, abandonnée à elle-même, est un arrêt de mort. Celle-ci survient en général en quelques heures avec un tableau de péritonite diffuse où dominent les signes toxiques dus à la résorption de l'urine au niveau du péritoine. Parfois elle est plus tardive, au troisième, au septième, au seizième jour, et l'autopsie montre des fausses membranes et du pus dans la cavité péritonéale.

VII. **Traitement.** — Aussi est-ce une indication formelle d'opérer d'urgence toute fracture du bassin compliquée de lésions urinaires. Sur ce point tout le monde est d'accord. Mais sur la technique à employer les auteurs sont partagés.

1° **Ruptures de l'urètre.** — Le traitement des ruptures de l'urètre membraneux peut se faire en un temps ou mieux en deux temps.

a. En un temps, c'est la périnéotomie transverse prérectale. On recherche les deux bouts de l'urètre; l'antérieur est facilement trouvé en introduisant une sonde béquille par le méat; pour reconnaître le bout postérieur, il faut parfois recourir au cathétérisme rétrograde transvésical; le bout postérieur trouvé, on pousse la sonde béquille jusque dans la vessie. La suture des deux bouts est le plus souvent impossible en raison du délabrement du conduit et de sa friabilité; mais il sera utile de mettre des points de rapprochement. Capitonnage du périnée, suture hermétique de la peau. On complète par une cystostomie de dérivation avec sonde de Pezzer.

La cicatrisation se fait sur la sonde; elle comporte un rétrécissement qu'il faudra régulièrement dilater. La sonde de Pezzer sera retirée du quinzième au vingt-cinquième jour.

Telle serait l'opération la plus rationnelle.

b. En deux temps. — Mais souvent l'état sérieux du blessé impose une intervention de courte durée et contre-indique l'anesthésie générale. D'autre part il est difficile de mettre dans la position de la taille un sujet atteint de fracture du bassin. C'est pourquoi beaucoup de chirurgiens conseillent de s'en tenir dans un premier temps à la cystostomie de dérivation. Celle-ci a l'avantage de pouvoir se faire sous anesthésie locale. Elle pare au danger d'écoulement de l'urine dans le périnée, permettant ainsi d'attendre quelques jours, et de réserver pour une

deuxième intervention la réfection de l'urètre (Marion, Oudard).

2° **Déchirures extrapéritonéales de la vessie.** — *a.* La suture. — Les déchirures extrapéritonéales de la vessie seront abordées par une incision médiane sus-pubienne. Après avoir vérifié par une boutonnière l'intégrité de la cavité péritonéale, on recherche la plaie vésicale. Parfois celle-ci est nettement apparente; ailleurs, masquée par les caillots, elle est d'accès plus difficile; dans certains cas, il faut pour l'aborder ouvrir la vessie.

L'idéal est de la suturer en deux plans suivant la technique classique. Mais souvent l'irrégularité de la brèche, la contusion des tissus, ou encore l'état de shock du blessé commandant une intervention rapide empêchent de pratiquer la suture.

b. La cystostomie. — *Si la suture n'a pu être faite*, il faut évidemment pratiquer une cystostomie.

Si la suture a été faite, faut-il néanmoins pratiquer la cystostomie complémentaire? Certains chirurgiens estiment que, si la suture paraît solide et étanche, le simple emploi d'une sonde à demeure pendant quelques jours est une garantie suffisante (Lenormant, Wiart, Baudet). La plupart cependant considèrent que la cystostomie est une mesure de prudence utile car on n'est jamais certain que la suture vésicale est et restera étanche (Michon, Marion, Hartmann). Les chirurgiens lyonnais préconisent, au lieu de la cystostomie, l'urétrostomie périnéale temporaire qui assure la vidange de la vessie et ne semble pas provoquer de rétrécissements ultérieurs (Alamartine, Rochet).

Qu'on ait ou non fermé la déchirure vésicale, il est nécessaire que la cystostomie soit pratiquée *avec suture cutanéo-muqueuse.* Ne pas aboucher la cystostomie à la plaie cutanée, c'est risquer, comme dans l'observation de Cauchoix, l'infection de l'épanchement de la cavité de Retzius, et de là l'infection du foyer de fracture.

Il paraît, en outre, contre-indiqué de drainer la cavité de Retzius : il faut la nettoyer, la débarrasser de ses caillots; mais le drainage est dangereux, car par lui la fracture reste une fracture ouverte (Mathieu, Miginiac).

En abouchant, au contraire, la cystostomie à la plaie cutanée, sans drainage de la cavité de Retzius, on supprime toute communication entre la vessie, l'urine et l'extérieur d'une part, la cavité de Retzius et le foyer de fracture d'autre part; c'est une véritable marsupialisation (Miginiac).

c. Suites opératoires. — Les suites opératoires sont, en général, simples : on diminue progressivement le calibre de la sonde vésicale; quand au bout de trois à quatre semaines on la supprime, il est utile d'installer une sonde urétrale à demeure pendant quelques jours.

Ultérieurement, une intervention sous anesthésie locale fermera, s'il y a lieu, la fistule vésicale.

3° **Déchirures intrapéritonéales de la vessie.** — Les déchirures intrapéritonéales de la vessie avec ventre de bois sont abordées directement par laparotomie; s'il n'y a pas de ventre de bois, nous avons vu que, en l'absence de certitude sur le siège de la déchirure, le chirurgien commence par une incision hypogastrique avec boutonnière péritonéale.

La suture vésicale est, en général, plus facile que dans les déchirures extrapéritonéales, en raison du mécanisme qui limite les lésions à la brèche elle-même. On referme le ventre sans drainage. Ici comme dans les déchirures extrapéritonéales, la cystostomie doit être considérée comme une garantie de sécurité.

Dans les cas d'extrême urgence où l'état du blessé interdit toute intervention prolongée, on devra parfois se contenter de tamponner la plaie vésicale, de façon à éviter le passage de l'urine dans le péritoine (Neumann).

Conclusion. — L'existence de lésions urinaires est de beaucoup la complication la plus fréquente et la plus grave des fractures du bassin. Ces lésions comportent une gravité immédiate par les phénomènes de shock qu'elles accentuent, par les accidents toxiques et surtout infectieux qu'elles peuvent entraîner. Elles assombrissent également le pronostic d'avenir par les séquelles qu'elles peuvent laisser après elles : fistules, lithiase vésicale, rétrécissements de l'urètre. Aussi, alors que les autres complications viscérales (rectum), vasculaires ou nerveuses, entrent rarement en ligne de compte; alors que les cals vicieux déformant le bassin et raccourcissant le membre inférieur n'entraînent qu'une incapacité définitive de 15 à 35 p. 100, les complications urinaires au contraire peuvent déterminer une incapacité temporaire totale atteignant six à huit mois et une incapacité définitive allant jusqu'à 80 p. 100.

C'est pourquoi les complications urinaires des fractures du bassin exigent une thérapeutique active. Nous avons essayé de montrer que le diagnostic exact de la lésion est souvent des plus difficiles, mais que toujours le chirurgien doit intervenir immédiatement par la méthode qui offre le maximum de sécurité avec le minimum de durée. Dans cette thérapeutique, une place d'honneur paraît revenir à la cystostomie; tantôt elle doit être envisagée comme une garantie utile; tantôt elle constitue à elle seule toute l'intervention immédiate et s'affirme comme la véritable technique d'urgence. L'intervention d'urgence systématique a beaucoup amélioré le pronostic des complications urinaires des fractures du bassin; la mortalité, grâce à elle, est tombée aux environs de 20 p. 100.

BIBLIOGRAPHIE

André. Traumatismes de l'urètre, in *Encyclopédie d'urologie.*
Angevine. *Boston med. and surg. Journ.*, juillet 1918.
Bull. de la Soc. de chir., 14 mai 1902, 2 juillet 1902, 7 oct. 1903, 18 mai 1904, 19 déc. 1906, et surtout 15 juin 1921 (Mathieu), 15 nov. 1922 (rapport de Wiart; discussion : Lenormant, Michon, Hartmann, Cauchoix, Baudet).
Mc. Carthy. *Amer. Journ. of urol.*, juillet 1912.
Guibal. *Journ. d'urol.*, avril 1923, t. XV, n° 4.
Legueu. *Traité*; — *Journ. d'urol.*, t. VII, n° 1.
Marion. *Traité.*
Miginiac. *Revue de chir.*, 1922, n° 12.
Morel. *Ann. des mal. gén.-urin.*, 1906, p. 801.
Neumann. *Centralbl. f. Chir.*, 1906, p. 119 (compte rendu du Congrès).
Oudard. *Arch. de méd. navale*, 1922.
Plisson. *Lyon chir.*, 1922, n° 5.
Rouvillois et Ferron. Lésions traumatiques de la vessie, in *Encyclopédie d'urologie.*
Soc. de chir. de Lyon, 1922 (voir compte rendu in *Presse méd.*, 2 et 9 déc. 1922).
Stubenrausch. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LI.
Tanton In *Traité* Le Dentu-Delbet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MAI 1924)

Sur une suppuration urinaire amicrobienne non tuberculeuse. — M. P. BAZY. Quand une urine a pu être, par un laboratoire compétent, déclarée amicrobienne du fait d'un examen microscopique minutieux et prolongé, il ne faut pas se hâter de conclure à la tuberculose urinaire, quelque probable au reste que soit ce diagnostic : il faut le contrôle de l'inoculation aux cobayes; car l'évolution de la tuberculose permet, sans danger pour les malades, d'attendre l'échéance des inoculations et la chose en vaut la peine.

Sur les mouvements des yeux. — MM. André BROCA et TURCHINI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MAI 1924)

M. Gabriel PETIT donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques du professeur Kauffmann.

Poliotie en forme de bride unissant deux fœtus de sexe différent. — M. BALZER communique un cas curieux de malformation congénitale qui a son origine dans la première fente branchiale. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cette observation c'est qu'il s'agit de deux jumeaux présentant la même malformation et soudés l'un à l'autre par une bride partant de la partie antérieure des deux oreilles.

M. Balzer fait suivre cette observation de considérations pathologiques et étiologiques relatives à cette monstruosité.

Radio-vaccination. — M. BÉCLÈRE communique un travail de M. Regaud, sur l'action répétée des rayons X, à l'aide de laquelle on obtient une radio-vaccination qui permet d'agir plus efficacement sur certaines lésions de la face.

Chorio-rétinite tuberculeuse afolliculaire, son traitement. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) déclare qu'il est possible de reconnaître l'existence de cette affection grâce à des signes appropriés qui la séparent nettement de la chorio-rétinite syphilitique avec laquelle elle est très souvent confondue.

M. Lagrange fait connaître ces signes avec précision, décrit les lésions anatomiques correspondantes et indique le traitement rationnel de cette grave maladie.

Thérapeutique et voyages au long cours. — M. LOIR a eu le regret de constater que ces voyages au long cours sont surtout pratiqués par des Anglais et très peu par les Français. Ainsi qu'il l'a déjà démontré dans plusieurs communications, il y a cependant là une ressource thérapeutique des plus efficaces. Il en fournit de nombreux exemples.

Emanations du thorium comme traitement des leucémies chroniques. — M. BÉCLÈRE, au nom de MM. Cluzel et Chevallier, lit une note sur les bons résultats que donnent, dans les cas de leucémie chronique, ces émanations du thorium.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 MAI 1924)

Septicémie gonococcique. — MM. ACHARD et MOUZON rappellent un cas déjà publié d'abcès périphlébitique à gonocoque, siégeant à la partie inférieure de l'avant-bras, et rapportent une observation nouvelle de septicémie gonococcique. Une jeune femme de vingt ans, au cours d'un rhumatisme blennorragique articulaire et rebelle, fut prise d'accidents généraux avec fièvre à grandes oscillations et présence constatée du gonocoque dans le sang. Une fausse couche de deux mois, faite en pleine septicémie, ne modifia en rien la marche de l'infection. Après échec du sérum et du vaccin antigonococcique et des injections intraveineuses de roformine, le cacodylate de soude fut essayé, à la dose de 0g20 dans les veines, tous les deux jours. Rapidement la température tomba et l'état général se releva.

La cure des varices par les injections intravariqueuses de citrate de soude concentré. — M. J. TROISIER signale que l'injection d'une solution aqueuse de citrate de soude à 100 p. 100 dans les veines variqueuses provoque, après une phase inflammatoire plus ou moins patente, une sclérose progressive amenant la guérison complète des varices. L'auteur, après avoir comparé cette manière de faire avec les techniques que le professeur Sicard a préconisées, insiste sur son indolence habituelle et sur son exécution facile. Il rappelle la toxicité quasi nulle du citrate de sodium qui, jointe à son action anticoagulante, permet d'assurer la cure des varices avec le minimnm de risques.

Le citrate de soude en injections intraveineuses dans la thrombo-artérite avec gangrène. — MM. J. TROISIER et A. RAVINA relatent l'observation d'un homme de quarante-cinq ans présentant à son arrivée à l'hôpital une vaste zone de gangrène intéressant plus du tiers du pied, liée à une thrombo-artérite oblitérante. Traité par des injections intraveineuses quotidiennes de 6 puis de 4 grammes de citrate de soude pendant vingt-huit jours, la malade vit rapidement sa gangrène rétrocéder puis guérir entièrement.

Les auteurs discutent la question difficile à résoudre des limites de la maladie de Buerguer (thrombo-angéite non syphilitique) et insistent sur quelques-uns de ses symptômes, en particulier sur l'érythrose de déclivité sur l'hypercholestérinémie et sur le syndrome polyglobulie, hyperviscosité et hypercoagulabilité qui légitime a priori la cure par le citrate de soude. Ils précisent les règles qui leur paraissent devoir être appliquées à la cure des thrombo-artérites et insistent vivement sur l'emploi de doses répétées et suffisamment élevées de ce sel introduites par voie endoveineuse.

Cyphospondylose traumatique. Remaniement de la cage thoracique et de son contenu. Ectopie aortique. — MM. GILBERT et POLLET présentent un blessé qui, à la suite d'une grave chute de cheval dans sa jeunesse présenta tardivement une cypho-spondylose traumatique de la colonne cervicale. Cette lésion fut l'occasion d'un remaniement complexe de la cage thoracique et de son contenu, en particulier de l'aorte thoracique qui est visible en presque totalité dans le champ pulmonaire gauche. Les auteurs n'ont pas trouvé d'exemple d'une ectopie aortique analogue sans médiastinite ni pleuro-pneumopathie coexistante.

De l'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine diphtérique. — MM. H. DARRÉ, G. LOISEAU et A. LAFFAILLE ont étudié l'application à l'immunisation antidiphtérique de l'homme de l'anatoxine de Ramon : toxine diphtérique modifiée par la chaleur et le formol, privée de son pouvoir toxique mais ayant conservé son pouvoir antigène.

Chez les sujets qui présentent une réaction de Schick négative l'anatoxine diphtérique détermine une augmentation considérable du pouvoir antitoxique du sérum qui peut s'élever jusqu'à 50 unités antitoxiques par centimètre cube.

Chez les sujets qui ont une réaction de Schick, positive formation d'antitoxine beaucoup moindre, mais encore très nette qui se traduit par la disparition de la réaction de Schick deux à six semaines après l'injection d'anatoxine.

L'antitoxine diphtérique injectée à l'homme à la dose de 0cc5 à 1 centimètre cube détermine une réaction locale et générale souvent nulle et légère, rarement très marquée (chez les sujets sensibles aux protéines).

On peut donc employer l'anatoxine de Ramon pour la vaccination antidiphtértque de l'homme, nos résultats donnant la preuve de son innocuité et de son pouvoir antigène.

MM. J. ROUBINOVITCH, G. LOISEAU et A. LAFFAILLE ont fait des essais de vaccination avec l'anatoxine chez les enfants

arriérés et sourds-muets d'Asnières et les arriérés de Bicêtre et de la Fondation Vallée, suivant le rythme suivant :

1° Réaction de Schick.

2° Vaccination des sujets réceptifs avec 0cc5 et 1 centimètre cube d'anatoxine en deux injections espacées, en moyenne de quatorze à quarante jours.

3° Vingt jours en moyenne après chaque injection, nouvelle réaction de Schick.

4° Chez les sujets non vaccinés après la deuxième injection d'anatoxine, nous avons pratiqué une troisième injection de 1 centimètre cube d'anatoxine.

Les auteurs ont ainsi vacciné une série de 85 enfants à Schick positif, 36 ont reçu 0cc5 d'anatoxine ; 43 ont reçu 0cc5 et 1 centtmètre cube d'anatoxine; 6 ont reçu trois injections 0cc5, 1 centimètre cube et 1 centimètre cube; 84 sont immunis après six-huit semaines, soit une proportion de 98,9 p. 100.

Au point de vue réaction, nous avons observé les faits déjà signalés par MM. Darré, Loiseau et Laffaille.

M. Ch. Zœller (Val-de-Grâce) apporte les résultats d'une série de vaccinations entreprises chez des adultes au moyen de l'anatoxine diphtérique de Ramon, et suivies au moyen de la réaction de Schick.

Sur 59 sujets réceptifs (Schick positif), 48 sujets ayant reçu trois inoculations successives d'anatoxine ont tous présenté après un délai de six semaines une réaction de Schick négative. Ils peuvent être considérés comme immunisés.

11 sujets qui n'ont pu être suivis pendant six semaines présentaient après deux inoculations une réaction de Schick atténuée. Ils se trouvaient en voie d'immunisation.

Les inoculations se sont montrées inoffensives. Elles ont également été pratiquées sans incident sur 61 sujets non réceptifs (à Schick négatif).

D'après ces premiers résultats on peut espérer — dans les limites où l'on peut faire confiance à la réaction de Schick — qu'une collectivité, composée d'adultes, pourra par trois injections successives d'anatoxine être mise à l'abri de l'infection diphtérique.

Septicémie pneumococcique avec endocardite aiguë à type de rétrécissement mitral greffée sur une endocardite cicatrisée et silencieuse. — MM. Pr. Merklen et M. Wolf. Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, enceinte au neuvième mois, qui fut atteinte dans un premier temps de bronchopneumonie double avec septicémie pneumococcique ayant entraîné l'accouchement prématuré. Après une courte phase d'apyrexie relative (quatre jours), reprise des symptômes pulmonaires et apparition d'un roulement présystolique avec dédoublement du second bruit. Endocardite pneumococcique aiguë à type d'atrésie mitrale, avec hémoculture présentant en ensemencement sur milieu solide plus de 1.000 germes dans 10 centimètres cubes de sang; pneumocoque typique identifié par les diverses réactions biologiques comme pneumocoque du type II. A l'autopsie, lésions bronchopulmonaires et endocardite ulcérovégétante de la valvule mitrale, greffée sur une ancienne valvulite mitrale cicatrisée et présentant les séquelles typiques d'une atteinte antérieure. L'intérêt de cette observation réside surtout dans la forme sténosante prise par l'endocardite aiguë et dans l'absence complète de signes de valvulite chronique ancienne, malgré des lésions évidentes.

Fièvre typhoïde à forme hémorragique traitée par le sérum sérique de Dufour. Guérison. — MM. Brulé et Basch ont observé, chez un jeune homme, une fièvre typhoide d'intensité moyenne, qui se compliqua, au début du troisième septenaire d'un syndrome hémorragique intense, caractérisé par des hémorragies intestinales, et des hématuries intenses, des épistaxis, des gingivorragies, des ecchymoses cutanées; l'anémie était intense, l'asthénie profonde et l'état du malade semblait désespéré. La guérison survint cependant rapidement; les hémorragies cessèrent, en cinq jours, après des injections répétées de sérum anti-hémorragique de Dufour, donc l'action favorable paraît avoir été très nette. Une injection intraveineuse de sérum glucosé intervint peut-être aussi dans la guérison en produisant un choc atténué.

Recherches sur la glycuronie. — MM. Brulé, Destrées et van Dooren en cherchant à appliquer l'épreuve de la glycuronurie provoquée à l'étude de l'insuffisance hépatique, ont été arrêtés par plusieurs difficultés. L'impossibilité de se procurer actuellement de l'acide glycuronique force à employer les étalons précédemment établis. Encore la teinte violette de ces échelles colorimétriques est-elle très souvent impossible à comparer avec les teintes rouges que l'on obtient fréquemment en employant les divers procédés de caractérisations de l'acide glycuronique dans les urines. On peut supprimer cette cause importante d'inexactitude en diminuant le temps de contact avec la naphto-résorcine et en le réduisant à trois minutes, la durée totale de l'ébullition restant la même que dans les procédés habituels. On peut même, par cette modification de technique mettre en évidence l'acide glycuronique dans des urines qui semblaient n'en point contenir. Les teintes rouges, dont la cause a été longtemps cherchée, semblent dues à une dégradation de l'acide glycuronique, dont la résistance paraît variable selon les urines.

La numération des germes du sang dans les septicémies. — L. Boez rappelle les inconvénients des milieux liquides pour hémoculture, qui favorisent le développement des germes de contamination souvent inévitables. Ces microbes en envahissant rapidement les milieux gênent la culture des microbes pathogènes plus délicats; si l'interprétation des résultats de l'hémoculture est facile lorsqu'il s'agit de microbes spécifiques, elle est discutable lorsqu'il s'agit de germes pathogènes facultatifs, tels que le staphylocoque, le tétragène, le pneumobacille, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 7 mai 1924)

Valeur de l'extériorisation dans les opérations pour cancers du côlon. — M. Hartmann revient sur cette question. Il a pratiqué vingt-sept fois cette opération et dans ces vingt-sept cas il y a eu six décès. Il examine successivement ces six cas de mort. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, qu'il a opérée en pleine occlusion. Il s'est trouvé en présence d'un cancer étendu du côlon. Il a pratiqué l'extériorisation après l'établissement d'un anus artificiel. Mort le quatrième jour. Dans ce cas le cancer était trop étendu. Il eût mieux valu ne pas l'opérer.

Second cas, femme de trente-deux ans, cancer du côlon adhérent à la masse pelvienne, à la vessie; mort après quelques jours; troisième cas : femme de cinquante-six ans, cancer également trop étendu, opération trop grave, mort. Il eût mieux valu ne pas opérer; quatrième cas : homme de soixante-quatorze ans, guérison post-opératoire, mort un mois après d'accidents du côté des reins. Les deux autres sont morts d'accidents pulmonaires.

Parmi les malades qui ont guéri de l'opération, les résultats éloignés sont les suivants : des opérés depuis deux, quatre et cinq ans sont sans récidives; deux morts sans récidives. Une récidive locale réopérée, quatre récidives abdominales.

A condition [de ne pas l'appliquer aux cas trop graves, l'extériorisation du côlon atteint de cancer donne, en somme, ainsi que l'a dit M. Anselme Schwartz, d'assez bons résultats.

Méga-œsophage. — M. Grégoire analyse une observation de MM. Hertz et Braine. Il s'agit d'un enfant de treize ans qui, depuis quelque temps s'alimentait mal. Il ne pouvait plus avaler que les liquides, l'examen radioscopique montrait un œsophage dilaté, avec, un dessous de la dilatation, un arrêt brusque de la bouillie bismuthée au niveau du diaphragme. A l'œsophacoscopie on ne constatait aucune lésion de la muqueuse. L'état du malade allant toujours s'aggravant on décide une intervention. Celle-ci a consisté à former un volet costal, à décoller la plèvre et à arriver sur l'orifice diaphragmatique qui est très épaissi. On sectionne le diaphragme et l'on constate que la portion de l'œsophage intradiaphragmatique est très rétrécie. MM. Hertz et Braine font alors une œsophagoplastie, suites bonnes, guérison.

M. Grégoire rapproche de ce fait un cas analogue qui lui est personnel et qui s'est également terminé par la guérison.

En cas de méga-œsophage, on pourrait recourir plus fréquemment à cette intervention.

M. TUFFIER croit qu'il faut distinguer deux variétés d'œsophagospasme, l'une dans laquelle il n'existe aucune lésion appréciable au niveau de l'orifice diaphragmatique, variété dans laquelle il n'y a pas lieu d'intervenir, l'autre au contraire dans laquelle, comme dans le cas que vient de rapporter M. Grégoire, l'intervention est nettement indiquée.

M. LECÈNE fait également des réserves et pense que la plupart de ces malades sont des névropathes justiciables de la dilatation progressive.

Tumeur intrathoracique d'origine nerveuse. — M. LECÈNE communique l'observation d'une femme de cinquante-six ans, présentant des accidents gastriques imprécis, caractérisés surtout par des douleurs dans le côté gauche du thorax et un léger degré de scoliose. Cette femme souffrait ainsi depuis dix ans. L'examen radiographique montrait dans le côté gauche du thorax une ombre assez considérable, nettement circulaire.

La première idée qui vint à l'esprit fut celle d'uu kyste hydatique de la plèvre. Il n'y avait aucun signe pulmonaire et la réaction de Weinberg fût négative.

M. Lecène pense alors qu'il s'agit d'une tumeur bénigne du médiastin antérieur. Les corps vertébraux sont érodés. Le malade souffrant beaucoup, M. Lecène se décida à intervenir. Il fait sauter les 6e et 7e côtes, aperçoit la tumeur, ouvre la plèvre lentement, en créant un pneumothorax.

La tumeur est extrapleurale, adhérente seulement au feuillet pariétal qui est réséqué avec elle. Enucléation assez facile, fixation du poumon à la brèche, drainage filiforme. Réunion. Guérison.

Macroscopiquement, la tumeur avait l'apparence d'un fibrome. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme d'origine nerveuse, tumeur bénigne, ayant pour point de départ un nerf intercostal. Ces tumeurs sont très rares.

M. CUNÉO a observé un cas analogue où le diagnostic porté avait été celui d'un kyste hydatique.

Résection du côlon transverse. — M. MOCQUOT rappelle le procédé proposé en 1913 par M. Quénu. Il a eu recours à ce procédé chez un homme de cinquante ans qui portait une tumeur sur la partie gauche du côlon transverse. Les accidents remontaient à deux ans. La tumeur était grosse comme une orange, mobile.

Le côlon était distendu en masse.

M. Mocquot pratique la résection du segment d'intestin malade, après avoir établi un anus artificiel. Celui-ci peut être fermé deux ans après.

Voilà quatre ans que ce malade est sans récidive. Ce fait vient à l'appui du procédé de résection immédiate d'un cancer du côlon.

Coloboma facial. — M. OMBRÉDANNE rapporte l'observation d'une enfant atteinte de coloboma facial qu'il a pu complètement restaurer par quatre interventions successives.

C'est le second cas de ce genre. Le premier et unique cas, jusqu'ici, a été publié par M. Jalaguier. L'enfant opérée par M. Ombrédanne, présentait une absence de la lèvre supérieure, de l'aile du nez, d'une narine et, en outre, d'une atrophie des voies lacrymales. En quatre interventions, M. Ombrédanne refit la lèvre, la narine, parvint également à obtenir la réfection des voies lacrymales des deux côtés. Résultat définitif très satisfaisant.

Un traitement du mégacôlon. — M. LARDENNOIS présente un jeune garçon qui était atteint d'un énorme mégacôlon. Avant de pratiquer la colotomie, il eut l'idée de pratiquer une dilatation anale qui a suffi pour amener une guérison complète. M. Lardennois croit que même dans les cas où on pratique la colotomie, il sera toujours sage de dilater l'anus.

Corps étrangers du tube digestif. — M. MATHIEU rapporte l'histoire d'une névropathe qui avait avalé plusieurs corps étrangers, épingles ordinaires, épingles à cheveux, broches, etc. Elle présentait des symptômes de sténose pylorique. A l'aide de la radiographie montrant exactement la situation de ces divers corps étrangers, M. Mathieu a pu tous les extraire par gastrotomie.

Fracture spontanée. — M. ALGLAVE communique l'observation d'un homme d'un certain âge atteint de fractures spontanées du col et du fémur. Il consulta ses collègues sur l'origine possible de ces fractures spontanées qu'il croit volontiers d'origine syphilitique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1924)

Action de l'irradiation de divers territoires sur la coagulabilité du sang. — MM. Ph. PAGNIEZ, A. RAVINA et I. SOLOMON ont antérieurement fait connaître les résultats qu'ils avaient obtenus en irradiant chez l'homme, suivant la technique indiquée par Stephan, la région splénique. Sur 15 sujets irradiées, 12 avaient présenté une diminution marquée du temps de coagulation.

Cette propriété des rayons X d'agir sur la coagulabilité du sang ne s'exerce pas seulement quand on fait porter le rayonnement sur la rate. L'irradiation du foie, du poumon donne un résultat analogue. MM. Pagniez, Ravina et Solomon ont constaté de plus que l'irradiation des gros vaisseaux (fémorale, humérale, carotide) donne aussi un raccourcissement du temps de coagulation et ceci avec la dose de rayonnement relativement faible de 500 r (2 h.5).

L'irradiation de la paume de la main est également effective, mais si on irradie la main rendue exsangue par application temporaire d'une bande d'Esmarch on n'obtient plus aucun effet.

L'ensemble de ces recherches tend donc à établir que le raccourcissement du temps de coagulation produit par l'irradiation n'est pas spécial à l'application des rayons sur les parenchymes glandulaires, splénique, hépatique ou autre. Ce raccourcissement résulte suivant toute vraisemblance d'une action sur le sang. Mais seul le sang dans l'intérieur des vaisseaux, le sang vivant, serait sensible à l'action des rayons. Les auteurs ont en effet antérieurement montré que l'irradiation du sang in vitro est sans aucune action sur sa coagulabilité.

Le point cryoscopique de l'indosé urinaire des tuberculeux. — M. R. MONCEAUX expose la technique qui lui a servi à calculer le point cryoscopique de l'indosé urinaire au cours de ses recherches sur la nutrition azotée des tuberculeux.

Le Δ de cet indosé atteint dans la tuberculose des valeurs élevées, 0,45 à 0,80 au lieu de 0,25-0,30 à l'état normal. Il s'élève à mesure que la maladie s'aggrave pour atteindre son maximum avant la mort : on note parallèlement l'abaissement du rapport azoturique. Cet indosé semble constitué par de grosses molécules azotées, incomplètement dégradées que l'organisme tuberculeux n'est plus capable de transformer par suite de l'insuffisance de ses oxydations.

Action du poumon sur le sucre sanguin. — MM. H. ROGER, F. RATHERY et Léon BINET, dosant le sucre libre et le sucre protéidique dans le plasma du sang du cœur droit et dans le plasma du sang artériel, montrent que le poumon dédouble le sucre protéidique et met du glycose en liberté, en même temps qu'il a le pouvoir de détruire du glycose libre. Les auteurs discutent le rôle qui revient à l'activité glandulaire du poumon et à l'oxydation dans cette transformation de sucre protéidique en sucre libre qui se produit pendant la traversée pulmonaire.

Dissociation entre le réflexe médio-pubien et les réflexes cutanés abdominaux dans la sclérose en plaques. — MM. Georges GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et R. MARQUÉZY ont recherché chez 22 malades atteints de sclérose en plaques si la réponse abdominale du réflexe médio-pubien était modifiée parallèlement aux réflexes cutanés abdominaux dont l'abolition est un des signes les plus constants de cette affection. Dans 7 cas l'abolition des réflexes cutanés abdominaux coexistait avec l'abolition de la réponse abdominale du réflexe médio-pubien, dans 2 cas les réflexes cutanés abdominaux et le réflexe médio-pubien persistaient normaux, dans 13 cas au contraire existait une dissociation entre les deux réflexes; on constatait, en effet, 11 fois l'abolition des réflexes

cutanés abdominaux avec conservation du réflexe médio-pubien, et dans deux cas la dissociation inverse, c'est-à-dire l'abolition de la réponse supérieure abdominale du réflexe médio-pubien avec des réflexes cutanés abdominaux normaux. Il résulte de ces examens que dans 50 p. 100 des cas de sclérose en plaques on observe une conservation de la réponse abdominale du réflexe médio-pubien coexistant avec l'abolition des réflexes cutanés abdominaux. Ces constatations montrent que, suivant la nature et le siège différent des excitations, des réflexes qui ont la même voie de conductibilité radiculaire peuvent être dissociés.

La division directe des ovocytes chez le nouveau-né humain. — M. Michel DE KERVILY a observé que les ovules jeunes se divisent non seulement par karyokinèse, comme on l'admet, mais aussi par division directe. Tous ces ovocytes sont destinés à disparaître rapidement, et l'on peut rapprocher le phénomène de leur division directe de celui qu'on observe dans certains épithéliums stratifiés qui sont aussi destinés à disparaître par desquamation.

Recherches sur la glycémie critique. Leur intérêt pour l'étude du fonctionnement hépatique. — MM. E. AUBEL et R. TARGOWLA ont constaté que la glycémie critique d'un sujet est plus élevée lorsqu'on lui supprime progressivement les hydrates de carbone que lorsqu'on les supprime brusquement. En outre, il se produit, le deuxième jour de la suppression, une ascension de la glycémie qui paraît correspondre à une libération brutale de réserves et détermine un crochet caractéristique de la courbe ; ce crochet s'observe, mais peu accentué, même chez les individus dont les réserves sont faibles ou le foie déficient.

D'autre part, dans la suppression progressive, lorsqu'on remplace le saccharose par l'acide lactique, l'acétonurie est un peu plus précoce chez les sujets normaux ; elle l'est davantage encore dans l'insuffisance hépatique. Il peut donc y avoir là une méthode d'exploration du foie.

Remarques sur le mode de précipitation dans la réaction du benjoin colloïdal. — A propos des constatations faites dans les liquides céphalo-rachidiens prélevés post mortem, M. R. TARGOWLA distingue dans la réaction du benjoin deux modes de précipitation. L'un, banal, est en rapport, au moins dans une certaine mesure, avec les variations des albumines du liquide céphalo-rachidien. L'autre, spécifique, est une véritable propriété des globulines pathologiques (modification de leur état électrique). Bien qu'associée habituellement à une augmentation quantitative de ces substances, appréciable par les réactions cliniques (réactions de Nonne-Apelt, de Weichbrodt, de Pandy, etc.), cette propriété floculante particulière peut s'observer avec un taux normal de globulines. C'est cette propriété qui conditionne la spécificité du phénomène, spécificité apparente due au fait que la clinique ne la réalise que dans des circonstances étiologiques que l'on peut préciser.

Cette hypothèse, qui ne s'appuie que sur des faits, paraît, en outre, plus conforme aux conceptions biologiques actuelles que celle qui consiste à faire intervenir des « substances » spéciales que l'on ne peut mettre en évidence.

M. G. GUILLAIN, tout en reconnaissant l'intérêt de ces recherches, fait remarquer que la méthode qu'il a décrite ne s'applique qu'au vivant et ne saurait, par suite, comporter de conséquences médico-légales.

— Société de biologie de Marseille (séance du 29 avril 1924) :

Valeur diagnostique et pronostique de la réaction de Koranyi dans la tuberculose. — MM. A. SAUVAN et X. CHIAPPE. La réaction de floculation, décrite par Von Koranyi, de Budapest, étudiée en France par de Jong, Mlle Wolff et Azerad, est essentiellement une réaction de labilité des colloïdes du sérum par une modification physico-chimique du milieu (chauffage et déshydratation par une solution alcoolo-chlorurée). Cette réaction s'est montrée constamment positive dans toutes les formes de tuberculose confirmée. Son apparition est d'autant plus complète et tardive que l'évolution est plus rapide.

La réaction de floculation de Koranyi dans les affections non tuberculeuses. — MM. A. SAUVAN et CHIAPPE. De toutes les affections autres que la tuberculose observées par



les auteurs, le cancer seul a donné des réactions positives. Dans cette maladie, comme dans la tuberculose, la floculation par la méthode de Koranyi apparaît d'autant plus tardivement et plus complètement que le pronostic est plus sombre. L'importance diagnostique de la réaction apparaît surtout dans la différenciation des affections tuberculeuses ou non des voies respiratoires.

L'entérocoque est un agent pathogène fréquent pratiquement. (Travail du laboratoire de l'hôpital de la Conception). — MM. Henry G. S. Morin, M. Caudière et Mlle A. Certonciny. Sur 62 germes isolés en culture pure de divers exsudats purulents, l'entérocoque a été identifié 13 fois contre 2 pneumocoques et 3 streptocoques, 29 staphylocoques, 1 Eberth, 1 coli et 3 proteus.

Le diagnostic d'entérocoque est fondé sur les caractères suivants :

1. Facilité d'acclimatement sur milieux ordinaires dès la sortie de l'organisme ; 2. Résistance remarquable des cultures dont certaines peuvent être conservées trois mois vivantes sans précaution particulière ; 3. Pas de lyse par la bile ni de stérilisation des cultures par cet agent ; 4. Polymorphisme avec anisocytose primitifs, précoces sur milieux solides en particulier.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LÉGITIMATION DES ENFANTS NATURELS ET ADULTÉRINS

Le *Journal officiel* du 2 mai 1924 publie la loi modifiant l'article 331 du Code civil relatif à la légitimation des enfants naturels et adultérins. Cette loi porte la date du 25 avril 1924.

L'article 331 du Code civil, déjà modifié par la loi du 17 août 1897, contenait les dispositions suivantes :

« Les enfants nés hors mariage, autres que ceux nés d'un commerce incestueux ou adultérin, pourront être légitimés par le mariage subséquent de leurs père et mère, lorsque ceux-ci les auront légalement reconnus avant leur mariage, ou qu'ils les reconnaîtront dans l'acte même de célébration.

« Il sera fait mention de la légitimation en marge de l'acte de naissance de l'enfant légitimé. »

Ce texte s'applique aux enfants adultérins et aux enfants incestueux, pour lesquels il n'y avait pas de légitimation possible. On sait que, pour savoir si l'enfant est adultérin et si, par suite, sa légitimation est impossible, c'est au moment de la conception qu'il faut se reporter : l'enfant sera réputé adultérin si, à ce moment, le père ou la mère était marié, bien qu'au moment de la naissance ils fussent l'un et l'autre libres de tout lien conjugual. Et l'époque de la conception est déterminée conformément aux présomptions établies par les articles 312 et suivants du Code civil : ainsi, pour que l'enfant soit réputé issu d'un commerce adultérin, il faudra que le mariage antérieur ait existé pendant tout l'intervalle entre le trois centième et le cent quatre-vingtième jour avant le mariage.

L'article 331 du Code civil, modifié par la loi du 17 août 1897, a été modifié dans la suite par la loi du 30 décembre 1915. Celle-ci a admis le principe de la légitimation des enfants adultérins ; elle a décidé que les enfants adultérins seraient légitimés, par le mariage subséquent de leurs père et mère, lorsque ceux-ci les auraient reconnus au moment de la célébration du mariage dans trois cas qui sont énumérés par cette loi (art. 1er). Mais cette loi ne permettait pas la légitimation judiciaire *post nuptias* des enfants adultérins ; cette légitimation était réservée aux enfants naturels ; l'enfant adultérin ne pouvait être légitimé que par une reconnaissance du père et de la mère reçue par l'officier de l'état civil au moment même de la célébration du mariage de ceux-ci.

La nouvelle loi admet la légitimation des enfants adultérins *post nuptias*, comme pour les enfants naturels : un jugement doit être rendu ; elle a considéré que ces enfants avaient droit au même avantage que les enfants naturels. Mais ses dispositions ne concernent pas les enfants incestueux, c'est-à-dire, les enfants nés d'un commerce illicite de deux personnes entre lesquelles le mariage était prohibé pour cause de parenté ou d'alliance.

Voici la teneur de la loi nouvelle :

Article premier. — L'article 331 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« Les enfants nés hors mariage, autre que ceux nés d'un commerce adultérin, sont légitimés par le mariage subséquent de leurs père et mère, lorsque ceux-ci les ont également reconnus avant leur mariage on qu'ils les reconnaissent au moment de sa célébration. Dans ce dernier cas, l'officier de l'état civil qui procède au mariage constate la reconnaissance et la légitimation dans un acte séparé.

« Les enfants adultérins sont légitimés, dans les cas suivants, par le mariage subséquent de leurs père et mère, lorsque ceux-ci les reconnaissent au moment de la célébration du mariage dans les formes déterminées par le premier alinéa du présent article :

« 1° Les enfants nés du commerce adultérin de la mère, lorsqu'ils sont désavoués par le mari ou ses héritiers ;

« 2° Les enfants nés du commerce adultérin du père ou de la mère, lorsqu'ils sont réputés conçus à une époque où le père ou la mère avait un domicile distinct en vertu de l'ordonnance rendue conformément à l'article 878 du Code de procédure civile et antérieurement à un désistement de l'instance, au rejet de la demande ou à une réconciliation judiciairement constatée; toutefois, la reconnaissance et la légitimation pourront être annulées si l'enfant a la possession d'état d'enfant légitime ;

« 3° Les enfants nés du commerce adultérin du mari, dans tous les autres cas, s'il n'existe pas d'enfants ou de descendants légitimes issus du mariage au cours duquel l'enfant adultérin a été conçu.

« Lorsqu'un des enfants visés au présent article aura été reconnu par ses père et mère ou par l'un d'eux postérieurement à leur mariage, cette reconnaissance n'emportera légitimation qu'en vertu d'un jugement rendu en audience publique, après enquête et débat en Chambre du Conseil, lequel jugement devra constater que l'enfant a eu, depuis la célébration du mariage, la possession d'état d'enfant commun.

« Toute légitimation sera mentionnée en marge de l'acte de naissance de l'enfant légitimé.

« Cette mention sera faite à la diligence de l'officier de l'état civil qui aura procédé au mariage, s'il a connaissance de l'existence des enfants, sinon à la diligence de tout intéressé. »

Art. 2. — La présente loi est applicable aux colonies.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de la scarlatine apyrétique (1) par Jacques Moinet.

L'auteur relate trois observations inédites de scarlatine apyrétique et fait une bonne revue générale de cette forme clinique, signalée surtout par Fiessinger, Moizard et Conatarmanach.

Le malade atteint de scarlatine apyrétique a une éruption assez variable, souvent discrète, parfois très rouge et très généralisée ; il a l'énanthème pharyngé, mais les symptômes généraux sont peu marqués et la température s'élève à peine à 38 degrés pendant vingt-quatre à trente-six heures. Quelques jours plus tard, la desquamation vient confirmer le diagnostic.

C'est une forme fruste de scarlatine qu'il faut savoir reconnaître, pour soigner le malade comme il convient, le préserver de la néphrite tardive et autres complications. Si le diagnostic n'était pas fait, on laisserait un scarlatineux sortir en toute liberté et répandre autour de lui le germe de la scarlatine.

M. BRELET.

(1) *Th. de Paris*, avril 1924.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


PARAFFINE DENSIFIÉE
DU DOCTEUR LE TANNEUR
Viscosité lubrifiante 10 Fois + > que l'Huile.
LAXATIFS
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
2 à 3 Globules le soir (=) 1 Cuill. d'Huile.
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
(NOM DEPOSE)
Per Os
AL. LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde — PARIS (8e) R. C. Seine, 15.638

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Rouillard, Feuillié et Gautier (Claude).

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 mai. — MM. Girode, 12; Moulonguet, 17; Pascalis, 15; Bloch (Jacques), 17.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Le bulletin d'avril de l'Association publie le compte rendu de l'assemblée générale de la jeune et active Association.

Dans son discours, le président M. P. Cossa a eu un mot aimable pour tous les amis de l'Association, il a parlé notamment dans les termes les plus sympathiques de la *Gazette des hôpitaux* et de sa rédaction. Qu'il veuille bien recevoir nos remerciements très vifs pour sa cordiale confraternité.

A LA MÉMOIRE DE FARABEUF. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Farabeuf aura lieu, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, le mercredi 28 mai, à 15 heures, dans le cloître de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Par arrêté en date du 16 mai 1924, la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 17 mai 1924.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Marine. — *Au grade d'officier.* — MM. le médecin principal de réserve Aldebert; le médecin de 1re classe de réserve Violle.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de 1re classe de réserve André.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Par arrêté en date du 5 mai 1924, pris en application du décret du 27 juin 1922, le ministre du Travail et de l'Hygiène a prononcé la reconnaissance administrative des écoles ci-après énumérées, avec des réserves portant principalement sur l'obligation d'adopter le programme d'études délibéré par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières :

Première section. — 1° Ecole d'infirmières de l'hôpital civil de Béziers, sous réserve;

2° Ecole d'infirmiers de Lyon (Hôtel-Dieu), sous réserve;

3° Ecole d'infirmières sanitaires et coloniales de l'Institut Lannelongue, à Paris, sans réserve;

4° Ecole d'infirmières du comité de Limoges de la société de secours aux blessés militaires, sous réserve;

5° Ecole d'infirmières du comité d'Orléans de la Société de secours aux blessés militaires, sous réserve;

6° Ecole d'infirmières du comité de Marseille de l'Union des femmes de France, sous réserve;

Deuxième section. — 7° Ecole d'infirmières visiteuses de l'hygiène sociale de la tuberculose, hôpital Heine-Fould, 35, rue de la Glacière, à Paris, sous réserve;

8° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose de l'Institut Lannelongue, à Paris, à titre provisoire;

9° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, hospices civils de Nancy, à titre provisoire et sous réserve;

10° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, à Rennes, sous réserve.

— Un décret en date du 7 mai 1924 a autorisé la création d'un hospice de vieillards dans la commune de Thouarcé (Maine-et-Loire). (*J. O.*, 16 mai 1924.)

L'UNIFICATION DU FORMAT DES NOTICES DE SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — Notre confrère et ami le docteur Darras insiste dans le *Concours médical* sur l'intérêt que présenterait pour les fabricants de spécialités pharmaceutiques l'unification du format de leurs notices.

Les médecins les conserveraient en très grand nombre et

pourraient les consulter facilement si leur format permettait de les classer.

Le format du praticien, écrit le docteur Darras, est celui qui a été indiqué dans la *Gazette des hôpitaux* (1914, n° 68), par le docteur Lop (de Marseille), il a pour dimensions 15 × 23.

L'en-tête de classement situé dans la marge supérieure comprend à gauche, à 2 centimètres du bord latéral, la lettre majuscule du mot important de l'imprimé, et, à droite, ce mot ou ses premières lettres.

Au-dessous des lettres de classement se trouve la ligne suivante en petits caractères : « imprimé au format du praticien 15-23 avec en-tête de classement ». Un long trait de séparation ferme l'en-tête.

Pour l'uniformité des caractères d'imprimerie de cet en-tête, il est bon d'adopter l'antique « corps 10 » que tous les imprimeurs connaissent.

La marge gauche est réservée tout entière à la reliure des différents classeurs, perforateurs, boîtes ou autres.

L'étude de chaque fiche ou notice ne doit se rapporter qu'à un seul sujet ou objet, instrument ou spécialité.

CONGRÈS ANNUEL DE STOMATOLOGIE. — Le Congrès annuel de stomatologie de 1924 se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine du lundi 20 octobre 1924 au samedi 25 inclus.

Pourront faire partie du Congrès : 1° tous les médecins français et étrangers s'intéressant à la stomatologie et admis par le Comité d'organisation; 2° à titre individuel, les personnalités qui, en raison de leurs travaux et de leurs titres, auront été admises par le Comité d'organisation.

Le texte des rapports et le titre des communications devront parvenir au secrétaire général du Comité d'organisation avant le 1er septembre 1924.

Le montant de la cotisation des congressistes est fixé à 30 francs et donne droit à une carte d'identité, à un exemplaire des comptes rendus du Congrès et à la participation aux travaux théoriques et pratiques.

Cette cotisation devra être adressée à M. Lacronique, trésorier, 17, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe).

Quant aux adhésions, elles devront être adressées au secrétaire général du Congrès, M. L'Hirondel, 57, rue de Rome, Paris (VIIIe) accompagnées d'une carte de visite portant les noms, prénoms, titres, qualités et adresses écrits très lisiblement.

A l'occasion du Congrès, un banquet aura lieu le jeudi soir 23 octobre.

Le bureau du Congrès est composé comme suit : président, M. Chompret; vice-présidents, MM. Réal et Gires; secrétaire général, M. L'Hirondel; secrétaires adjoints, MM. Astraud et Psaume; trésorier, M. Lacronique.

Deux rapports seront présentés au Congrès sur les sujets suivants : 1° M. Fargin-Fayolle. « La carie, les problèmes, les faits, les hypothèses » ; 2° M. Izard. « De l'expansion des maxillaires en orthodontie. »

De plus, en outre de ces rapports, les deux questions suivantes seront proposées à la discussion générale des congressistes : 1° « La thérapeutique des pyorrhées » ; 2° « La thérapeutique des infections focales. »

Enfin, des communications libres, des présentations de malades dans les hôpitaux, des présentations techniques et d'appareils à l'Ecole française de stomatologie, une séance d'études syndicales et l'assemblée générale du Syndicat des médecins stomatologistes viendront compléter les travaux du Congrès.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE vient de procéder à l'élection de son président.

M. le docteur Bellencontre, président sortant, qui pendant ses cinq années de présidence a rendu à l'œuvre d'éminents services, a été réélu par 4.080 voix sur 4.119 votants.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Avezou (de Paris), Philippe Boissonneau (de Sainte-Bazeille).

LIVRES NOUVEAUX

Abcès de l'encéphale. Pathologie chirurgicale et technique opératoire (1), par W. P. EAGLETON, M. D. NEWARK (de New-Jersey).

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première, assez courte, renferme les considérations générales de la chirurgie intracranienne : opération, anesthésie, technique, instruments, position du sujet, suture, hémostase, etc.

La deuxième partie (220 pages) est consacrée à la pathologie chirurgicale et à la technique opératoire de l'abcès du cerveau.

L'auteur attire particulièrement l'attention sur quelques facteurs physiologiques, leur altération par les processus pathologiques et la technique qui lui paraît la plus appropriée. Il expose corrélativement le traitement chirurgical des différentes lésions pathologiques, de l'abcès du cerveau, estimant que la clinique et la thérapeutique forment un tout indivisible, et chaque cas individuel nécessitant une technique chirurgicale appropriée à l'exacte condition pathologique présente.

Enfin, la troisième partie de l'ouvrage (environ 100 pages) est réservée au diagnostic chirurgical. Nos connaissances actuelles nous permettent dans un grand nombre de cas de déterminer même le siège de l'abcès.

Pour chaque catégorie, l'auteur indique les symptômes, les manifestations, les modifications qui peuvent être l'indice certain pour le chirurgien.

Un nombre considérable de cas observés et d'opérations, une connaissance très étendue des travaux déjà publiés ont permis à l'auteur d'écrire ce livre qui est le guide le plus complet que le chirurgien puisse trouver en la matière.

L. G.

Histoire et conséquences pratiques de la découverte des vitamines (2), par Casimir FUNK, ouvrage publié avec la collaboration de M. R. LECOQ.

Comme le dit l'auteur, dans sa préface, cet ouvrage représente une sorte d'introduction à l'étude des vitamines ; mais, écrit par celui qui en fut l'inventeur, il mérite de retenir particulièrement l'attention, au milieu des nombreuses publications qui, traitant du même sujet, sont loin d'avoir la même valeur. On trouve donc ici l'histoire des travaux qui amenèrent Funk à sa découverte et l'exposé de ses propres idées en ce qui regarde la nature et le rôle des vitamines, l'origine et la signification des avitaminoses et les déductions que l'on doit tirer des connaissances ainsi acquises pour le choix des aliments et l'organisation de l'alimentation dans la croissance, la grossesse, la lactation et diverses maladies, telles que les infections, le cancer et le diabète. Dans ses conclusions, l'auteur insiste sur ce fait curieux que même des êtres très inférieurs, comme les levures, sont incapables de se multiplier et de faire la synthèse de la vitamine B, si une trace de vitamine D ne leur est pas apportée de l'extérieur. De même dans les plantes supérieures, la vitamine C n'existe pas dans la graine et n'apparaît aux dépens sans doute de la vitamine D qu'au début de la germination. Le cycle des vitamines dans la nature demeure encore mystérieux, mais les travaux comme ceux de Funk ne peuvent manquer d'y apporter la lumière et de contribuer, par une connaissance plus parfaite des conditions de la vie humaine, à la conservation de la santé.

J. L.

(1) In-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson.
(2) Un vol. in-8. — Prix : 4 fr. — Paris 1924, Vigot.

QUELS ENSEIGNEMENTS PEUT-ON TIRER EN CLINIQUE DE L'EXAMEN DES LIQUIDES D'ASCITE?

Par A. LEMIERRE et JEAN LEVESQUE.

Depuis que les recherches de Widal et Ravaut sur le cyto-diagnostic ont fait entrer l'examen des sérosités dans la pratique courante, l'opinion s'est généralisée que les résultats de l'étude du liquide d'ascite ne donne pas une certitude comparable à celle que fournit l'étude des épanchements pleuraux. Cette opinion est née des contradictions relevées entre les conclusions de l'examen des sérosités péritonéales et celles de la clinique ou de l'autopsie. C'est pourquoi d'autres procédés d'exploration ont été proposés depuis le cyto-diagnostic : recherche de la fibrine; dosage des nucléo-albumines, dont la quantité approximative est donnée par la réaction de Rivalta (Rivalta, Sabrazès, Fontaine, Merklen); dosage de l'albumine totale (Mosny, Javal, Dumont et Fontaine). Aucune de ces méthodes cependant n'a pu modifier l'opinion que les traités récents expriment encore, touchant l'incertitude où nous laisse souvent l'application des méthodes de laboratoire au diagnostic de la nature de l'ascite.

Nous nous sommes proposé d'appliquer parallèlement à l'examen des sérosités péritonéales tous les procédés connus qui, en raison de leur simplicité, méritent d'entrer dans la pratique quotidienne. Nous avons ainsi tenté d'établir des sortes de schémas analogues à ceux qui sont en usage dans l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Nous avons volontairement laissé de côté la réaction de Rivalta, dont le côté pratique n'est qu'apparent, de minimes détails de technique faussant souvent le sens de cette réaction.

Nous avons retenu trois procédés :

1° Le cyto-diagnostic;

2° Le dosage de l'albumine totale réalisé à l'aide d'un réfractomètre, ou plus simplement à l'aide du tube d'Esbach en diluant le liquide péritonéal à 1/10;

3° L'évaluation de la quantité de fibrine, non pas par pesée, mais par l'appréciation du coagulum fibrineux.

Ce sont des résultats fournis par l'étude de 27 malades que nous nous proposons de faire connaître dans cet article : toutes les observations ont été publiées dans la thèse récente de l'un de nous, et nous y renvoyons une fois pour toutes, pour les détails cliniques (1).

Nous étudierons d'abord l'ascite de chacune des grandes affections ascitogènes : ascites des cirrhoses, des anasarques, des péritonites et des cancers du péritoine. Puis nous essaierons de montrer comment les renseignements fournis par l'étude du liquide d'ascite, peuvent orienter vers tel ou tel diagnostic.

*
* *

L'ascite des cirrhoses hépatiques nous arrêtera longuement, les discussions sur la valeur pratique de l'étude des liquides d'ascite étant surtout nées de l'examen des liquides cirrhotiques. Les premiers auteurs qui appliquèrent le cyto-diagnostic aux épanchements péritonéaux pensaient trouver dans ceux des cirrhoses les caractères des transsudats, étant donné qu'on s'accordait à les attribuer à l'hypertension portale. De fait, Grenet et Vitry (1), Cade (2), Gilbert et Villaret (3) montrèrent que les placards endothéliaux constituent l'essentiel de la cytologie des ascites cirrhotiques. Mais de nombreux examens révélaient en même temps la fréquence dans ces liquides de lymphocytes en proportion plus ou moins importante. Dès lors, soit qu'on admît la perturbation de la formule cytologique par le voisinage de l'intestin [Widal et Ravaut (4)]; soit qu'avec Gilbert et Villaret (5) on attribuât ces lymphocytoses à de minimes infections anaérobies, développées à la suite des ponctions, il fut généralement accepté que le cyto-diagnostic des liquides d'ascite recueillis à la première ponction a seul de la valeur.

Les auteurs qui se consacrèrent ensuite à l'étude des ascites cirrhotiques, ou bien virent dans cette lymphocytose si fréquente une preuve de l'origine inflammatoire, tuberculeuse [Roque et Cordier (6)], syphilitique [Letulle (7)] de ces ascites, ou bien abandonnèrent le cyto-diagnostic pour d'autres procédés d'étude. Sans parler du dosage des nucléo-albumines et de la réaction de Rivalta, le procédé récemment considéré comme le plus rigoureux est le dosage de l'albumine totale. Mosny, Javal et Dumont (8), puis Fontaine (9), ont fixé les règles de cet albumino-diagnostic : l'albumine des exsudats n'est jamais inférieure à 40 grammes par litre, elle va de 40 à 70 grammes; celle des transsudats varie de 3 à 35 grammes, c'est dans cette seconde catégorie qu'est rangée l'ascite cirrhotique.

Chez dix malades, dont le diagnostic clinique était celui de cirrhose avec ascite, nous avons étudié le liquide péritonéal par les trois procédés que nous avons indiqués. Nous avons d'autre part, cultivé ces liquides; nous les avons inoculés à des cobayes et de plus nous avons pu, chez huit de ces malades, faire des vérifications d'autopsie.

Nos observations se divisent en deux groupes : quatre d'entre elles concernent des ascites qui, tout le long de leur évolution ou lors de plusieurs ponctions successives, ont présenté les attributs typiques des transsudats mécaniques. Dans les autres, le liquide a présenté soit au début, soit au cours de l'évolution de la maladie, des caractères plus ou moins inflammatoires.

Les faits du premier groupe nous ont montré à l'autopsie une cirrhose de Laënnec typique sans

---

(1) Jean LEVESQUE. Recherches cliniques et physiopathologiques sur les ascites, *Th. de Paris*, 1923-1924.

(1) GRENET et VITRY. *Soc. de biol.*, 11 juillet 1903.

(2) CADE. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1906.

(3) GILBERT et VILLARET. Cytologie du liquide d'ascite dans les cirrhoses, *Soc. de biol.*, 12 mai 1906.

(4) WIDAL et RAVAUT. Le cyto-diagnostic, *Traité de pathologie générale* de Bouchard.

(5) GILBERT et VILLARET. Op. cit., 12 mai 1906.

(6) ROQUE et CORDIER. De la nature tuberculeuse de l'ascite dans les cirrhoses et en particulier dans la cirrhose de Laënnec, *Revue de méd.*, 1912, t. XXXII, p. 761-878-957.

(7) LETULLE. La péritonite syphilitique, *Presse méd.*, 19 sept. 1918, p. 147, n° 52.

(8) MOSNY, JAVAL et DUMONT. Albumino-diagnostic des épanchements des séreuses, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juillet 1912; — Contribution à l'étude de la valeur diagnostique de l'analyse chimique des humeurs pathologiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 oct. 1913. — DUMONT. *Th. de Paris*, 1919, n° 243.

(9) FONTAINE. Contribution à l'étude des épanchements pleuraux et péritonéaux, *Th. de Bordeaux*, 1912.

anomalie, l'ascite dans ce cas nous offre donc le type du liquide cirrhotique.

Pour chacune des observations du deuxième groupe, nous avons pu, soit du vivant du malade, soit à l'autopsie, expliquer les caractères inflammatoires du liquide par une anomalie ou une complication. Il s'est agi le plus souvent de cirrhoses hypertrophiques dont l'évolution clinique n'était pas absolument celle de la cirrhose de Laënnec, si constamment semblable à elle-même; ou bien il s'est agi de syndromes plus éloignés encore : un syndrome de Banti, une cirrhose hypertrophique maligne avec polynévrite, trois cirrhoses hypertrophiques alcooliques, l'une avec évolution rapide vers l'insuffisance hépatique, deux ayant présenté une longue évolution douloureuse et fébrile. La formule de l'ascite dans ces cas nous apparaît donc celle des ascites cirrhotiques compliquées ou anormales.

L'ascite des cirrhoses non compliquées, de la cirrhose de Laënnec surtout, telle qu'elle s'est montrée dans les quatre observations du premier groupe, nous paraît répondre à la formule suivante :

Liquide clair, sans fibrine.

Albuminose au-dessous de 12 grammes par litre.

Cytologie faite uniquement de *placards* endothéliaux. Nous insistons, après Ravaut, sur la nécessité de constater des placards, la présence de cellules endothéliales isolées, sans placards, n'ayant pas de valeur diagnostique.

Les seules modifications du liquide péritonéal, qui résultent de son régime normal, c'est-à-dire des récidives incessantes et des ponctions, sont les suivantes :

L'appauvrissement graduel du liquide en albumine. Le taux de celle-ci tombe de 12 grammes à la première ponction, à 9-8-6-3 grammes aux suivantes.

La diminution graduelle du nombre des cellules en suspension dans la sérosité. Le culot de centrifugation, abondant à la première ponction, devient minime ; les étalements sur lame ont l'air vides de cellules; celles-ci, que l'on aperçoit de loin en loin, sont vieillies et mal colorées. Tout se passe comme si la séreuse ne pouvait indéfiniment desquamer. Ce fait a une certaine importance. Il suffit en effet d'une très légère inflammation, pour qu'une lymphocytose apparaisse, et que le liquide, en l'absence de placards endothéliaux, paraisse inflammatoire. Nous avons pu constater le fait chez un de nos malades dont l'ascite, pendant les jours qui précédèrent une rupture de l'ombilic, présenta une formule lymphocytique, en remplacement de la formule endothéliale; mais le nombre des lymphocytes était si restreint qu'on en trouvait seulement 6 à 7 par champ, après étalement sur lame du culot de centrifugation lui-même extrêmement minime. La pauvreté même de l'ascite en lymphocytes a, dans ce cas, une signification : le liquide des péritonites tuberculeuse est en effet peuplé de très nombreux lymphocytes (200 à 300, en champ) qui donnent un volumineux culot de centrifugation.

Le taux très bas de l'albumine dans ces liquides, vient, d'autre part, affirmer leur origine mécanique.

Cette notion de l'appauvrissement régulier des ascites cirrhotiques en éléments figurés est très importante. Il est nécessaire, pour donner toute sa valeur au cyto-diagnostic, d'apprécier approximativement l'abondance des cellules dans le liquide : le seul examen du volume du culot de centrifugation suffit à renseigner sur ce point.

Toute ascite cirrhotique qui ne présente pas les caractères ci-dessus indiqués nous semble anormale ou compliquée. La fréquence de ces anomalies est grande d'ailleurs : c'est fort souvent qu'au cours des cirrhoses on a l'occasion de trouver un liquide d'ascite présentant des caractères plus ou moins inflammatoires. Tantôt un seul procédé, le cyto-diagnostic en général, tantôt les trois procédés nous ont révélé, dans les sept observations qui composent notre deuxième groupe, l'existence de modifications inflammatoires d'épanchements péritonéaux qui, cliniquement, étaient à coup sûr d'origine mécanique.

Les aspects particuliers de la formule cytologique nous permettent de grouper ces faits en deux catégories :

Les ascites cirrhotiques avec polynucléose.

Les ascites cirrhotiques avec lymphocytose.

La *polynucléose*, abondante et prédominante, s'est rencontrée quatre fois à la fin de l'évolution des ascites cirrhotiques que nous avons examinées. Elle est, à notre avis, capitale à rechercher, car elle est le signe certain, et souvent le premier, d'une complication redoutable, qui nous paraît bien plus fréquente que ne le disent les traités classiques; qui nous semble être même, avec l'ictère grave terminal, la grande cause de mort des cirrhotiques : *la péritonite septique aiguë à pyogènes.*

Nous ne faisons pas allusion ici à la péritonite consécutive à la rupture de l'ombilic, mais à l'éclosion spontanée d'une infection aiguë de l'ascite.

La fréquence de cette éventualité paraît être méconnue. A propos de deux observations recueillies dans leur service, Garnier et Pignot (1) en citent récemment huit cas. Le fait que sur dix malades, nous avons nous-mêmes observé quatre fois la mort par péritonite septique, nous fait penser qu'elle n'est pas rare. Mais son diagnostic ne s'impose pas. Il faut la rechercher.

Cette péritonite n'est pas en rapport avec les paracentèses : elle peut éclater chez des gens n'ayant jamais été ponctionnés. Elle est la conséquence d'une septicémie, qui se développe facilement sur un terrain débilité. Le point de départ est une infection cutanée, une érosion d'un membre œdémateux compliqué de lymphangite ou d'érysipèle, une infection pulmonaire légère. Les germes que nous avons identifiés, après tous les auteurs, sont le streptocoque et le pneumocoque ; nous les avons toujours décelés dans l'ascite et deux fois dans le sang pendant la vie.

Parfois le syndrome péritonéal est intense : fièvre élevée, douleurs violentes, constipation ou au contraire diarrhée profuse, vomissements incessants. L'autopsie montre alors des fausses membranes abondantes, les anses intestinales agglutinées, ecchymotiques; l'aspect anatomique et clinique de la péritonite est typique.

Mais souvent le tableau symptomatique est fruste : trois fois sur quatre, nous avons assisté à des phénomènes peu importants : température peu élevée, 37°5, 38° ; le malade s'affaisse peu à peu, tout en conservant son intelligence ; son visage

(1) GARNIER et PIGNOT. Péritonite aiguë au cours des cirrhoses alcooliques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 avril 1911, p. 469 (bibliographie).

s'amaigrit, s'excave; peu de douleur, une accentuation légère du météorisme abdominal, et surtout un *hoquet incessant* qui nous paraît être le signe le plus constant et le plus significatif. Même à l'autopsie l'idée de péritonite ne s'impose pas. Quelques flocons fibrineux flottant dans le liquide ou se déposent sur les viscères, un peu d'hyperémie de la séreuse, tels sont les indices légers qui peuvent passer inaperçus.

On conçoit que le caractère effacé de ces phénomènes puisse faire méconnaître entièrement la péritonite aiguë : seule la polynucléose constatée au cours d'examens faits systématiquement nous a conduits, dans nos cas, à rechercher l'infection à pyogènes et la septicémie.

La *lymphocytose* des liquides d'ascite cirrhotique, pose des problèmes plus complexes. C'est ici que l'étude du liquide par l'emploi parallèle de tous les procédés cliniques fournit des résultats intéressants. Si la lymphocytose constitue souvent en effet le seul caractère inflammatoire de l'ascite, on a parfois l'occasion de rencontrer des formules de liquide péritonéal cirrhotique dont tous les caractères éveillent l'idée d'un exsudat.

Chez sept de nos malades, nous avons pu en effet rencontrer, soit dès la première ponction, soit plus tardivement, des liquides inflammatoires avec lymphocytose. Pour chacun d'eux nous avons recherché si on pouvait appliquer l'une des explications données à ces lymphocytoses par les auteurs. Nous avons ainsi recherché :

L'influence des infections anaérobies ;
L'influence de la tuberculose;
L'influence de la syphilis.

Nous n'avons jamais pu mettre en évidence, dans les liquides examinés, la présence d'anaérobies, bien que nous ayons cultivé ces liquides régulièrement, ou même les flocons fibrineux, s'il y en avait. Il ne nous paraît donc pas que le développement d'infections anaérobies sous l'influence des ponctions soit l'origine des lymphocytoses des ascites cirrhotiques, comme l'avaient pensé Gilbert et Lippmann (1). Dans une note de 1913, Gilbert et Villaret (2) ont atténué d'ailleurs cette première opinion et indiqué que, fort souvent, les ascites cirrhotiques gardent tout le long de leur évolution leurs caractères de transsudat.

Contrairement à notre attente et à tout ce qui a été écrit sur ce point, nous n'avons pas rencontré *la tuberculose* à l'origine de la majorité de ces modifications de l'ascite cirrhotique. L'opinion classique, telle que l'exprime Chauffard dans le *Traité de médecine* (3), était que, d'une part, la tuberculose peut créer des cirrhoses spéciales (cirrhoses nodulaires de Hanot, cirrhoses graisseuses de Hutinel et Sabourin, cirrhoses hypertrophiques diffuses de Gilbert, Garnier et Castaigne); et que d'autre part la tuberculose péritonéale, ou, plus simplement, la tuberculose en général est une complication fréquente de la cirrhose alcoolique. Jousset (4) et Triboulet (1) en 1903, puis plus récemment Roque et Cordier (2), admirent, en se basant sur l'inoscopie et sur le sérodiagnostic d'Arloing et Courmont, que l'ascite des cirrhoses hypertrophiques et même atrophiques est le plus souvent tuberculeuse, et que ce fait explique la quasi-constance de la lympocytose des liquides cirrhotiques. Les traités, s'ils n'admettent pas sans réserve cette dernière opinion, continuent à noter l'extrême fréquence de la tuberculose chez des cirrhotiques, tuberculose qui se développerait à la faveur de l'anergie hépatique suivant la conception de Fiessinger et Brodin.

Bien que nous ayons multiplié les inoculations au cobaye, nous n'avons obtenu sur dix malades, examinés, que deux fois la preuve de l'existence de la tuberculose : une fois par l'inoculation dans un cas de syndrome de Banti, une fois à l'autopsie (nos cobayes étant morts prématurément) dans un cas de cirrhose hypertrophique diffuse maligne. Dans tous les autres cas, l'autopsie nous a permis de vérifier l'absence de tuberculose, affirmée du vivant du malade par les procédés de laboratoire.

Non seulement donc nous pouvons conclure que la tuberculose n'est pas à l'origine des cirrhoses alcooliques et de leurs ascites, mais nous avons l'impression que l'on a exagéré la fréquence de la tuberculose ou de la péritonite tuberculeuse au cours de la cirrhose de Laënnec. Nous pensons, comme Villaret, Bénard et Blum l'indiquent dans un travail récent (1), que la tuberculose se rencontre surtout chez les alcooliques atteints de cirrhoses malignes. Mais là, il faut toujours compter avec elle. Il s'agit souvent, comme dans une de nos observations, d'alcooliques avec grande polynévrite, signes marqués d'insuffisance hépatique, et ascite légère peu récidivante. De même que les cirrhotiques chroniques, sont exposés à une septicémie à pyogènes à la moindre infection, les sujets, atteints de cirrhose maligne, qui sont souvent déjà des tuberculeux latents, sont volontiers atteints de granulie terminale. C'est alors que nous avons pu voir la formule du liquide d'ascite, jusque-là mécanique, se modifier, la lymphocytose apparaître et le taux de l'albumine lui-même augmenter légèrement.

On conçoit qu'une tuberculose évolutive latente puisse, chez un cirrhotique chronique, donner lieu également à une granulie terminale, mais ce n'est pas une éventualité fréquente; ce n'est pas une éventualité précoce et il ne peut être question d'expliquer ainsi la majorité des aspects inflammatoires des liquides péritonéaux des cirrhotiques.

Faut-il par contre, ainsi que nous y invite la tendance actuelle issue des travaux de Letulle et Bergeron (2), voir dans *la syphilis* la cause de ces anomalies des liquides cirrhotiques?

Letulle a insisté sur la fréquence, au cours des cirrhoses, de lésions de péritonite chronique qu'il attribue à la syphilis et qui, pour lui, survient à l'origine de l'ascite, celle-ci devant ainsi fatalement présenter des caractères inflammatoires. Depuis ce travail initial, nombre d'auteurs ont admis l'origine syphilitique ou l'origine mixte, syphilitique et alcoolique des cirrhoses dites alcooliques. Nos obser-

(1) GILBERT et LIPPMANN. Bactériologie des ascites, *Soc. de biol.*, 26 mai 1906.
(2) GILBERT et VILLARET. *Soc. de biol.*, 3 mai 1913.
(3) CHAUFFARD. Tome V du *Traité* de Charcot, Bouchard et Brissaud.
(4) JOUSSET. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 janv. 1903; — *Arch. de méd. expérim.*, mars 1903; — L'inoscopie, *Semaine méd.*, 21 janv. 1903; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er mai 1903.

(1) TRIBOULET. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 avril 1903.
(2) ROQUE et CORDIER. De la nature tuberculeuse de l'ascite dans les cirrhoses et en particulier dans la cirrhose de Laënnec, *Revue de méd.*, 1912, t. XXXII, p. 761-878-957. — Cirrhose de Laënnec et tuberculose, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 fév. 1921, n° 27.

vations ne nous permettent pas de conclure dans ce sens.

Tout d'abord nous ne pensons pas que toutes les ascites cirrhotiques inflammatoires doivent ce caractère à la syphilis. Un de nos malades qui présentait une réaction de Wassermann positive dans le sang, était porteur d'une ascite dont tous les attributs étaient ceux d'un transsudat purement mécanique. Par contre, chez plusieurs de nos malades dont l'ascite présentait une lymphocytose légère, aucun signe clinique ou sérologique ne permettait d'incriminer la syphilis. Villaret, Bénard et Blum d'ailleurs refusent d'admettre l'importance du rôle que Letulle fait jouer à la péritonite syphilitique, bien qu'ils admettent l'origine syphilitique des cirrhoses alcooliques.

Nous aurons plus loin à préciser le rôle de la syphilis dans le déterminisme des ascites cirrhotiques. Pour l'instant, sans vouloir discuter longuement la théorie de l'origine syphilitique des cirrhoses, nous pouvons dire qu'elle repose sur des preuves bien fragiles. La fréquence d'une réaction de Wassermann positive dans le sang ou le liquide d'ascite, n'entraîne pas la conviction. Il faut se garder de mettre sur le compte de la syphilis toutes les affections qui se développent chez un syphilitique : témoin notre malade atteint de maladie de Banti, syphilitique avéré, dont l'ascite était tuberculeuse. La majorité de nos cirrhotiques n'avaient d'ailleurs aucun signe sérologique de syphilis.

L'argument qu'on pourrait, en faveur du rôle de la syphilis dans l'étiologie des cirrhoses hépatiques, tirer de l'efficacité du traitement antisyphilitique chez certains cirrhotiques ne doit pas, d'autre part, être accepté sans discussion. Les seuls médicaments actifs sont les sels mercuriels, jamais les arsénobenzols. Ces sels mercuriels semblent agir surtout par leur pouvoir diurétique et encore dans des cas bien déterminés que l'un de nous a tenté de définir dans sa thèse. Il s'agit de cirrhoses habituellement anascitiques, qui, à la faveur d'une poussée d'insuffisance hépatique (lors d'une infection aiguë, d'un excès alcoolique, d'une narcose chloroformique) se compliquent rapidement d'ascite. On sait depuis longtemps qu'en pareil cas, l'ascite peut disparaître spontanément, au bout d'un temps plus ou moins long, en même temps que les signes d'insuffisance hépatique. Toutes les observations publiées de succès dus aux sels mercuriels, répondent à ce type spécial, dont l'un de nous a rapporté deux exemples dans sa thèse et que Fiessinger et Brodin (3) ont étudié dans un article récent sur le syndrome ictéro-ascitique aigu ou subaigu des cirrhotiques.

L'intervention des infections anaérobies, de la tuberculose ou de la syphilis n'expliquant pas les déviations que peut subir la formule habituellement purement mécanique de l'ascite cirrhotique, il nous faut en chercher ailleurs la raison.

Nous devons dire tout d'abord, et ceci est important, que jamais les liquides cirrhotiques ne présentent des caractères tellement inflammatoires, qu'on puisse les confondre avec ceux des exsudats. L'albuminose n'atteint jamais les chiffres que nous trouverons dans ces derniers. En second lieu, la quantité absolue de lymphocytes contenue dans la sérosité cirrhotique n'est jamais considérable, que ces éléments soient mélangés à de nombreux placards endothéliaux ou qu'ils existent à peu près seuls, comme cela se voit dans les ascites anciennes, où les cellules endothéliales sont devenues très rares. Dans ce dernier cas, on parvient à compter au microscope, 5, 10, 15 lymphocytes par champ, tandis qu'on en compte 200 ou 300 dans les péritonites tuberculeuses.

Le plus souvent, les caractères inflammatoires que l'on rencontre dans les ascites cirrhotiques sont de moyenne intensité : tantôt il s'agit d'une lymphocytose partielle isolée, l'albuminose restant celle d'un transsudat ; tantôt tous les éléments du schéma diagnostiqué diffèrent de ceux du transsudat; mais ils restent à mi-chemin entre le transsudat et l'exsudat : la lymphocytose est peu importante ; de légers voiles fibrineux flottent dans le liquide, l'albuminose oscille entre 15 et 30 grammes. On a l'impression d'un liquide complexe, à la fois mécanique et inflammatoire.

Nous pensons que la raison de ces formules mixtes trouvées à l'examen des liquides cirrhotiques n'est autre, comme l'ont avancé déjà plusieurs auteurs, que l'existence de la périviscérite, si fréquente dans les cirrhoses sous forme de périhépatite et de périsplénite.

Légère le plus souvent au cours des cirrhoses alcooliques et souvent tardive, elle se réduit à quelques placards dépolis sur la surface du foie et de la rate. Liée au processus cirrhotique lui-même, et non pas à l'intervention d'infections secondaires, cette périviscérite légère peut expliquer les lymphocytoses que l'on rencontre soit dès le début de la cirrhose, soit plus tardivement. Elle n'est pas assez intense pour élever le taux de l'albumine.

Il faut mettre à part, nous semble-t-il, les cas où, en dehors de toute infection surajoutée, l'ascite présente des caractères inflammatoires plus intenses. Ala présence de lymphocytes nombreux, mêlés aux placards endothéliaux, se joint alors la formation de voiles fibrineux importants, ainsi qu'une albuminose dépassant 12 grammes et atteignant 15, 18, 30 grammes par litre. *Ces particularités du liquide ascitique dans les cirrhoses nous semblent devoir être rapportées à l'existence d'une périviscérite intense, et c'est dans ces cas, croyons-nous que l'on peut rechercher l'existence d'une syphilis active, ayant agi seule ou à côté de l'alcool pour produire l'ascite cirrhotique.*

Dans ces cas, l'allure clinique de la cirrhose est assez spéciale et c'est l'observation prolongée d'une malade qui nous a amenés à la conclusion que nous formulons. Il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans, alcoolique, ayant contracté la syphilis à quarante-trois ans, qui, cinq ans après le début de cette maladie, commença à souffrir violemment dans les deux hypocondres. Pendant quatre ans, elle eut des crises douloureuses avec météorisme abdominal, troubles gastro-intestinaux. Ce n'est qu'en 1921, après quatre ans de crises douloureuses, que l'ascite se développa ; et quand nous la vîmes, elle présentait une cirrhose hypertrophique avec ascite : gros foie irrégulier, grosse rate,

(1) VILLARET, BÉNARD et BLUM. Contribution à l'étiologie des cirrhoses chroniques dites alcooliques, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, sept. 1922, n° 5. t. XII.

(2) LETULLE et BERGERON. Réaction de Wassermann et syphilis latente dans les cirrhoses et néphrites chroniques, *Presse méd.*, sept. 1912. — LETULLE. Péritonite syphilitique, *Presse méd.*, 19 sept. 1918. — Pour la bibliographie de la syphilis dans les cirrhoses, voir *Thèse* de Laveran.

(3) FIESSINGER et BRODIN. Le syndrome ictéro-ascitique des hépatites scléreuses, *Presse méd.*, 9 fév. 1924.

ascite assez inflammatoire (lymphocytes mélangés aux placards endothéliaux, fibrine abondante, albuminose de 25 grammes). L'évolution fut celle d'une cirrhose banale, à part la douleur des hypocondres et la fièvre qui persistèrent toujours. De ponctions en ponctions (son ascite présentant d'ailleurs à chaque ponction un appauvrissement de la desquamation endothéliale et de l'albuminose) elle aboutit à la cachexie, et fut emportée par une péritonite à pneumocoques. A l'autopsie, on trouva une rate glacée, une périhépatite intense, et sur la face antérieure du foie, d'ailleurs granuleux, cirrhotique, une vaste cicatrice capitonnée ne ressemblant qu'à une cicatrice de gomme syphilitique.

Ce fait nous montre qu'à côté de la cirrhose alcoolique si typique, si toujours semblable à elle-même, surtout dans sa forme atrophique indolore, évoluant sans fièvre, dans laquelle le liquide d'ascite n'est troublé que par de faibles réactions inflammatoires périviscérales, il y a peut-être lieu de décrire des cirrhoses ascitogènes où la syphilis joue un rôle, et dont la caractéristique serait l'intensité des réactions de périhépatite et de périsplénite. Celles-ci, de longue date avant l'ascite, traduisaient leur présence par les poussées douloureuses et fébriles : la syphilis hépato-splénique est douloureuse (Denéchau [d'Angers]) et fébrile (Gilbert-Chiray). Quand l'ascite apparaît, due à la cirrhose, elle traduit l'existence de la périviscérite, par l'adjonction de signes d'exsudat au transsudat, comme si l'épanchement mécanique était venu diluer un exsudat préexistant. Puis le processus cirrhotique prend le dessus, et les caractères inflammatoires du liquide s'estompent au fur et à mesure des ponctions. Seules alors, la douleur et la fièvre permettent, dans une cirrhose dont le liquidé ressemble à celui d'une cirrhose banale, de soupçonner l'intensité de la périhépatite et de la périsplénite.

L'importance de l'étiologie syphilitique, dans ces lésions périviscérales intenses doit évidemment être précisée par des recherches plus étendues. Mais ce que nous venons d'exposer se trouve d'accord avec les observations éparses dans la littérature : Chiray et Janet, à propos d'une pleuro-péritonite subaiguë syphilitique (1) ont émis l'hypothèse que les hépatites syphilitiques ascitogènes pourraient bien être la conséquence de lésions péritonéales survenues aux périodes précoces de la syphilis. Nous nous demandons plutôt, si ces périviscérites syphilitiques ne coïncidant pas de temps à autre avec des cirrhoses du foie, elles-mêmes réellement alcooliques, et ne rendent pas compte de certaines anomalies de l'ascite constatées au cours des cirrhoses.

En résumé :

L'ascite des cirrhoses alcooliques est, dans la règle, le type du transsudat : albuminose au-dessous de 12 grammes, absence de fibrine, cytologie faite de placards endothéliaux.

Toute modification de cette formule indique une anomalie ou une complication.

La polynucléose permet d'affirmer l'existence d'une péritonite aiguë à pyogènes.

La lymphocytose n'est pas due le plus souvent à des infections anaérobies, consécutives aux paracentèses.

Elle est rarement le fait de la tuberculose, qui est relativement peu fréquente au cours de la cirrhose de Laënnec, tandis qu'elle apparaît presque fatalement au cours des cirrhoses malignes.

Elle semble être fonction de périhépatite et de périsplénites. Celles-ci sont habituellement légères au cours des cirrhoses alcooliques, et ne donnent lieu qu'à de la lymphocytose peu abondante. Mais si ces périviscérites sont intenses, engendrant de la douleur, un état subfébrile, des modifications radicales de la formule du liquide, dans le sens de l'exsudat, nous croyons qu'on a des raisons de penser à la syphilis.

*
* *

L'ascite des anasarques. — Il est classique d'admettre l'ascite au cours des hydropisies étendues survenant chez les cardiaques, les brightiques, les cachectiques. Il est un fait sur lequel nous devons tout d'abord attirer l'attention : l'ascite ne se rencontre guère qu'au cours des anasarques des asystoliques. Nous ne l'avons jamais trouvée, en quantité suffisante pour rendre possible une ponction exploratrice chez les brightiques sans insuffisance cardiaque, même quand les œdèmes sont étendus et quand il existe de l'hydrothorax. Nous avons d'autre part observé un seul cas d'ascite cachectique, et dans des conditions spéciales.

La raison de cette particularité est, pensons-nous, que les ascites des anasarques, suffisamment développées pour pouvoir être ponctionnées, ne présentent jamais les caractères d'un transsudat purement mécanique.

L'*ascite des cardiaques* est donc la seule avec laquelle on ait vraiment à compter au cours des grandes hydropisies. Chez neuf asystoliques que nous avons examinés, nous avons, chaque fois, trouvé à l'ascite des caractères identiques, qui ne sont ni ceux d'un transsudat, ni ceux d'un exsudat; qui participent de l'un et de l'autre et constituent le type des ascites à pathogénie mixte, mi-mécanique, mi-inflammatoire.

Voici le type de cette formule :

Liquide très fibrineux, coagulant spontanément; cytologie mixte, faite de nombreux placards endothéliaux et de très nombreux lymphocytes.

Albuminose variant de 18 à 35 grammes : exactement pour chaque cas pris individuellement : 23 grammes, 26 grammes, 32 grammes, 25 grammes, 18 grammes, 26 grammes, 32 grammes, 28 grammes et 34 grammes.

Nous n'avons donc jamais trouvé chez les cardiaques de liquide ascitique présentant les caractères d'un liquide de stase, analogue à celui de l'hydrothorax pur des cardiaques.

Il est certain qu'au cours des grandes anasarques des asystoliques la stase veineuse péritonéale existe, mais elle n'est pas décelable cliniquement. Pour qu'il y ait ascite perceptible, il faut l'adjonction à la gêne circulatoire d'une inflammation qui fixe l'hydropisie dans le péritoine. Ici intervient la périhépatite, si fréquente chez les cardiaques. L'ascite cardiaque est un liquide à pathogénie mixte, lié à la stase veineuse et à la péritonite chronique à prédominance périhépatique.

Nous avons insisté, dans un article récent (1),

(1) Chiray et Janet. Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mai 1921, p. 641.

(1) Lemierre et Levesque. Les déplacements des infiltrations périphériques vers les grandes cavités séreuses chez les cirrhotiques, les brightiques et les cardiaques ; leur importance dans le traitement des hydropisies, *Presse méd.*, 1923, n° 35, p. 397.

sur les conséquences de cette pathogénie de l'ascite cardiaque. Nous avons montré que, dans certains cas, ces lésions inflammatoires de la séreuse constituent un véritable point d'appel pour les œdèmes sous-cutanés qui se résorbent après la ponction de l'ascite pour affluer vers la cavité péritonéale et y reconstituer l'épanchement. Nous avons indiqué qu'il y a même là un procédé de traitement des hydropisies.

L'existence de cette lésion locale ne paraît pas être habituelle chez les *brightiques*. C'est pourquoi, croyons-nous, l'ascite est rare dans les hydropisies d'origine purement rénale et sans insuffisance cardiaque.

Exceptionnelle aussi est l'*ascite des cachectiques*. Mais pour peu qu'une inflammation locale péritonéale soit constituée, l'ascite peut alors apparaître. Nous pensons en avoir observé un exemple au cours d'une tuberculose ganglio-spléno-hépatique. Le malade était infiltré d'œdème. Un épanchement pleural et une ascite se développèrent faisant penser à une granulie des séreuses. Mais si la lymphocytose de ces liquides était nette et abondante, l'albuminose n'était que de 13 grammes par litre : l'inoculation au cobaye ne donna pas de résultats. Nous pensons qu'il s'agissait là d'un épanchement de stase fixé par une lésion péritonéale.

*
* *

Nous abordons maintenant l'étude des **exsudats ascitiques** des **péritonites** et des **cancers du péritoine**.

Nos observations ne font ici que confirmer les conclusions de Mosny, Javal et Dumont, exposées par Dumont et Fontaine dans leurs thèses inaugurales.

Une condition est à la fois suffisante et nécessaire au liquide d'ascite pour affirmer qu'il s'agit bien d'un exsudat, c'est-à-dire d'un épanchement inflammatoire : c'est l'existence d'un taux d'albumine de 40 grammes par litre ou davantage.

Cette règle est indiscutable et permet dès lors de diagnostiquer facilement un exsudat : dans deux cas de cancer du péritoine nous avons trouvé 40 et 41 grammes d'albumine à l'ascite ; dans deux cas de péritonite tuberculeuse nous avons trouvé 46 et 60 grammes. D'autre part, tous les liquides que nous avons examinés et qui présentaient, en même temps que quelque caractère inflammatoire, un taux d'albumine inférieur à 40 grammes, relevaient d'une autre pathogénie que celle de l'inflammation agissant seule; ils rentraient dans les cas étudiés plus haut de liquides de pathogénie mixte.

Les autres caractères du liquide d'ascite ont donc une importance secondaire ici; ils permettent cependant jusqu'à un certain point de préciser la nature d'un exsudat.

Nous avions pensé que la quantité de fibrine pourrait permettre de distinguer le cancer du péritoine de la péritonite tuberculeuse. Mais si nous avons bien trouvé des ascites du cancer dépourvues de fibrine, nous n'avons pas noté que l'abondance de fibrine fût l'apanage des péritonites tuberculeuses.

Le cyto-diagnostic est d'un intérêt plus grand. Le fait de rencontrer de grands placards bourgeonnants, à plusieurs assises cellulaires, est un signe certain mais exceptionnel de cancer. L'existence de cellules en karyokinèse ne nous paraît pas avoir une valeur absolue, sauf si elles sont très abondantes. Presque toujours la formule cytologique du cancer du péritoine est bigarrée ; elle consiste en un mélange de lymphocytes et de placards endothéliaux.

Celle de la péritonite tuberculeuse est caractérisée par une *lymphocytose pure*, sans *placards endothéliaux*, avec cellules endothéliales isolées et macrophages. Fait capital, cette lymphocytose est toujours *abondante*, 100-200 éléments par champ. Il n'y a rien de comparable entre elle et la maigre lymphocytose des ascites cirrhotiques compliquées.

Nous mentionnerons, à propos des exsudats, un cas d'ascite développée au voisinage d'un abcès amibien du foie. Cette ascite, que l'on peut envisager comme un véritable œdème périphlegmoneux, présentait des caractères complexes tenant à la fois de l'exsudat et du transsudat : liquide fibrineux, de cytologie mixte endothéliale et lymphocytique, avec une albuminose de 16 grammes par litre. Nous retrouvons ainsi en partant des exsudats ces liquides ascitiques de pathogénie mixte qui nous paraissent les plus fréquents.

*
* *

Tels sont les caractères des liquides d'ascite fournis par l'emploi simultané de plusieurs procédés d'exploration. Evidemment ils ne sauraient prendre le pas sur l'examen clinique qui seul permet tout d'abord d'orienter le diagnostic. Ils ne font que le compléter et le préciser.

L'existence d'une contradiction entre le diagnostic clinique et les données de l'examen du liquide d'ascite devra inciter le médecin à scruter plus à fond son malade et à dépister une particularité qui aura tout d'abord échappé à son investigation. Nous pensons donc que l'examen du liquide d'ascite ne mérite pas l'abandon où on le laisse trop souvent.

A notre avis cet abandon tient à deux causes : d'une part à ce qu'on a toujours cherché à opposer d'une manière absolument tranchée les transsudats aux exsudats ; d'autre part à ce que chaque auteur n'a jamais étudié pour son propre compte qu'un seul caractère des liquides d'ascite auquel il a voulu attacher une signification pathognomonique. Or, il est bien certain que le facteur mécanique et le facteur inflammatoire n'agissent pas toujours isolément et à l'exclusion l'un de l'autre. Ils sont fort souvent présents simultanément, l'un étant seulement prédominant dans le déterminisme de l'ascite. L'emploi d'un seul procédé d'examen expose à ne mettre en valeur que l'un ou l'autre. Le cyto-diagnostic pèche par excès de sensibilité en décelant les moindres processus inflammatoires dans des liquides qui sont avant tout des transsudats. Le dosage de l'albumine totale pèche par défaut de sensibilité, certaines actions inflammatoires étant trop faibles pour élever notablement le taux de l'albumine dans un transsudat de 15 ou 20 litres.

L'emploi concomitant de plusieurs procédés d'examen permet de déceler l'existence, entre les transsudats et les exsudats, d'épanchements de pathogénie mixte dont nous avons, dans ce travail, signalé la fréquence.

Nous pouvons, croyons-nous, établir les règles suivantes :

1° Pour affirmer l'existence d'un exsudat péritonéal, il faut constater une albuminose d'au moins 40 grammes, et ce caractère suffit.

L'étude cytologique de ces exsudats permet de

distinguer le cancer du péritoine de la péritonite tuberculeuse.

2° Par contre, un liquide de transsudat pur doit avoir les trois caractères suivants :

Liquide sans fibrine ;

Albuminose au-dessous de 12 grammes par litre ;

Cytologie : *placards endothéliaux.*

Ce type de liquides n'est guère représenté ici que par les ascites d'hypertension portale, dont l'ascite des cirrhoses constitue le type le plus fréquent. Aucune cause d'hydropisie s'exerçant sur l'ensemble de l'organisme et créant l'anasarque ne semble capable, à elle seule, d'engendrer des transsudats péritonéaux cliniquement décelables.

3° Entre ces deux types se groupent les liquides de pathogénie mixte, mi-transsudats, mi-exsudats, dont les caractères sont les suivants : ou bien tous les éléments de la formule participent à la fois du transsudat et de l'exsudat (cytologie mélangée, fibrine abondante, albuminose de 15 à 35 grammes); ou bien un seul élément trahit l'inflammation et il est fourni le plus souvent par l'établissement de la formule cytologique qui montre un afflux de leucocytes.

Dans cette classe se rangent :

a. Toutes les ascites des anasarques, c'est-à-dire en pratique les ascites des asystoliques.

b. Toutes les ascites cirrhotiques compliquées : infection à pyogènes avec polynucléose; périhépatite légère avec lymphocytose seule, coïncidant avec une albuminose basse ; périhépatite et périsplénite intenses avec formule mixte plus nette qui doit, pensons-nous, faire penser à la syphilis.

Par contre, nous croyons que la tuberculose intervient moins souvent qu'on l'a dit parfois dans la production de ces anomalies des liquides cirrhotiques.

c. Enfin certaines ascites développées au voisinage d'abcès abdominaux.

Si nous voulions schématiser davantage, nous dirions que le dosage de l'albumine classe d'abord les épanchements d'une façon tranchée, en indiquant quel est le processus dominant : une albuminose au-dessous de 12 grammes signifie la prédominance de l'action mécanique ; à partir de 40 grammes et au-dessus la nature inflammatoire de l'exsudat est certaine ; de 16 à 35 grammes il s'agit à coup sûr d'une ascite d'origine mixte (asystolie, syphilis).

Sur ce classement ainsi opéré, le cyto-diagnostic et l'étude de la fibrine permettent de préciser davantage l'étiologie et l'état anatomique en cause.

*
* *

C'est ainsi qu'en employant parallèlement plusieurs procédés d'exploration qui précédemment ont trop souvent été mis en œuvre séparément, on peut tirer de l'examen des liquides d'ascite des renseignements intéressant non seulement le diagnostic, mais aussi la pathologie générale.

Les recherches que nous venons d'exposer sur ce sujet montrent que l'origine de certains épanchements ascitiques est simple ; on y trouve l'intervention d'un seul facteur, circulatoire ou inflammatoire. En face de cas semblables l'esprit est satisfait de découvrir un mécanisme physiologique unique et de pouvoir d'emblée ranger le fait observé dans un des cadres nosologiques habituels. Telles sont les ascites de certaines cirrhoses hépatiques, de la péritonite tuberculeuse, du cancer du péritoine.

Il n'en est pas toujours ainsi. Très souvent l'ascite apparaît comme la conséquence tardive d'affections évoluant déjà depuis fort longtemps. Au moment où entrent en scène les facteurs circulatoires, vasculaires, humoraux indiquant la déchéance suprême de l'organisme, des lésions anciennes du péritoine et des viscères abdominaux, conséquences d'infections ou d'intoxications antérieures, mais restées latentes jusque-là, révèlent leur présence, peut-être en favorisant la transsudation séreuse dans la cavité péritonéale et certainement en modifiant les caractères de cette transsudation. De là ces épanchements qui tiennent à la fois du transsudat et de l'exsudat.

D'autre part alors qu'une ascite purement mécanique s'est constituée, on peut voir secondairement intervenir des agents d'inflammation, toujours infectieux dans la pratique, qui impriment leur cachet sur l'épanchement et en bouleversent plus ou moins profondément les caractères.

Les procédés d'étude que nous avons utilisés permettent donc de scruter plus attentivement la nature des ascites qui s'offrent à notre examen. Ils nous renseignent parfois immédiatement et complètement sur leur étiologie ; ils peuvent apporter au diagnostic des précisions refusées à la technique séméiologique ordinaire. D'ailleurs ils n'abrègent pas toujours notre besogne et ils nous placent en face de nouveaux problèmes, en nous faisant toucher du doigt certaines intrications morbides dont la description schématique des maladies s'embarrasse le moins possible, mais dont le clinicien est obligé de tenir compte.

Ce sont, il est vrai, ces cas complexes qui nous offrent des sujets toujours renouvelés de recherches et de méditations. Nous pensons avoir fait œuvre utile en rappelant leur existence et en signalant tout ce qu'il y a encore d'incertain dans leur pathogénie. Nous sommes persuadés qu'ils offrent au médecin, malgré tout ce qui a été déjà découvert dans le domaine des ascites, un champ d'investigation fécond en enseignements profitables et d'un intérêt toujours vivant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1924)

Dystrophie cruro-vésico-fessière, paragénésie sacrococcygienne (syndrome de réduction des vertèbres sacrococcygiennes). — MM. Ch. Foix et P. Hillemand rapportent un nouveau cas d'agénésie sacrococcygienne avec conservation de la Ire sacrée et des ailerons. Ils rapprochent ce cas de celui précédemment présenté par l'un d'eux en collaboration avec MM. Achard et Mouzon. Chez les deux malades la symptomatologie est identique : absence ou peu de développement des fesses, atrophie des mollets avec intégrité relative des muscles de la cuisse, incontinence d'urine, abolition des réflexes achilléens. La palpation et le toucher rectal permettent de constater cliniquement l'absence de la crête sacrée, absence que la radio vient confirmer. Il s'agit donc d'un syndrome facile à reconnaître comme le montre la similitude avec des observations déjà publiées.

Un cas de paralysie amyotrophique de la langue. — MM. Henri Français et R. Serre présentent un cas de paralysie amyotrophique de la langue paraissant dû à un très petit foyer de ramollissement bulbaire au niveau des noyaux d'origine de la XIIe paire. Ce qui fait la caractéristique de ce

cas, c'est que la paralysie de la langue existe à l'exclusion de tout autre symptôme, de toute autre atteinte des nerfs craniens ou des membres.

Polynévrite chronique hypertrophique de l'adulte. — MM. Ch. Achard et J. Thiers présentent un sujet âgé de vingt-cinq ans atteint d'atrophie musculaire progressive ayant débuté par les membres inférieurs.

On constate de plus le signe de Babinski positif d'un côté et une hypertrophie manifeste de tous les nerfs superficiels et profonds des membres.

Il apparaît donc nettement que l'atrophie musculaire est liée à la névrite hypertrophique (polynévrite plus exactement).

Celle-ci chez ce malade n'a aucun caractère familial.

Quelques cas de névrite hypertrophique isolée de l'adulte ont été signalés. Ils se distinguent tous des formes familiales à début infantile par une symptomatologie moins compliquée, sans phénomènes ataxiques ou cérébelleux.

D'après certains auteurs, l'amyotrophie du type Charcot-Marie devrait rentrer dans le cadre des névrites progressives. Le cas actuel, où l'atrophie a débuté aux membres inférieurs, vient à l'appui de cette manière de voir.

Difficultés d'interprétation étiologique au cours d'une paraplégie spasmodique avec arrêt du lipiodol intrarachidien. — MM. Souques et Terris présentent un malade atteint de paraplégie spasmodique en extension dont le début remonte à quatorze ans. A aucun moment de cette évolution lente et progressive le malade n'a accusé de douleur. Aux signes classiques de paraplégie spasmodique il faut ajouter des troubles de la sensibilité douloureuse et thermique et de la sensibilité profonde remontant jusqu'en D_8. Les réflexes de défense des membres inférieurs sont provoqués jusqu'à un niveau passant à 5 centimètres au-dessus de la ligne ombilicale. Une injection intrarachidienne de lipiodol faite au niveau de l'intervalle occipito-atloïdien montre un arrêt total et définitif au niveau de la VIIIᵉ vertèbre dorsale. Il y a donc concordance entre l'arrêt du lipiodol et les réflexes de défense. Si le siège de l'obstacle est facile à fixer il n'en est pas de même de la nature. La syphilis ne semble pas en cause si on s'en tient aux épreuves sérologiques et thérapeutiques. Rien ni cliniquement ni radiologiquement ne permet de penser à un mal de Pott. Une syringomyélie ou des adhérences méningées de nature indéterminée auxquelles fait penser un incident de l'histoire pathologique du malade sont possibles. L'hypothèse d'une tumeur peut être discutée ; mais il n'y a jamais eu de douleurs, ni de contractures des muscles spinaux et l'affection dure depuis plus de quatorze ans. Les auteurs, dans ces conditions, hésitent à conseiller une opération chirurgicale à cause des dangers des interventions de ce genre.

A propos des interventions en matière de tumeurs de la moelle. — M. T. de Martel fait remarquer que l'usage s'établit de confondre la chirurgie de la moelle et celle du rachis, que les laminectomies sans ouverture de la dure-mère, les laminectomies avec ouverture de la dure-mère même lorsqu'elles sont suivies de radicotomies (Förster) ne constituent pas de la chirurgie de la moelle et ne comportent qu'exceptionnellement un pronostic grave. Il pense au contraire que l'ablation des tumeurs de la moelle comporte parfois un pronostic très sérieux quoi qu'on fasse et que les tumeurs antérieures adhérentes et haut situées seront toujours dangereuses à enlever. Il fait remarquer que les tumeurs dont parle M. Sicard, découvertes souvent chez des malades simplement atteints d'algies ou de lumbagos, étaient presque toutes bas situées et postérieures. Pour appuyer ses dires, il rapporte ces cinq derniers cas avec quatre tumeurs postérieures guéries et une tumeur antérieure et haut située, morte.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEUR BLANCHE DU COUDE

B. **Etat.** — Rapidement, la gêne fonctionnelle devient très considérable; les douleurs, au contraire, sont rarement importantes.

INSPECTION. — a. *Attitude* caractéristique : articulation immobilisée à angle plus ou moins obtus en position intermédiaire entre la pronation et la supination, main saine soutenant l'avant-bras du côté lésé.

b. *Tuméfaction* de la région du coude, contrastant avec l'atrophie du reste du membre; englobe largement toute la zone articulaire, s'étendant à deux à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous du pli de flexion. Elle constitue un fuseau tantôt régulier, tantôt soulevé par des saillies arrondies, notamment en arrière, de part et d'autre du tendon tricipital; son grand diamètre transversal répond à l'interligne, tandis qu'elle s'atténue progressivement vers le bras et vers l'avant-bras atrophiés.

PALPATION. — a. *Fausse fluctuation*, due au développement des masses fongueuses, nette surtout au niveau du cul-de-sac sous-tricipital.

b. *Modifications des extrémités osseuses*. — Très difficiles à apprécier : tantôt il s'agit d'une infiltration œdémateuse des téguments, de la synoviale, du périoste, des tissus mous avoisinants; tantôt, au contraire, d'ostéite tuberculeuse franche : celle-ci s'observe surtout au niveau de la moitié supérieure du cubitus; elle se caractérise par la disparition de la saillie du sommet de l'olécrâne et du tranchant de la crête cubitale.

c. Etude de la situation réciproque des *trois points de repère fondamentaux* du coude : gênée par l'impossibilité de placer l'articulation à angle droit ou en extension complète, elle permet cependant de se rendre compte que la pointe de l'olécrâne est plus haute que celle du côté opposé, par rapport aux deux autres repères : traduction clinique des érosions osseuses de la trochlée et du crochet olécranien.

RADIOGRAPHIE. — *a*. Les contours osseux de l'espace articulaire sont peu nets;

b. Les extrémités osseuses, décalcifiées, paraissent augmentées de volume; le crochet de la grande cavité sigmoïde est plus creusé que normalement; les deux saillies cubitales, apophyse coronoïde et bec de l'olécrâne, sont au contraire exagérément développées.

c. L'image de la moitié supérieure de la diaphyse cubitale est parsemée d'espaces clairs, irrégulièrement disséminés, indiquant les altérations de la structure de l'os.

ÉVOLUTION. — Abandonnée à elle-même, la tumeur blanche du coude aboutit, dans les deux tiers au moins des cas, à la *suppuration* qui apparaît, sans règle fixe, du sixième au douzième mois.

Les abcès se collectent en des points extrêmement variables : au-dessus et en arrière de l'épicondyle et de l'épitrochlée; en avant, au milieu du pli du coude (siège rare, de diagnostic difficile en raison de l'épaisseur des masses musculaires); le plus souvent en arrière dans les gouttières latéro-olécraniennes. Ces abcès, très superficiels, envahissent et perforent très rapidement la peau : d'où *fistule* suppurant en général peu et se cicatrisant relativement vite, souvent en deux ou trois mois. Rarement : fusées purulentes ; décollements étendus au bras et à l'avant-bras; vastes ulcérations; fistules multiples; altération de l'état général, température oscillante et irrégulière, pâleur, amaigrissement; très exceptionnellement, accidents d'hecticité.

TERMINAISON. — Dans la règle, **guérison**; celle-ci est définie par : disparition des douleurs ; de tout empâtement de la région articulaire; de toute infiltration des téguments; de toute élévation thermique locale. La radiographie montre la constitution, au pourtour du foyer, d'une limite nette, opaque, d'un noir de plus en plus foncé, véritable zone d'arrêt ayant déterminé l'enkystement des lésions.

L'état de l'articulation à ce moment est des plus variable :

a. RESTITUTION à peu près complète de tous les mouvements : éventualité la moins fréquente, non exceptionnelle cependant (1/5 environ).

b. ANKYLOSE ABSOLUE. — Relativement rare, doit être redoutée quand l'arthrite a été intense par ses douleurs, son gonflement, la rapidité de sa constitution; ne peut être déclarée définitive qu'après un délai assez long et surtout si la radiographie montre la disparition de l'interligne.

c. Dans tous les autres cas, ANKYLOSE INCOMPLÈTE avec excursion plus ou moins limitée autour de l'angle droit, cependant que la pronation et la supination sont en général à peu près conservées.

Durée totale. — En moyenne, deux ans environ pour les formes non suppurées, trois à quatre ans pour les formes suppurées et fistulisées; la suppuration est le facteur principal de prolongation de la durée de l'affection; elle s'explique par la grande étendue des lésions des parties molles, l'importance des lésions osseuses ou la présence de séquestres, l'infection mixte.

FORMES CLINIQUES. — 1° **Formes anatomiques.** — *Radiale* rare; *humérale* et *synoviale* plus fréquentes, *cubitale* commune.

2° **Forme bilatérale.** — Beaucoup plus importante; non exceptionnelle : les deux coudes sont atteints, soit simultanément, soit dans un délai qui n'excède guère deux ans; très souvent une des tumeurs blanches est grave, l'autre bénigne; dans tous les cas, le pronostic est sévère, au double point de vue vital et fonctionnel.

3° **Arthrite fongueuse suppurée.** — Forme suraiguë, remarquable par l'intensité et la rapidité de l'infection. La capsule est rompue au bout de quelques semaines, les tissus péri articulaires sont envahis, l'état général gravement altéré. L'ouverture du foyer amène une sédation des douleurs et une amélioration des signes généraux; mais de grosses destructions osseuses et ligamentaires persistent qui aboutissent le plus souvent à l'ankylose.

4° **Arthrite hémorragique.** — Exceptionnelle; encore plus grave que la précédente.

5° **Carie sèche.** — S'observe presque toujours, mais non absolument, à l'âge adulte; certains sujets, tuberculeux à manifestations spécifiques nombreuses et atténuées, souffrent pendant de longues années de douleurs dans la région du coude; intermittentes, tantôt vagues, tantôt extrêmement pénibles, non accompagnées de gonflement, elles ne contraignent le malade au repos qu'à de longs intervalles; à l'examen, limitation plus ou moins considérable des mouvements et surtout craquements articulaires rudes. Evolution par poussées séparées par des rémissions qui ne sont jamais absolues. Aboutit fatalement, soit à l'ankylose, soit à la suppuration fongueuse.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 39, p. 655.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Tubage duodénal. Ses applications cliniques, par M. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, et J. LEBON, interne des hôpitaux de Paris. Collection « Médecine et chirurgie pratiques ». Un volume de 218 pages avec 24 figures et 2 planches en couleurs. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Esprit et la tendance de l'instrumentation chirurgicale, par L. DARTIGUES. Préface du professeur J.-L. FAURE. Grand in-8 carré de 124 pages, avec de nombreuses planches et figures. — Prix : 10 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Des Humanités, par Maurice MORDAGNE. Une brochure de 21 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE JEUDI 12 JUIN 1924

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, en 71 lots, des fournitures *d'herboristerie, droguerie, produits et preparations pharmaceutiques, produits chimiques, produits pour laboratoires, matières colorantes et chlorure de méthyle pur*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le 2ᵉ semestre 1924.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au vendredi 30 mai 1924.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS A DEUX PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Darier, Sergent, Tixier, Milian, Berger, Clerc, Gilbert, Bensaude, Halbron, Claisse, Lecène.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 mai. — MM. Petit-Dutaillis et Gatellier, 15 ; Gouverneur, 19 ; Madier et Sénèque, 18.

Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives :

MM. Gouverneur, 64 ; Madier, 63 ; Sénèque, 62 ; Petit-Dutaillis, 60 ; Bloch (Jacques), 59 ; Girode et Pascalis, 58.

INAUGURATION DU MONUMENT AUX EXTERNES MORTS POUR LA FRANCE. — La cérémonie d'inauguration aura lieu le 25 mai, à 10 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Tous les membres du corps médical qui n'auraient pu être touchés par une invitation personnelle sont priés de se considérer comme invités par l'avis en question.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Rhenter, ex-chef de clinique obstétricale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. le docteur R.-L. Bonhoure a été nommé, après concours, chef de clinique médicale.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale des médecins de France a tenu son assemblée générale annuelle le dimanche 18 mai, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du docteur Bellencontre. De nombreux présidents et délégués des sociétés départementales assistaient à la séance.

L'assemblée a réélu vice-présidents : MM. Chapon et Darras (de Paris) et Zipfel (de Dijon) ; trésorier général : M. Jules Bongrand ; archiviste : M. Vimont. Elle a élu membres du Conseil général : MM. Noël Fiessinger et Gaston Roussel (de Paris), Ollive (de Nantes), Plantier (d'Annonay) et Vallée (de Rouen).

Parmi les questions à l'ordre du jour : l'ordre des médecins, la création d'une caisse maladie-invalidité-vieillesse et un projet de fondation d'une maison des médecins.

Le soir, sous la présidence de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène, a eu lieu un banquet auquel assistaient M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Chauveau, sénateur, président du Groupe médical parlementaire, M. le docteur Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, etc.

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 12 juin 1924, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet, chef du laboratoire, et Marcel Lelong, interne du service, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : Examen des malades.

Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

CONFÉRENCES CLINIQUES ET PRATIQUES D'ÉLECTROLOGIE. (COURS LIBRE.) — MM. Belot, Bourguignon, Delherm, Laquerrière, Mahar, Maingot, commenceront le lundi 26 mai 1924, une série de conférences qui auront lieu tous les jours, à 17 h. 30, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris, et qui se termineront le 28 juin.

FILM CHIRURGICAL. — A la Société de médecine de Paris, samedi 24 mai 1924, à 17 h. 45 : « Extirpation du cancer du côlon droit », par le docteur Victor Pauchet.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE. — Docteur Bérillon : « L'euphronie, fonction du contrôle mental. Psychothérapie des aphronies. » Le jeudi, à 5 heures, à partir du jeudi 5 juin.

Docteur Artault de Vevey : « L'influence des milieux cosmiques sur la physiologie et sur la mentalité. Applications thérapeutiques. » Le jeudi, à 4 heures, à partir du jeudi 5 juin.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — VERS LES VILLES D'EAUX DE L'AUVERGNE. — Pour faciliter les relations de Paris avec les villes d'eaux de l'Auvergne, la Compagnie P.-L.-M. a mis en marche, le 15 mai courant, un train rapide de jour, composé de voitures de 1re et de 2e classes et d'un wagon-restaurant, et partant de Paris à 10 h. 30 pour arriver à Pougues à 14 h. 12 et à Vichy à 16 h. 30.

A partir du 1er juin, ce même train aura une continuation sur Châtel-Guyon (arrivée 17 h. 50) et sur Clermont-Ferrand (arrivée 17 h. 40).

A Clermont-Ferrand, les voyageurs trouveront immédiatement une correspondance par chemin de fer pour Royat (arrivée 18 h. 04) et par autocar pour Saint-Nectaire (arrivée 19 h. 30).

LIVRES NOUVEAUX

L'Année psychologique (1), publiée par H. PIÉRON.

La 23e *Année psychologique* apporte, comme les volumes précédents, d'une part, des études d'un caractère expérimental; d'autre part, une documentation très complète sur les travaux intéressant la psychologie, publiés en 1922.

Dans les analyses et les revues critiques, il est rendu compte de près de 750 travaux de psychologie générale et comparée, de psychologie pédagogique et industrielle, de psychophysiologie et de psychotechnique, d'anatomo-physiologie nerveuse et de psychopathologie, de psychosociologie et de métapsychie. Il y a là un recueil unique, précieux à garder à portée de sa main. L. G.

L'Hygiène chez les anciens Grecs (2), par Mme le docteur Angélique PANAYOTATOU (d'Athènes).

Ce beau livre, luxueusement édité est le premier ouvrage uniquement consacré à l'« hygiène chez les enfants grecs ». Il s'adresse à tout bibliophile et à toute personne, qui s'intéressent aux préceptes, qui associent l'hygiène à la morale, ainsi que les anciens Grecs le concevaient; aux savants, qui s'intéressent à l'histoire de la médecine, à l'hygiène comparée, à la civilisation de l'ancienne Grèce. L. G.

L'Année médicale pratique (3), publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. Préface du professeur E. SERGENT.

L'Année médicale pratique renferme l'exposé de toutes les données nouvelles et pratiques condensées en 300 articles classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.). Elle contient également les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

En outre, ce troisième volume est enrichi de figures et renferme un nouveau chapitre bref, mais plein d'intérêt. Sous un titre suggestif : « A l'Horizon », il groupe les notions récentes qui, sans être susceptibles d'applications courantes immédiates, laissent entrevoir de brillants espoirs dans le domaine du diagnostic et de la thérapeutique. L. G.

(1) Bibliothèque de philosophie contemporaine. Un vol. in-8, 1924. — Prix net : 40 fr. — Paris, Félix Alcan.
(2) Un vol. grand in-8°. Prix : 35 fr. — Paris, Vigot.
(3) Un vol. in-16, 524 p., 11 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, Maloine.

La Dépopulation de la France, ses causes, ses remèdes (1), par le docteur L. TIXIER.

Ce travail, qui a concouru pour le prix MICHELIN, constitue une brochure de propagande très légitime en faveur de l'*Alliance nationale* pour l'accroissement de la population française. C'est dire que, après avoir constaté le fait de la dépopulation et ses graves conséquences, cherché ses causes multiples, l'auteur, comme tant d'autres, essaie d'indiquer les remèdes. Rendons-lui cette justice qu'il discerne bien que la vraie solution du problème angoissant qui se pose est d'ordre moral. La cause est purement morale : c'est l'égoïsme. La médication doit l'être aussi : connaissance du devoir social et obligation, par la suggestion éducative et l'habitude, au besoin par la contrainte, de le remplir. Les facteurs économiques et légaux : cherté de la vie, divorce, etc., ne jouent qu'un rôle très secondaire dans la dépopulation ; ni le vote familial, ni les avantages fiscaux, ni l'assistance ne peuvent avoir beaucoup plus d'effets sur la repopulation. M. Tixier y croit cependant, à ces remèdes, parce que, à ses yeux, ils peuvent contribuer à reconstituer la famille. Peut-être, par-ci par-là. Mais il faut voir les choses comme elles sont : repeupler la France, c'est toute sa mentalité à changer : le reste n'est que palliatif trop souvent inopérant.

J. LAUMONIER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 26 MAI AU 31 MAI 1924)

THÈSES

Lundi 26 mai. — Jury : MM. Widal, président; Balthazard, Gosset et Duvoir. — M. GENNES. Le traitement du rachitisme par la lumière. — M. ARONWALD (J.). Traitement des adénites tuberculeuses. — M. DIFFERDANGE (Pierre). Densité pulmonaire chez le fœtus et le nouveau-né. — M. BATESTE (Ch.). Les certificats médicaux exempts de timbre.

Mardi 27 mai. — Jury : MM. Bezançon, président; Jeanselme, Letulle et de Jong. — M. REMAUX (Louis). Etude de la lithiase pulmonaire. — M. AZOULAY (R.). La forme sèche de la dilatation des bronches. — M. TRUCHARD (Félix). Etude de l'influence des rayons X sur la peau.

Jury : MM. Chauffard, président; Lecène, Nobécourt et Guillain. — M. RAVINA (André). L'action des rayons X sur la coagulation sanguine. — M. BELLE (Joseph). L'artère iliaque externe et les variations de rapports. — M. BOULANGER-PILET. Les dystrophies de croissance de la puberté. — M. HERVÉ. Les chorées avec hyperglycorachie. — M. MARQUÉZY. Etude clinique, biologique et expérimentale de la sclérose en plaques.

(1) Une broch. in-16. — Prix : 2 fr. — Paris 1924, L'Expansion scientifique française.


TANNURGYL
DU DOCTEUR LE TANNEUR
Réaction HÉMOCLASIQUE
à "EFFET PEPTONE"
réalisé par le VANADIUM
Par Voie digestive (Gouttes)
Hypodermique (Ampoules)
Mode d'Emploi :
15 gouttes
à chacun des deux repas
TANNURGYL
TANNURGY
Atelier LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde PARIS (8e)
R. C. Seine, 15.638

IIe CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

[*Rome, 24-26 avril 1924* (1)]

Le IIe Congrès de la *Société internationale d'urologie* s'est ouvert à Rome avec solennité, sous la présidence effective de S. M. le roi Victor-Emmanuel, assisté du sénateur Cremonesi, maire de Rome, et du professeur Alexandri.

PREMIÈRE QUESTION
L'INNERVATION RÉNALE

Rapporteurs : MM. Ambard (de Strasbourg) et Reja (de Pavie).

M. le professeur Ambard, après un résumé de nos connaissances actuelles sur l'anatomie des nerfs du rein, donne une place plus importante à l'étude physiologique de l'innervation.

Dans les reins entrent des nerfs de différentes origines qui les réunissent à tout le corps. Ainsi, on explique les innombrables réflexes dans des points d'origine très variée. Parmi les effets que les nerfs peuvent produire dans les reins, nous considérons comme les plus importants : 1° Une action trophique; 2° une action dans les constantes sécrétoires ; 3° une action sur les seuils; 4° et une vaso-motrice.

1° Action trophique. — Aucun expérimentateur n'a réussi à le mettre en évidence. La section des nerfs du rein au niveau du pédicule ne produit aucune dégénération de l'organe. On en déduit que dans l'intérieur de l'organe existent des centres autonomes.

2° Action dans les constantes sécrétoires. — Aucune stimulation ou section des nerfs du rein ne produit des modifications des constantes sécrétoires. On peut en conclure que les nerfs n'ont aucune action sur les constantes.

3° Action sur les seuils. — Quelques stimulations des centres démontrent clairement un abaissement des seuils. Par conséquent on peut affirmer que le système nerveux règle les seuils.

4° Action vasomotrice. — En dehors de quelques variations de la pression sanguine, il a été assuré, comme conséquence de stimulations périphériques vasodilatation et vasoconstriction. Le système nerveux peut influencer le calibre des capillaires. Si l'on sectionne les nerfs d'un pédicule rénal, en respectant l'autre, nous constatons que dans l'absence de stimulation anormale les sécrétoires des deux reins sont identiques. Il paraît pourtant que le système nerveux extrarénal n'affecte pas les seuils ni les capillaires, sinon, en mesure exceptionnelle et que, dans la vie ordinaire, les deux sont réglés par des fonctions endorénales. Le rein dont le poids est la 1/163e partie du poids du corps, consume 1/11 de l'oxygène consommé par l'organisme entier. Ceci démontre l'importance essentielle que doivent avoir les modifications de circulation du rein.

Le riche réseau nerveux du rein se distribue principalement autour des vaisseaux sanguins. Toutefois, si cela est admis par tous les observateurs, on doit également convenir que les découvertes plus exactes sur la terminaison et la répartition des fibres nerveuses dans le rein ainsi qu'une série d'observations expérimentales qui ont eu lieu, sont considérées par de nombreux auteurs, comme favorables à l'hypothèse d'une action directe du système nerveux sur la sécrétion du rein. Mais un examen rigoureux des observations et des expériences n'est pas favorable à cette hypothèse. Les observations histologiques peuvent être interprétées avec une plus grande vraisemblance comme expression déterminante d'une sensibilité générique. L'investigation directe de la circulation rénale donne aux observations expérimentales, une explication plus facile, plus précise et plus ample.

Les modifications de la fonction rénale dans les maladies trouvent également leur explication dans la façon différente de fonctionner des cellules du rein différemment arrosées par le sang ou altéréss par des agents toxiques et par conséquent modifiées dans leurs aptitudes chimico-physiques et dans la diversité des rapports, entre le sang et les cellules rénales, diversité qui est la conséquence des altérations cellulaires et des troubles circulatoires.

Les actions réflexes vasomotrices d'origine rénale ou bien extrarénale sont de grande importance pour interpréter les changements et les variations des conditions cliniques des néphrétiques. On ne peut pas encore accepter ou exclure que la génèse de quelques hypertensions ait un rapport avec ces faits.

La symptomatologie douloureuse qui accompagne quelques formes rénales est due principalement au plexus rénal, au petit bassin rénal, au tissu périnéal ; assez souvent elle est due aux réflexes douloureux zonales ou qui envahissent des territoires plus ou moins éloignés, certainement en rapport avec l'individualité du malade.

Il y a donc pour le rein une innervation vasomotrice et sensitive, l'une et l'autre des plus importantes dans les conditions physiologiques et dans les conditions pathologiques, une innervation sécrétrice n'est pas démontrée et ne peut pas être admise.

La fonction du rein, complexe et délicate, est l'expression des conditions structurales et humorales de tout l'organisme. La régulation de la fonction rénale est automatique et essentiellement chimico-physique, indépendante de toute action nerveuse sécrétive directe, grandement modifiable par les conditions vasomotrices des territoires vasculaires relatifs. L'action très importante du système nerveux sur la sécrétion rénale s'explique justement au moyen des vasomoteurs, souvent par action réflexe.

— Cette question soulève une discussion à laquelle prennent part MM. le professeur Legueu (de Paris), Thévenot (de Lyon), Courtade (de Paris), Seres et Bartrina (de Barcelone), Papin (de Paris), Escat (de Marseille), Neuwirt (de Tchéco-Slovaquie), Frank Hissmae (de San Francisco).

DEUXIÈME QUESTION
LA VACCINOTHÉRAPIE DANS LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE

Premier rapport : M. Noguès (de Paris).

Sous le nom de vaccinothérapie, il faut entendre non seulement bactériothérapie proprement dite, mais toutes les méthodes thérapeutique (sérothérapie, hémothérapie, pyothérapie), qui mettent en œuvre les réactions humorales pour prévenir ou combattre les maladies infectieuses. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de porter un jugement définitif sur la valeur de ces méthodes thérapeutiques, car si les faits publiés sont nombreux et pour la plupart bien observés, ils diffèrent tellement entre eux qu'ils ne permettent aucune comparaison. Autant d'observations, autant de variantes quant aux indications, quant au genre de vaccin, à son mode de préparation, à sa posologie, à ses voies d'administration.

Ce sont donc moins des conclusions que des impressions que nous nous risquons bien timidement à donner.

La sérothérapie a été jusqu'ici très peu employée en urologie parce qu'il n'existe pas de sérum contre les infections les plus habituelles : celui qui répondrait aux besoins les plus fréquents serait un sérum anticolibacillaire, mais on se heurte pour sa préparation à des difficultés de technique, telles qu'il ne figure pas encore dans l'arsenal thérapeutique. Ces difficultés de préparation seraient-elles vaincues, qu'on peut se demrnder si, en présence de la multiplicité des races de ce microbe, on aurait chance d'obtenir pour la majorité des cas, un sérum spécifique agissant réellement par son action homologue.

Une seule exception est à faire pour le sérum antigangréneux. Dans les infections à anaérobies et, en particulier, dans le phlegmon diffus péri-urétral, le sérum de Vincent et Stoedel s'est montré d'une efficacité incontestable au point de vue général et surtout au point de vue local.

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.* — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux Journaux qui n'appartiennent pas à l'Association.

La vaccinothérapie, par contre, jouit d'une grande vogue, peut-être même excessive, les malades auxquels elle a été appliquée n'étant pas toujours très judicieusement choisis et les résultats publiés prêtant souvent à la critique. Il n'est pas douteux cependant qu'elle ne se soit montrée efficace dans des cas où tous les autres traitements avaient échoué. Nous avons pu, pour chaque type morbide classique, citer un fait où son action curative a été indéniable : c'est dans les infections à staphylocoques et particulièrement dans les abcès périnéphrétiques hématogènes qu'elle s'est montrée surtout efficace. Quant aux infections colibacillaires l'effet obtenu dépend beaucoup de la forme clinique que prend l'infection : quand la bactériurie s'accompagne d'une pyurie abondante.

Le problème est donc loin d'être résolu : sa solution demandera encore de longues et patientes recherches, mais ce serait déjà un progrès considérable que de pouvoir indiquer les voies par lesquelles on aurait le plus de chances d'arriver au but.

La plus séduisante est sans contester la chimiothérapie et ce serait assurément l'idéal que de provoquer une réaction funeste aux microbes sans que les substances chimiques soient nocives pour les tissus. La chimie arrivera-t-elle à nous fournir des composés synthétiques doués d'une action élective ? Rien ne défend de l'espérer.

Certains vénéréologistes ne traitent-ils pas déjà la blennorragie par des injections intraveineuses de salvarsan. A cette question de la chimiothérapie se rattache celle de l'infertilisation des urines dont nous avons essayé de montrer l'importance au cours de ce travail. Pour l'instant, c'est encore vers l'immunothérapie que nous devons porter nos efforts : sérum ou vaccin ? Les premiers, s'ils pouvaient être « ajustés » aux infections urinaires seraient assurément supérieurs. Mais il faut en prendre notre parti et savoir nous passer des sérums que l'avenir tient encore en réserve.

Notre devoir nous commande en tout cas d'utiliser au mieux de l'intérêt de nos malades les armes dont nous disposons. Ces armes nous les trouvons dans la vaccinothérapie et c'est en tâtonnant que nous arriverons à en connaître la portée et à en faire un judicieux emploi. Nous la connaissons maintenant assez pour être certains de ne pas nuire, et cette innocuité, cette certitude est déjà une très grande force quand on travaille à étendre le champ d'action d'une méthode. Les biologistes et les médecins ont la voie ouverte. Cette voie va-t-elle les conduire à la recherche d'une spécificité toujours plus grande qui les contraindrait à n'utiliser que les autovaccins ? Va-t-elle les induire à réhabiliter les vaccinations locales ou digestives qui ont rapidement connu l'infortune et l'abandon.

Le temps, aidé de la critique patiente des faits, permettra seul de poser nettement un jour les indications précises des divers procédés de la thérapeutique vaccinale.

Deuxième rapport : M. le professeur Léonard S. Dudgeon (de Londres).

Mes observations se borneront à des expériences personnelles dans le traitement des infections urinaires que l'on rencontre le plus souvent ou qui possèdent une importance spéciale.

La cause la plus fréquente et la plus importante de l'inflammation du canal urinaire c'est le colibacille.

Pendant ces trois dernières années, en collaboration avec mes collègues Wordley et Baxtree, j'ai fait à ce sujet des recherches nombreuses, publiées dans le *Journal of Hygiene.* Nous avons trouvé que les colibacilles sont la cause de ces infections hæmolytiques ou non hæmolytiques et que les bacilles hæmolytiques se rencontrent le plus souvent dans les infections des mâles, les infections non hæmolytiques dans celles des femelles, bien que les colibacilles hæmolytiques s'observent plus fréquemment parmi les femelles, dans les cas aigus. Le groupe hæmolytique peut se reconnaître beaucoup plus facilement que le groupe non hæmolytique.

A l'aide de l'épreuve hæmolytique, il a été possible, dans un certain nombre de cas, d'identifier un colibacille de côlon, isolé des fèces, avec le colibacille de l'urine d'un même sujet.

L'auteur a préparé des coli-antigènes formolisés et le sérum d'individus normaux et ceux de sujets souffrant d'infections du côlon du canal urinaire avant et après un traitement thérapeutique vaccinal, ont été examinés afin de constater la présence des agglutinines. On a trouvé qu'avec les sérums d'individus normaux, environ 20 p. 100, réagissent jusqu'à la limite arbitraire adoptée par nous, tandis que dans les cas d'infection coli-bacillaire certaine 60 à 70 p. 100 montrent une réaction positive. Cependant avec les méthodes employées par nous on n'obtient pas souvent une forte réaction et même les sujets qui ont été traités une fois, ou plus d'une fois par la thérapeutique vaccinale, peuvent montrer dans leur sang une très faible réaction d'agglutinine.

Les expériences sur des animaux ont démontré qu'avec les colibacilles vivants qui furent facilement tolérés, des agglutinines se formaient dans le sang beaucoup plus facilement que ce n'était le cas avec les vaccins tués, soit par la chaleur, soit par le formol.

Ces recherches indiquent qu'il est nécessaire d'employer des vaccins autogènes ou des vaccins préparés avec des bacilles appartenant au même groupe que le bacille isolé de l'urine infectée, dans les cas d'infection par le coli. Voici un résumé de mes expériences :

1° La thérapeutique vaccinale est inutile dans la bacillurie pure.

2° Les meilleurs résultats s'obtiennent dans les « premières attaques » des infections aiguës à doses de 25 milles milliards jusqu'à 2 à intervalles d'une semaine.

3° Dans les cas chroniques la vaccinothérapie échoue le plus souvent. Les symptômes peuvent bien être atténués, mais l'urine reste infectée. On peut dans ces cas employer des doses plus grandes que dans les cas aigus, et on risque beaucoup moins en augmentant rapidement les doses.

4° Il est nécessaire d'employer un vaccin de coli-antigène ou un vaccin provenant du même groupe.

5° L'aggravation des symptômes au cours du traitement par vaccins fait croire qu'il existe un foyer inflammatoire plus ou moins renfermé. Dans les cas semblables, il est bon de sonder les uretères afin de pouvoir constater s'il existe une néphrite septique unilatérale. La thérapeutique vaccinale est inutile dans de tels cas ; elle peut même être définitivement nuisible.

Dernièrement j'ai enregistré mes observations sur l'infection du canal urinaire due à un bacille hémolytique, lequel fermente le lactose mais n'influe pas sur le saccharose. Chaque effort a réagi avec un antisérum.

Ce bacille produit une infection aiguë avec des symptômes généraux aggravés d'un caractère infiniment plus grave que ce qui arrive d'habitude dans la fièvre colibacillaire, et des cas analogues ont été pris pour la paratyphoïde. Des 55 cas rencontrés jusqu'ici, aucun n'est passé à l'état chronique, ce qui diffère beaucoup des vraies infections du côlon. Ces malades sont hypersensibles aux vaccins, lesquels, si on les emploie dans les phases aiguës, demandent de grandes précautions.

Les infections du bacille proteus, lesquelles peuvent être, soit aiguës, soit chroniques, mais le plus souvent sont chroniques, peuvent être améliorées par un traitement vaccinal commençant par des doses de 25 millions pour les cas aigus, et augmentant le dosage peu à peu à des intervalles d'une semaine, tandis que dans les cas chroniques on donne des doses qui varient entre 50 et 2.000 millions à des intervalles d'une semaine.

Dans les infections streptococciques et staphylococciques pures la thérapeutique vaccinale peut avoir une valeur définitive ; mais on devrait limiter ce traitement à des cas de pyurie longue, l'un ou l'autre de ces organismes est présent dans l'urine comme pure culture.

Pour la préparation de tous ces vaccins, j'emploie 0,1 p. 100 de formaline à 37 degrés C. pendant vingt-quatre heures. Par ce moyen j'ai constaté que l'action locale et l'action générale toxique sont absentes ou considérablement diminuées, et l'on peut facilement employer des doses assez fortes (3.000 millions).

Je n'ai obtenu aucune preuve que la thérapeutique vaccinale ait été avancée par l'introduction des vaccins rendus sensibles, ni par l'administration de « doses massives » de vaccins non toxiques ou d'extraits bactériens.

Troisième rapport : MM. le professeur Th. Rowsing et Ove Wulff (de Copenhague).

Après un historique de la question, les auteurs rapportent leurs recherches personnelles. Ils ont utilisé dans tous les

cas un vaccin autogène préparé avec les microbes recueillis dans les urines du malade. L'urine est recueillie aseptiquement, les cultures obtenues sont transportées sur agar émulsionné dans l'eau salée à 9 p. 100. Cette émulsion est chauffée à 56 degrés pendant une heure et sa stérilité est vérifiée par des inoculations expérimentales. La standardisation est obtenue par la méthode numérique de Leishann ou mieux par la diaphanométric de Wulff.

L'injection du vaccin est faite par voie sous-cutanée bien que la voie intraveineuse paraisse plus efficace mais aussi plus dangereuse.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les résultats du traitement, nous voyons que, sur 259 malades, 92, soit environ 35 p. 100, guérirent, 103 ou 40 p. 100 environ furent améliorés, et 64 ou 25 p. 100 environ n'en retirèrent aucun effet, autrement dit que les trois quarts des cas profitèrent du traitement et que plus d'un tiers des cas guérirent.

Pour être juste à l'égard de la vaccinothérapie et de son action il convient pourtant d'éliminer les malades qui ne s'y prêtent pas, tels que les 17 calculeux qui ne purent être opérés, ou encore tout le dernier sous-groupe de notre dernière subdivision (20 malades). On devrait peut-être en éliminer d'autres, appartenant aux cas les plus compliqués, mais nous n'insisterons pas sur le droit d'opérer ce nouveau triage. Pour fonder notre jugement, il nous reste donc 222 cas ayant donné 88 guérisons ou 40 p. 100, 100 améliorations ou 45 p. 100 et 34 résultats négatifs ou 15 p. 100, ce qui démontre que la vaccinothérapie se montre efficace dans 85 des cas. Si, à titre comparatif, nous réfléchissons maintenant que sur 92 cas Schneider obtint 74 p. 100 de guérisons ou d'amélioration, Wossidio 75 p. 100 et Forselius 85 p. 100 sur 81 cas, nous voyons que ces chiffres concordent suffisamment entre eux pour que nous soyons en droit de considérer nos propres résultats comme l'expression des effets engendrés par la vaccinothérapie sur les infections urinaires. Pour finir, nous préciserons encore une fois notre manière de voir relativement à l'action du vaccin dans les infections urinaires.

Le traitement se montre efficace chez les malades présentant des crises fébriles récidivantes, soit en abrégeant la crise et déterminant à la suite de la vaccination une chute de la température, soit en amenant la disparition des crises ou bien d'un coup ou bien en rendant les crises courtes et moins violentes, en attendant de les faire entièrement disparaître.

On observe de plus une amélioration frappante dans l'état général, souvent très grave, des malades.

L'efficacité du traitement se reconnaît, enfin, aux urines qui s'éclaircissent progressivement. L'albuminurie éventuellement existante disparaît le plus souvent. La pyurie disparaît entièrement dans 38 p. 100 des cas et diminue manifestement dans 47 p. 100 des cas, mais la bactériurie demeure sans changement dans 62 p. 100 des cas.

Il faut néanmoins observer que, pour des causes à peu près imprévoyables, 15 p. 100 des malades environ se montrent réfractaires à la vaccinothérapie. Quant à l'emploi du vaccin à titre prophylactique, avant les opérations devant porter sur une zone infectée des voies urinaires, notre expérience n'est pas suffisamment étendue pour que nous puissions exprimer une opinion ferme à ce sujet. Mais il n'y a aucune raison de s'interdire ce moyen; il est même plutôt indiqué d'y recourir largement.

Quatrième rapport : M. le professeur PIRONDINI (de Rome).

Dans les applications à l'urologie (comme du reste dans toutes les autres) on doit donner aujourd'hui à la vaccinothérapie son sens le plus ample celui d'immunothérapie.

En urologie, l'immunothérapie peut avoir, avant tout, un but prophylactique, par exemple au moment d'une opération chirurgicale afin d'améliorer les conditions en ce qui concerne l'état général et la flore microbienne locale. D'aucuns voudraient l'étendre au cathétérisme urétéral (d'autres préféreraient obtenir ce résultat par des injections intraveineuses d'urotropine), l'expérience est encore trop limitée.

En urologie l'immunothérapie peut prendre une plus grande importance pour la guérison de la maladie, mais à condition que l'appareil urinaire soit entièrement dépourvu de tout corps étranger (calculs) ou obstacle mécanique. Dans ces cas, l'immunothérapie ne pourrait atteindre qu'un résultat incomplet ou, de toute façon, temporaire, tout au plus utile au point de vue prophylactique encore ou bien l'immunothérapie pourrait avoir un but complémentaire par rapport à l'acte opératoire fondamental; toutefois, ce dernier but est certainement peu important car, l'obstacle mécanique ayant été supprimé, l'infection placée au-dessus tend à diminuer spontanément; en outre, l'acte opératoire même de cette suppression, en raison du drainage de la vessie ou du bassinet dont il est souvent suivi, peut également être directement curatif pour l'infection secondaire.

En urologie l'immunothérapie a une importance tout à fait spéciale dans les formes par B. coli, ces infections étaient les plus fréquentes.

Elle a eu et aura des applications de plus en plus étendues dans les infections urinaires de l'enfance d'autant plus que dans ces cas les traitements locaux sont d'une exécution plus difficile, parfois même impossible.

Elle a aussi une grande valeur dans les pyélo-néphrites de la grossesse où la persistance de l'obstacle mécanique ne semble pas limiter de beaucoup les succès bien que, d'après les recherches actuelles, elle pourrait donner un résultat plus complet que dans les autres formes.

D'une façon générale, l'efficacité de l'immunothérapie est d'autant plus probable et plus grande que le début de l'infection est récent et que les conditions générales sont bonnes.

Dans les septicémies d'origine urinaire, l'immunothérapie peut être tentée avec succès, d'autant plus que des infections urinaires qui, peu de temps auparavant, étaient considérées comme purement locales, sont conçues de nos jours comme des localisations secondaires de véritables bactériémies.

Cependant, dans les grandes septicémies urinaires, la valeur de l'immunothérapie est encore fort discutée aujourd'hui et la modalité préférable est encore douteuse. De même sa valeur est discutable dans les cas chroniques.

Il est fort probable que pour l'efficacité de l'immunothérapie il n'y a pas de différence fondamentale de succès entre organe et organe (par exemple entre vessie et bassinet, comme certains le croient), et, qu'au contraire, après avoir éliminé les causes d'insuccès susdites, les différences se rapportent plutôt à des degrés divers de localisation et d'atténuation pour en arriver à l'efficacité nulle dans certaines bactériuries typiques, dans lesquelles les germes se trouvent comme à l'état saprotique, presque en dehors de l'organisme, et vivant dans des urines ou sur des muqueuses moins vascularisées qu'à l'état normal, parce qu'elles sont altérées.

L'immunothérapie agit souvent beaucoup plus sur les phénomènes généraux que sur les altérations urinaires.

D'une façon générale, dans les cas où les germes ont une virulence pour ainsi dire intermédiaire, l'immunothérapie a une utilité plus grande.

Cela explique les différences de jugement sur la valeur de l'immunothérapie dans l'urologie.

Ceux qui lui refusent toute valeur ont le tort de se baser sur les insuccès dans des cas d'extrême chronicité ou réfractaires où l'immunothérapie fut l'extrema ratio.

Mais ils peuvent, au contraire, avoir raison en affirmant et en opposant à ceux qui en sont les partisans qu'en beaucoup de cas (en général trop légers pour ainsi dire), la guérison serait également advenue et spontanément (objection qui fut surtout adressée aux formes par B. coli en général et aux formes gravidiques dont la plupart sont aussi par coli).

Le fait d'avoir appliqué l'immunothérapie à des cas extrêmes en date et en gravité limite beaucoup les jugements sur sa valeur, mêmes ceux basés sur les statistiques les plus importantes qui finissent par se subdiviser en petits groupes très divers, trouvant le signe de l'infection et la nature bactériologique.

Il est par suite nécessaire en urologie d'ajouter à l'immunothérapie les traitements locaux. L'immunothérapie a, par rapport à ceux-ci, une action préparatrice et la rend plus tolérable. Malheureusement, même l'adjonction de traitements locaux contribue à compliquer grandement le jugement sur l'efficacité de l'immunothérapie. Il y a cependant des cas dans lesquels l'immunothérapie fut tentée seule, enfin, et d'autres où seule elle amènera, enfin, la guérison.

Le jugement sur l'immunothérapie en urologie est forte-

ment compliqué non seulement par la grande variété des cas dans lesquels elle fut tentée et par l'application simultanée d'autres traitements directs locaux, mais aussi par une étude insuffisante bactériologique de beaucoup de cas publiés et par la façon diverse de comprendre la guérison de la part des différents auteurs.

Certains la comprennent au sens clinique en considérant comme guéris même des cas où persiste une bactériurie et même une pyurie microscopique; d'autres, au contraire, au sens vraiment complet et scientifique comme la comprend le bactériologue.

Le développement ou les modifications de plus en plus nombreuses de l'immunothérapie compliquent encore la question. La vaccinothérapie spécifique et l'autovaccinothérapie tendent à être remplacées par les vaccins profondément modifiés (atoxiques) pour lesquels le principe de la spécificité commence à être problématique, et par les vaccins spécifiques et la protéinothérapie. L'administration des petites doses par voie sous-cutanée ou intramusculaire tend à être remplacée par la voie endoveineuse. La méthode de la modification graduelle et progressive est remplacée par celle de l'action immédiate jusqu'à la véritable interruption par crise même au prix d'une grande réaction. Les tentatives d'immunothérapie spécifique faites jusqu'à présent en urologie sont peu nombreuses; elles se réduisent peut-être à ceux de Gow (injection endoveineuse d'émulsions modifiées du coli dans les pyélonéphrites), de Govic (injections sous-cutanées de sérum de cheval dans la pyélite), de Flamini (stomosines de Centanni dans les infections urinaires de l'enfance), d'Anzilotti (caséal calcique dans un cas d'abcès pararénal), de Colombio (coli-vaccinothérapie hétérologue intraveineuse en pyélonéphrites gravidiques), de Nicolich (coli-vaccinothérapie hétérologue à dose élevée dans un cas de maladie par coli), et dans une de R. R. (caséal calcique dans les infections urinaires généralisées et localisées).

C'est peut-être une erreur de renoncer complètement et systématiquement à l'immunothérapie spécifique; le vaccin homologue constitue déjà par lui-même une protéine hétérogène; les deux modalités pourraient être combinées.

Dans toute application immunothérapique en urologie, il ne faut pas toujours renoncer aux soins locaux simultanés et rechercher aussi s'il y a des foyers extra-urinaires pouvant produire la récidive de la bactériurie et de l'infection.

A ce point de vue, méritent une attention spéciale la peau, les dents, les amygdales, l'appendice, le côlon, les organes génitaux internes de la femme; parfois, il sera utile de faire une autre immunothérapie simultanée, avec des vaccins obtenus directement des germes de ces foyers primaires.

— Cette question soulève une discussion à laquelle prennent part MM. Ch. Perrier (de Genève), Janet (de Paris), Heitz-Boyer (de Paris), Serralach (de Barcelone), le professeur Legueu (de Paris), Gargan (Le Caire), Œconomos (d'Athènes), le professeur Cifuentes (de Madrid), Iselin (de Paris), Rejsek (de Prague), le professeur Hogge (de Liége).

TROISIÈME QUESTION

RÉSULTATS ET ORIGINES DES OPÉRATIONS CONTRE LA LITHIASE RÉNALE

Premier rapport : M. le professeur Cifuentes (de Madrid).

Les résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale dépendent du genre d'opération pratiquée, de l'état du rein malade et de l'état de l'autre rein.

Nous devons tenir compte de certains accidents tardifs, mais suivant de près l'opération, et qui ont une grande influence sur ces résultats éloignés.

L'infarctus et l'hémorragie secondaire, peuvent se produire après la néphrotomie par section des branches de l'artère rénale qui par leur caractère de terminalité occasionnent l'ischémie de certaines parties du parenchyme. Si l'évolution de l'infarctus est aseptique, l'hémorragie pourra ne pas se produire et le résultat sera la sclérose partielle du tissu rénal, mais si l'infection vient s'ajouter, ce sera une cause de l'apparition d'hémorragies et du soutien de la pyélonéphrite.

Même sans la production d'infarctus localisés, l'hémorragie secondaire, tardive, peut se produire à cause de zones de petits infarctus diffus, produites à la ligne d'incision et des points de suture. La sclérose au niveau de l'incision et des points de suture a été démontrée, mais elle est limitée à la ligne d'incision comme cela a été constaté par des recherches cliniques et expérimentales. L'invasion de tout le rein par la sclérose après la néphrotomie admise par quelques auteurs, si elle arrive à se produire, l'est dans ces cas par l'influence d'une pyélonéphrite.

La pyélotomie produit quelquefois l'infarctus du rein et l'hématurie secondaire tardive, mais cela est très rare et si cela se produit c'est à cause de la déchirure de quelque branche artérielle anormale, accident qui peut arriver aussi lors de la néphrotomie.

Nous croyons que le drainage dans la néphrotomie a quelque influence sur l'apparition des hémorragies secondaires à cause de petites nécroses produites sur le tissu rénal par le contact du tube. De quatre cas d'hémorragie que nous avons observés après la néphrotomie, trois d'entre eux concernaient des cas auxquels on avait pratiqué le drainage.

Les fistules peuvent se produire et rester après toutes ces opérations. Dans les opérations conservatrices (pyélotomie, néphrotomie), leur apparition dépend de l'infection du rein et de la persistance d'un drainage. Dans les cas aseptiques, leur apparition est rare. Elles peuvent se produire dans certains cas, après la néphrectomie et sont dues le plus souvent à la persistance de morceaux de tissu rénal par néphrectomie incomplète.

Nous pouvons admettre que la fonction du rein étant troublée par l'existence du calcul et de l'infection qui peut l'accompagner, elle a tendance à s'améliorer après l'opération. Si le cas est aseptique, cette amélioration est remarquable après la pyélotomie et la néphrotomie; et plus remarquable dans la première. Si le cas est infecté, le résultat sur la fonction et l'infection du rein en est variable; si l'infection est peu prononcée, elle pourra disparaître et la fonction s'améliorera, mais si elle est intense et le rein très atteint, l'infection se continuera, produisant, sinon la récidive, la diminution de la fonction rénale par transformation fibreuse du tissu de l'organe.

Dans la plupart des cas infectés, opérés par néphrotomie, l'infection continue et le malade reste avec l'urine trouble. De 11 cas de néphrolithiase franchement infectés que nous avons opérés par néphrotomie, 7 sont restés avec les urines troubles de deux à dix ans. Dans quelques-uns de ces cas nous avons constaté que la fonction ne s'est pas améliorée; au contraire, que celle-ci a diminué et l'azotémie s'est soutenue.

C'est après la néphrectomie, que l'état de la fonction urinaire et l'état général du malade se modifient favorablement dans les cas infectés, à condition bien entendu, que le rein restant soit normal. L'hypertrophie compensatrice qui s'établit progressivement, assure la dépuration urinaire et si le rein sain est peu affecté fonctionnellement par l'influence de l'autre, cette influence cesse lorsque le rein malade est supprimé. Tous les cas de lithiase infectée ne peuvent pas être traités par la néphrectomie, tenant en compte la bilatéralité des lésions et c'est une question de tact de la part de chaque chirurgien; nous sommes souvent forcés de pratiquer des opérations conservatrices sur des reins très infectés, à cause de l'état douteux ou déjà atteint de l'autre rein. Si, sur ce rein, on constate un état normal, la néphrectomie a une supériorité pour les résultats dans les cas très infectés, spécialement dans les pyonéphroses.

Les cas de rétention rénale tardive, ne paraissent pas d'ordinaire liés directement à l'acte opératoire (déplacement); sinon qu'ils se sont produits par l'évolution des lésions déjà existentes dans le rein et l'uretère. Cependant, il existe un degré de déplacement post-opératoire qui dans quelques cas pourra produire des coudures urétérales.

L'uretère et la vessie ne sont influencés qu'indirectement par ces opérations; en supprimant l'infection rénale, l'état de ces organes s'améliorera, quand l'urine ne contient pas de pus. Des troubles éloignés (fistules ou récidives) pourront seulement s'observer dans les cas où la coexistence de lithiase urétérale ignorée ou une urétrite chronique persisteront.

Les récidives sont rares après la pyélotomie surtout lorsque cette opération est pratiquée dans les cas aseptiques; dans ces conditions, on trouve 1,7 p. 100. Dans les cas infectés on

trouve 7,6 p. 100. Elles sont plus fréquentes dans la néphrotomie où on observe souvent, dans les cas infectés, une proportion atteignant 15 p. 100 ; dans les cas aseptiques, la proportion est de 7,2 p. 100. La néphrostomie permanente dans les cas infectés met le rein à l'abri des récidives.

L'apparition de la lithiase sur l'autre rein s'observe quelquefois après l'opération du premier dans une proportion de 3 à 4 p. 100 d'après l'ensemble de plusieurs statistiques.

Si elle se produit après une pyélotomie ou néphrotomie, nous nous trouverons en présence d'un cas courant de lithiase bilatérale et la conduite à suivre sera marquée par l'état des deux reins. Mais si cette apparition se produit après une néphrectomie, la gravité est extraordinaire, car le malade souffrira d'anurie produite par une colique même légère. Ce sont les cas les plus graves dont j'ai eu l'occasion d'observer 3 exemples sur 22 néphrotomies. C'est cet accident éloigné qui restreint l'application de la néphrectomie dans certains cas, malgré sa supériorité, au point de vue de la guérison immédiate.

La survivance est longue, après les opérations de lithiase unilatérale et se réduit d'environ 50 p. 100 dans les cas de lésions bilatérales. La mortalité opératoire après la pyélotomie des cas dits aseptiques est environ de 1,8 p. 100 et de 6 p. 100 dans les infectés ; dans les néphrotomies et néphrostomies, elle arrive et surpasse, dans certaines statistiques, un pourcentage de 20 p. 100 dans les cas infectés, mais de l'ensemble des statistiques modernes, on arrive à 8,30 p. 100 dans les cas aseptiques et 13,30 p. 100 dans les cas infectés. La néphrectomie dans la lithiase donne une mortalité de 8 p. 100.

On ne peut pas être exclusiviste dans l'élection des opérations conservatrices et de la néphrectomie ; il faut être éclectique. Chaque opération a ses indications qui dépendent surtout du volume et de la situation du calcul et de l'état d'infection du rein. Dans la lithiase bilatérale on doit être très prudent pour intervenir et n'opérer que les cas de petits calculs, ou ceux dont un des reins est peu atteint.

Nous avons opéré en tout 244 malades. Le tableau suivant donne un aperçu de l'âge et de la mortalité de ces malades.

AGE	NOMBRE	DÉCÈS
10	2	0
10-20	12	0
20-30	38	0
30-40	70	7
40-50	79	4
50-60	30	4
60-70	19	7
70-80	4	4
Total	244	26

D'après ce tableau le plus grand nombre de cas de lithiase se produit entre trente et cinquante ans.

La mortalité en est de 10,6 p. 100. Le plus grand nombre de décès se présenta dans les cas de soixante ans et au-dessus, notamment 11 décès sur 23 opérés ce qui fait une mortalité de 47,8 p. 100. Au-dessous de soixante ans, la mortalité est de 8,6 p. 100.

Les opérations se répartissent comme suit :

Néphrotomies	127
Pyélotomies	57
Néphro-pyélotomies	3
Urétérotomies	7
Néphrectomies secondaires	21
Néphrectomies primaires	81
Total	297

Parmi les opérés, il y avait 139 hommes et 105 femmes. On constata 115 fois la présence de calcul dans le rein droit, 93 fois dans le rein gauche et 36 fois il fut bilatéral. En outre, dans 3 cas où l'on avait certifié la présence d'un calcul unilatéral, un autre calcul se forma dans le second rein de sorte qu'on trouva au total 39 fois des calculs bilatéraux, c'est-à-dire dans 16 p. 100 des cas observés.

Pour examiner la composition chimique des calculs, on les lima jusqu'à ce qu'on ait obtenu une quantité suffisante de poudre nécessaire à l'examen.

Dans les cas de calculs aseptiques ou peu infectés, nous trouvâmes un calcul uratique, 54 calculs oxaliques et 27 calculs phosphatiques. Parmi les calculs oxaliques 52 en étaient solitaires et deux fois seulement nous trouvâmes des calculs multiples. Parmi les calculs phosphatiques 24 en étaient solitaires et 3 multiples dont 1 ramifié.

Plusieurs fois nous avons été frappé en cas de calculs phosphatiques peu infectés du contraste qu'il y avait entre la grosseur du calcul et l'intensité minime de l'infection, qui était en plus, évidemment de date récente. La question se pose : « L'infection est-elle indispensable à la formation de calculs phosphatiques. » A la discussion sur « l'oxalurie et la phosphaturie », au second Congrès de l'Association internationale d'urologie, Bazy a donné une réponse négative à cette question, il disait notamment : « Cet élément microbien n'est assurément pas indispensable et j'ai pu dire (*Bull. méd.*, 22 mars 1904), que la gravelle phosphatique primitive existe; puisque j'ai observé des tophus phosphatiques existant, les calculs phosphatiques primitifs peuvent exister. »

La preuve que Bazy a vu juste nous est fournie par un cas où nous trouvâmes deux calculs phosphatiques ramifiés aseptiques. Ces calculs forment ensemble le moulage exact du bassinet et des calices, qui n'étaient nullement dilatés, le parenchyme était à peu près intact. La forme de ces calculs était beaucoup plus gracile qu'elle ne l'est ordinairement dans les cas infectés (obs. CXLI).

Parmi les calculs infectés se trouvaient 31 calculs oxaliques, dont 24 solitaires et 7 multiples. Le reste était des calculs phosphatiques dont 77 solitaires et 29 multiples.

Quoique l'opinion règne en Hollande que parmi les cas de calculs aseptiques, les calculs uratiques sont les plus fréquents, notre expérience démontre clairement qu'on a affaire presque exclusivement à des calculs oxaliques. Nous n'avons trouvé qu'un calcul uratique et aucun calcul d'acide urique pur. Nous avons fréquemment constaté la présence de calculs d'acide urique pur, mais toujours ceux-ci avaient été expulsés par les voies naturelles et il n'y avait aucune raison de procéder à une opération. La présence fréquente de calculs oxaliques répond parfaitement à notre expérience que l'oxalurie est chez nous plus fréquente que l'uraturie.

Nous constatâmes 5 fois une anomalie congénitale, notamment : deux fois, un rein en fer à cheval, une fois des reins longs, une fois un rein en ectopie pelvienne et une fois une bifidité de l'uretère avec calcul dans le bassinet inférieur.

Nous n'avons plus eu de nouvelles de 25 malades, après leur départ de la clinique, nous pouvons mentionner les résultats éloignés de 193 malades.

Trente et un malades furent opérés pour calcul aseptique ou peu infecté par une néphrotomie et 30 par une pyélotomie.

En comparant les résultats de ces deux opérations nous arrivons à la conclusion qu'ils sont à peu près pareils et qu'il n'y a aucune raison de préférer l'une à l'autre. Il en est tout autrement quand nous en comparons les résultats immédiats. Tous les arguments plaident alors pour la pyélotomie et nous serions d'avis de remplacer complètement, dans ces cas, la néphrotomie par la pyélotomie, si nous ne nous sentions pas obligés de borner l'indication de la pyélotomie par les conditions spéciales, que nous avons traitées en détails dans ce rapport.

Pour les cas de calculs infectés nous avons mentionné 31 cas de néphrotomie et 8 cas de pyélotomie. Ici encore une fois les résultats éloignés ne diffèrent pas sensiblement et ce sont les résultats immédiats qui comptent. Les conditions posées pour la pyélotomie deviennent encore plus strictes et nous sommes d'avis qu'elle ne doit être faite que dans un nombre de cas très restreint.

La néphropyélotomie, c'est-à-dire la combinaison simultanée de pyélotomie et néphrotomie du même rein ne fut faite que dans trois cas. A notre avis cette opération n'est pas préférable à la néphrotomie et n'a pas de raison d'être.

La néphrectomie secondaire fut faite à cause d'hématurie secondaire survenant après une néphrotomie, de fistule persistante ou de récidive. Nous avons mentionné les résultats éloignés de 14 cas.

Nous pûmes suivre le cours éloigné de cas opérés par néphrectomie primaire dans 53 cas et il fut bien plus favorable que celui des cas d'opérations conservatrices pour calculs infectés. La mortalité est à peu près pareille dans les cas au-dessous de soixante ans, de sorte que pour pouvoir juger

si nous donnerons la préférence à la néphrectomie primaire aux opérations conservatrices, cela dépend principalement de la quantité de cas où après la constatation d'un calcul unilatéral, un autre calcul, survenu plus tard, fut découvert dans le second rein. Ceci n'arriva qu'en 1,5 p. 100 des cas.

Dans les cas de calculs bilatéraux, nous fîmes 75 opérations à 36 malades, dont 5 subirent en plus une opération par un autre chirurgien. Nous pûmes suivre les résultats éloignés de 24 de ces malades, dont 6 se guérirent complètement et 3 autres se guérirent de la lithiase mais non de l'infection.

Enfin nous traitâmes : « La coexistence de la lithiase rénale et d'autres affections du rein » et suivant les données de la clinique, nous tirâmes nos conclusions en ce qui concerne la néphrite lithiasique.

Les résultats obtenus sur l'ensemble de nos 244 malades nous font arriver aux conclusions suivantes :

1° La lithiase rénale est dans environ 16 p. 100 des cas une affection bilatérale, dans la grande majorité des cas elle est unilatérale.

2° Si, après un examen complet et en particulier après un examen aux rayons X bien réussi, la lithiase a été constatée unilatérale, il n'arrive que rarement qu'au bout d'un certain temps un calcul se forme dans un second lieu.

3° Dans les cas d'opérations rénales conservatrices pour calculs aseptiques ou peu infectés, la pyélotomie doit être préférée à la néphrotomie dans les cas qui s'y prêtent.

4° Les calculs aseptiques ou peu infectés se prêtent à la pyélotomie, si les conditions suivantes sont remplies :

a. Le rein doit pouvoir être suffisamment extérioré pour que la face postérieure du bassinet puisse être dénudée et que l'incision puisse être faite également à vue.

b. On doit pouvoir sentir le calcul dans le bassinet et le faire saillir de sorte que l'incision puisse se faire sur le calcul.

c. L'incision nécessaire ne doit pas dépasser le bord inférieur du rein, ni arriver jusqu'à l'origine de l'uretère.

d. Le calcul doit pouvoir être extrait facilement sans déchirure des bords de la plaie.

e. Le calcul doit être par préférence un calcul solitaire. En cas de calculs multiples, ceux-ci doivent se trouver tous dans le bassinet lui-même.

5° Dans les cas de calculs infectés la néphrotomie doit être préférée à la pyélotomie, excepté dans les cas répondant aux cinq conditions mentionnées ci-dessus (voir 4°) pour les calculs aseptiques ou peu infectés et en outre :

f. Quand l'infection n'est pas telle que le drainage du bassinet soit inévitable.

g. Quand il y a un rein mobile pour lequel il serait recommandable d'accompagner la pyélotomie d'une néphropexie capsulaire.

6° La néphro-pyélotomie n'a pas de raison d'être, elle n'est pas préférable à la néphrotomie en cas de calculs infectés.

7° Dans des cas d'infection des calculs unilatéraux, la néphrectomie primaire doit être préférée à la néphrotomie.

8° Dans des cas de calculs bilatéraux infectés, on doit faire de préférence une néphrostomie bilatérale avec extraction des calculs. En tous cas il eut recours à une néphrostomie à la première récidive.

9° La théorie, que la néphrite lithiasique précéderait la formation de calculs rénaux, n'est pas conforme aux données obtenues par la clinique. Au contraire, ces données démontrent plutôt que la néphrite lithiasique doit être considérée comme une complication de la lithiase et qu'elle est due à la cytolyse et à l'infection.

10° Si dans les cas de lithiase d'un rein et de néphrite lithiasique de l'autre rein on pose la question : le fonctionnement du dernier est-il suffisant pour permettre la néphrectomie? Il faut tenir compte de l'action favorable que la néphrectomie aura probablement sur le cours de la néphrite.

(A suivre.) A. SAINT-CÈNE.

Pathologie du sympathique. Esquisse d'anatomo-physio-pathologie clinique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié. Fort grand in-8 de VIII-1.080 pages avec 103 figures dans le texte. — Prix : cartonné, 90 fr. — Paris, F. Alcan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 MAI 1924)

Coagulation du sang. — M. J. AMAR.

Part respective des deux poumons dans la ventilation pulmonaire chez le chien. — MM. Pierre MATHIEU et H. HERMANN.

Étude sur l'acidité ionique urinaire chez l'homme normal : acidité ionique urinaire à jeun. — MM. LE NOIR e A. MATHIEU DE FOSSEY.

Action de l'insuline sur le métabolisme basal du chien totalement dépancréaté. — MM. E. et L. HÉDON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 MAI 1924)

Célébration du tricentenaire de la naissance de Thomas Sydenham (1624-1689). — L'Académie a consacré cette séance à cette célébration.

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à nos confrères anglais, MM. Sydney Philipps, Byla, Russel, qui ont été expressément délégués à l'Académie pour cette cérémonie. Il profite de leur présence pour se louer de cette nouvelle occasion de resserrer les liens d'estime et d'amitié qui nous unissent avec nos confrères britanniques, et il donne la parole à M. CHAUFFARD.

Nul, certes, n'était mieux désigné que cet éminent pathologiste et cet impeccable écrivain pour mettre en lumière l'œuvre du célèbre médecin anglais.

« Il y a trois siècles, dit-il, le 10 septembre 1624, naissait en Angleterre un enfant qui devait devenir une gloire éminente de son pays, un des plus illustres médecins de son époque. L'Académie de médecine, fidèle à ses traditions, n'a pas voulu laisser passer cet anniversaire sans le commémorer, et elle tient à apporter son juste hommage de souvenir et d'admiration à Thomas Sydenham, à celui qui mérite d'être appelé le fondateur de la clinique moderne.

Je voudrais rappeler d'abord ce qu'a été la vie de Thomas Sydenham, pour étudier ensuite le vaste ensemble de son œuvre médicale. »

M. Chauffard rappelle quelle fut la jeunesse de Sydenham.

Sydenham fit ses études à Oxford. Il était indécis sur la carrière qu'il allait suivre quand il rencontra le célèbre médecin Thomas Coke qui lui conseilla la médecine. Il se mit donc à travailler son latin qu'il avait un peu oublié et fut bientôt nommé fellow au collège de All Soul's.

Mais ce cours régulier d'études est bientôt interrompu par la seconde guerre civile, commencée en 1650 lors du débarquement de Charles II en Ecosse, et, en 1653, le bachelier en médecine est devenu le capitaine Thomas Sydenham.

Vers 1659, se place un épisode de la vie de Sydenham particulièrement intéressant pour nous, son voyage à Montpellier. Bien que la chose ne soit pas absolument prouvée, il semble bien, d'après les témoignages contemporains, que Sydenham traversa la France pour se rendre à la célèbre Faculté de Montpellier, où il connut et suivit un médecin alors très renommé, Barbeyrac, dont Locke, l'ami de Sydenham, disait qu'il n'avait jamais vu deux hommes aussi semblables d'opinions et de caractères que Sydenham et Barbeyrac. Barbeyrac était avant tout un clinicien, peu faiseur de théories, et préconisant les méthodes thérapeutiques les plus simples. C'était un fervent des doctrines hippocratiques fidèlement conservées à Montpellier, alors que l'Ecole de Paris se laissait égarer par l'humorisme chimérique de Galien.

Le 25 juin 1663, Sydenham obtient du Collège royal des médecins la licence de pratique, après avoir subi les trois examens réglementaires. Il n'arriva jamais au grade plus

élevé de fellow, d'autant qu'il ne prit son grade de docteur qu'en 1676 à Cambridge, à l'âge de cinquante-deux ans, et vingt-huit ans après son grade de bachelier. Heureusement que pour produire sa grande œuvre scientifique il n'avait pas attendu son dernier diplôme!

En 1664, débute la grande épidémie de peste de Londres. Tous ceux qui le pouvaient s'enfuirent de ce charnier qu'était devenu Londres, et Sydenham fut du nombre, acte certainement regrettable, peu digne de la haute valeur morale de ce grand médecin, la seule tache de sa noble vie médicale.

C'est pendant cette période de retraite passagère que Sydenham écrit le premier en date de ses ouvrages, un de ceux auxquels il attachait le plus de prix, la *Methodus curandi febres*. C'est là, dit M. Chauffard, la pure tradition hippocratique, la doctrine des *constitutions médicales*, et les plus âgés d'entre nous n'ont pas perdu le souvenir des rapports si étudiés qu'Ernest Besnier présentait à la Société médicale des hôpitaux sur les *maladies régnantes*.

Qu'étaient ces fièvres graves qu'observait Sydenham? Probablement des cas de fièvre typhoïde, de typhus, de paludisme, toutes maladies qui sévissaient dans ce milieu effroyablement infectieux qu'était alors la ville de Londres, dont l'assainissement ne commença qu'après le terrible incendie de 1666 qui en cinq jours détruisit une grande partie de la ville.

A ces fièvres endémo-épidémiques ajoutons la variole pour laquelle, nous le verrons, la description de Sydenham reste classique.

En 1680, ce sont les *Epistolæ responsariæ duæ*, adressées, l'une à Robert Brady sur les fièvres, et en particulier sur les fièvres paludéennes et leur traitement par le quinquina, l'autre à Henri Paman sur l'histoire et le traitement du mal vénérien.

En 1682, Sydenham donne sa fameuse description de l'hystérie et indique un pourcentage bien curieux des maladies de son époque; les fièvres, dit-il, nous dirions aujourd'hui les infections aiguës, comprennent les deux tiers des cas de maladies, les chroniques un tiers, et de ce tiers une moitié revient à l'hystérie. Quelle différence avec notre morbidité actuelle, où les infections aiguës sont de plus en plus rares, les états chroniques très fréquents, et où l'hystérie n'a plus guère que la place qu'on veut bien lui préparer!

En 1683, paraît le plus célèbre peut-être des travaux de Sydenham, son mémoire sur la goutte et celui sur l'hydropisie, avec en épigraphe l'admirable aphorisme de Bacon : *Non fingendum aut excogitandum sed inveniendum quid natura faciat aut ferat*. Il ne faut pas faire œuvre d'imagination ou de raisonnement, mais découvrir ce que sont les opérations de la nature.

Cette méfiance de tout ce qui n'est qu'imagination ou raisonnement, cet appel constant à l'observation directe des faits, c'est bien là le fond de la pensée médicale de Sydenham, l'idée directrice qui a guidé toute son œuvre clinique.

En 1686, Sydenham donne la première description de la danse de Saint-Guy qui, depuis, a conservé le nom de chorée de Sydenham. Il fait de cette maladie une merveilleuse description symptomatique.

Ce dernier ouvrage est, pour ainsi dire, le testament médical de Sydenham, et, en le terminant, à la date qu'il indique lui-même du 29 septembre 1686, il déclare avoir fait connaître à peu près tout ce qu'il sait sur le traitement des maladies.

N'est-il pas touchant de voir ce grand observateur reconnaître et déclarer lui-même qu'il a atteint les limites de sa science, et entrer ainsi dans le silence et la sérénité de l'homme qui, après un long travail, considère sa tâche comme achevée?

Dès lors, Sydenham abandonne la pratique médicale, et se retire dans sa famille pour y vivre ses dernières années. Sa santé était depuis longtemps très précaire, minée par deux ennemis acharnés, la goutte et la gravelle. Dès sa trentième année, il était un grand goutteux, et son admirable description de la goutte articulaire est vraiment une autobiographie. Plus tard, il fut atteint d'un calcul rénal, avec hématuries répétées, et, là encore, le médecin mit à profit les souffrances du malade, pour décrire avec une exactitude saisissante les symptômes de la pierre rénale et en étudier le traitement.

Enfin, le 29 décembre 1689, Sydenham s'éteignait dans sa maison de Pall Mall.

Ainsi vécut Sydenham, d'une vie troublée à ses débuts par les discordes civiles de son temps, mais qui ensuite fut la vie la plus calme, la plus droite, toute de désintéressement et de dévouement, toute de travail. Sydenham ne rechercha ni les honneurs, ni les emplois publics, ni les charges professorales et l'enseignement oral. Il n'eut même pas de service d'hôpital, et ne connut d'autre ambition que de bien examiner ses malades, de les soigner de son mieux, et de porter à la connaissance du grand public médical le résultat de ses observations. Il fut vraiment, et avant tout, un grand praticien, et un essayiste anglais, le docteur John Brown, l'appelle « le prince des praticiens, dont le caractère est aussi beau et aussi purement anglais que le nom ».

Cette œuvre écrite, qui résume tout l'effort de la vie de Sydenham, je voudrais maintenant en évoquer les principaux traits et, en la relisant, je n'ai pu me défendre de quelque émotion, car l'exemplaire dont je me suis servi a appartenu successivement à mon grand-père et à mon père, et porte encore, le long de ses marges, leurs annotations (1). Ainsi les générations se succèdent, et les dernières venues s'efforcent de suivre la trace de celles qui les ont précédées dans le culte des sciences médicales.

Pour juger l'œuvre d'un médecin, que faut-il lui demander? Trois choses : des faits nouveaux, une méthode et des idées directrices, une thérapeutique. M. Chauffard examine successivement ces trois points.

Des faits nouveaux! Au temps de Sydenham il ne faut pas demander des découvertes au sens moderne et tout scientifique que nous donnons à ce mot. Le fait nouveau consistait alors dans une rigoureuse observation du malade. Cela, nul ne l'a fait mieux que Sydenham, et, en le lisant, on ne peut s'empêcher de penser à un autre homme qui a été la gloire de la clinique française, à Trousseau. Aussi bien, si l'on a parfois appelé Sydenham l'Hippocrate anglais, n'a-t-on pas dit aussi de Trousseau qu'il était de Sydenham français?

Le premier souvenir que pour tout médecin évoque le nom de Sydenham, c'est celui de la goutte articulaire, de la description qu'il en a donnée, si belle que Lasègue a voulu lui-même en donner la traduction, devenue si classique. C'est ce *Traité de la Goutte* de Sydenham que Trousseau qualifie de « merveilleuse monographie, tout à la fois si courte et si complète ».

« Heureusement pour le pauvre goutteux qu'il est et pour ses confrères en maladie, Sydenham ajoute ceci : « Mais ce qui doit me consoler ainsi que les autres goutteux qui n'ont ni grand bien ni grand génie, c'est que des rois, des princes, des généraux d'armée, des amiraux, des philosophes, et plusieurs autres hommes illustres, ont vécu et sont morts de la sorte. »

Cette goutte, qu'il connaissait si bien, comment Sydenham conseille-t-il de la traiter?

Il récuse immédiatement trois médications alors fort en honneur, la saignée, les purgations, les diaphorétiques. Ce qu'il faut faire, d'après lui, c'est rétablir les fonctions digestives, diminuer le nombre des repas, faire usage de la diète lactée, se coucher de bonne heure, surtout en hiver, et se lever de grand matin, chercher la tranquillité de l'âme, mais prendre un exercice quotidien et modéré, monter à cheval, par exemple, enfin s'abstenir des plaisirs vénériens, telle est l'hygiène que Sydenham conseille aux goutteux, et l'on ne saurait en contester la sagesse.

Dernière prescription : pour le goutteux, la meilleure boisson ne doit, dit-il, « ni s'élever à la générosité du vin, ni descendre à la débilité de l'eau ». C'est la petite bière qui convient le mieux.

Prenons la variole, voyons tout ce dont nous sommes redevables à Sydenham. Trousseau, le proclame quand il déclare, qu'il prendra Sydenham pour guide, et qu'il ne « changera que peu de chose à ce qu'a dit de la variole cet homme illustre ».

Un des points sur lesquels insiste le plus Sydenham, c'est la question du traitement des varioleux. La pratique générale était de les tenir au lit, en chambre surchauffée, de provoquer les sueurs, de leur donner des préparations cordiales ou

(1) *Œuvres de médecine pratique de Thomas Sydenham*. Traduction de A.-F. Jault, avec notes de J.-B. Th. Baumes, 2 vol. Montpellier, 1816.

alcoolisées. Rien de plus néfaste, dit Sydenham ; il faut tenir les malades en chambre fraîche, ne les coucher qu'au sixième jour surtout pour les varioles qui menacent d'être confluentes, leur donner des boissons légères, et, s'ils sont trop agités, les calmer par une préparation opiacée, telle que le sirop Diacode ou le laudanum.

A propos d'une autre fièvre éruptive, la scarlatine, on cite toujours ce mot devenu classique de Sydenham quand il la qualifie de *hoc morbi nomen*, un nom plutôt qu'une maladie. Mais il n'avait certainement observé que des formes très atténuées.

L'épidémie de 1669 donne à Sydenham l'occasion d'étudier le choléra-morbus, « maladie, dit-il, qui arrive aussi constamment sur la fin de l'été et aux approches de l'automne ».

Les fièvres paludéennes étaient fréquentes et graves dans le Londres mal assaini du XVIIe siècle, et Sydenham les connaissait bien. Il étudie et compare les fièvres intermittentes des années 1661, 1662, 1663, 1664 et donne une parfaite description des trois stades de l'accès fébrile.

Le point le plus intéressant de son étude des fièvres intermittentes est d'ordre thérapeutique, et relatif au traitement, alors préconisé depuis quelques années, par le quinquina, par la *poudre des jésuites*, comme on l'appelait, d'un nom peu fait pour lui valoir la sympathie et la confiance des Anglais.

Dans la lettre sur l'*affection hystérique*, nous allons voir Sydenham sur un tout autre terrain. Est-il une maladie plus difficile à définir, plus incertaine dans ses limites que l'hystérie? Aujourd'hui encore, malgré les travaux classiques de Babinski, elle laisse le champ ouvert à bien des discussions ; au temps de Sydenham c'était le chaos, et cependant la description qu'il en donne reste une œuvre admirable de clairvoyance.

L'hystérie est, d'après Sydenham, la plus fréquente des maladies chroniques dont elle représente la moitié, assertion bien saisissante quand on songe qu'aujourd'hui, dans nos services hospitaliers, elle ne compte à peu près que pour zéro. La description qu'il en donne est très juste. Ne reconnaissons-nous pas là, ajoute M. Chauffard, les idées que professait Charcot, n'est-ce pas là ce que pensait notre collègue Souques quand il appelait l'hystérie « la grande simulatrice ».

Bien d'autres points intéressants pourraient être relevés dans l'œuvre de Sydenham, mais il faut se borner, d'autant que les chapitres que nous avons rapidement passés en revue suffisent à montrer quelle méthode et quelles idées générales guidaient Sydenham. Cette méthode, elle est partout la même, est d'inspiration purement hippocratique.

C'est dans le même esprit qu'est dirigée toute sa thérapeutique, esprit de simplicité, d'observation, et surtout d'efficacité pratique. Lui-même va nous le dire : « L'honneur et la dignité de la médecine ne consistent pas à donner de belles et élégantes formules, mais à guérir les maladies. » Sans doute Sydenham ne peut se soustraire tout à fait à la pratique de son temps, c'est encore aux saignées et aux purgatifs qu'il a trop souvent recours, mais il ne les conseille qu'avec une certaine modération, souvent avec des réserves.

Il était une prescription qu'il affectionnait particulièrement, c'était l'exercice quotidien du cheval, pourvu, ajoutait-il, « que le malade fasse suffisamment de chemin et que les draps de son lit soient bien secs ».

Et puis, en thérapeutique, Sydenham a eu une bonne for-

tune, celle d'attacher son nom à une excellente préparation, dont, malheureusement, notre dernier Codex a beaucoup trop diminué l'efficacité.

Le laudanum de Sydenham, la liqueur de van Swieten, gages d'immortalité pour des hommes qui ont été grands et qui méritent de survivre pour de moins minces motifs.

« Comme tous les hommes de grand mérite, Sydenham a eu ses admirateurs et aussi ses détracteurs. Il supportait mal les critiques, et par moments il se déclare « fatigué à l'excès par les insultes et les railleries de ces hommes insolents dont la malignité n'épargne personne ». On lui reprochait de ne pas citer ses devanciers.

Il est des omissions que l'on regrette, deux noms que l'on voudrait trouver cités. En 1628, William Harvey avait fait connaître la plus grande, peut-être, des découvertes médicales : la circulation du sang. En 1652, Pecquet avait révélé les voies anatomiques de la circulation du chyle et porté ainsi un coup si grave aux idées de Galien sur le rôle du foie, que Bartholin avait célébré les obsèques du foie, déchu de son ancienne splendeur et en avait écrit l'épitaphe. Sydenham a certainement connu au moins l'une de ces révolutions anatomiques, la découverte de Harvey, et cependant il n'y fait nulle part allusion.

Il est facile, en lisant Sydenham, de voir quelles étaient, comme nous disons aujourd'hui, ses sources. Elles me paraissent au nombre de trois, ou plutôt il a subi trois influences.

Hippocrate d'abord, dont il est le disciple fidèle.

Hippocrate, c'était la tradition. Mais deux autres hommes, par leur influence directrice, apportent déjà à Sydenham le souffle de l'esprit moderne et lui montrent la voie des progrès futurs. C'est Locke, médecin et philosophe, l'auteur du célèbre *Essai sur l'entendement humain*. C'est aussi l'illustre François Bacon, l'auteur du *De dignitate et augmentis scientiarum* et du *Novum organum*, le précurseur de Claude Bernard dans l'étude philosophique de la méthode expérimentale. De ces deux grands maîtres il ne me paraît pas douteux que Sydenham a largement subi l'influence; il leur doit cet accent déjà tout moderne qui rend si vivant tout ce qu'il a écrit.

Il est un homme, et je l'ai déjà dit, qui présente de singulières affinités avec Sydenham, c'est Trousseau. Tous deux appartiennent au même groupe intellectuel, ils sont médecins de même famille, attachés à l'étude directe et minutieuse des malades, et sachant demander à la clinique d'observation tout ce qu'elle peut donner. Trousseau aujourd'hui est trop oublié, on ne lit plus guère ses admirables cliniques de l'Hôtel-Dieu et c'est grand dommage; il semble que le courant irrésistible de la médecine expérimentale, de la biologie, de la bactériologie, ait tout emporté. Ce serait une erreur et une ingratitude que de penser ainsi et, à part de vaines théories, rien n'est mort de la médecine de nos pères. Ils ont construit les assises solides de notre édifice scientifique, c'est à eux que nous devons nos méthodes d'examen clinique, prologue nécessaire et accompagnement obligé de la médecine de laboratoire. Ayons donc respect et reconnaissance pour ces vieux maîtres qui, tels que Sydenham, ont tant fait avec de si médiocres moyens de travail. Nous leur devons beaucoup, et ils nous ont légué un héritage que nous n'avons pas le droit de répudier. Au premier rang de ces illustres devanciers plaçons Sydenham, il en est digne. Quand, en 1810, le Collège royal des médecins de Londres fit restaurer dans l'église de Saint-James-Piccadilly le monument funéraire de Sydenham, il inscrivit dans l'épitaphe ce magnifique éloge : *Medicus in omne ævum nobilis*, médecin noble à travers les âges. C'est le jugement de la postérité, et je suis certain que l'Académie lui apporte aujourd'hui son assentiment unanime. »

— Nous n'avons pu que résumer trop brièvement cette admirable page de l'histoire de la médecine. Mais les extraits que nous en donnons suffiront cependant pour en montrer toute la valeur.

Deux de nos confrères britanniques ont pris ensuite la parole, les professeurs Sydney Philipps et Russel qui, en fort bons termes, ont remercié l'Académie, et particulièrement le professeur Chauffard, de la façon dont a été célébrée la mémoire de leur grand compatriote. A. B.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL
MÉDECIN ORTHOPÉDISTE

Le 26 mai 1922, G... a été victime d'un accident qui a entraîné sa mort pendant qu'il travaillait au service du docteur X...; il était chauffeur d'automobile; et c'est pendant l'exercice de ses fonctions que l'accident est survenu. En conséquence, le Tribunal civil de Bordeaux a jugé, le 26 février 1923, que la loi du 9 avril 1898 était inapplicable parce qu'elle ne visait pas les chauffeurs d'automobile en cette seule qualité et qu'elle ne concernait en aucune façon les personnes attachées au service particulier de quelqu'un.

La veuve du chauffeur avait soutenu, d'autre part, que son mari était le plus souvent employé par le docteur X... comme ouvrier orthopédiste. Cette circonstance n'était pas contestée : effectivement, G... faisait les ferrures devant servir aux appareils orthopédiques destinés aux clients du docteur, il les essayait aux malades et les mettait au point à la maison de santé. Cependant, a décidé le Tribunal, cet emploi de G..., quel que fût le caractère principal ou accessoire qu'il eût par rapport à celui de chauffeur automobile, ne pouvait entraîner l'application à son profit de la loi de 1898, parce que cette loi n'est relative qu'aux industries qu'elle énumère. Elle a bien été étendue par celle du 12 avril 1906 aux exploitations commerciales, mais le docteur X... n'exerçait aucune des professions visées par ces deux lois.

La Cour d'appel de Bordeaux, saisi de l'appel formé par la veuve contre le jugement, l'a confirmé en ces termes :

« Attendu qu'en admettant que la profession d'orthopédiste attribuée à X... comportât achat, revente et mise au point ou fabrication d'appareils orthopédiques et qu'il en résultait pour celui-ci à ce point de vue la qualité de commerçant, il faut observer que X... exerce en même temps comme docteur; que c'est en cette qualité qui ne fait de lui ni un industriel ni un commerçant et en même temps pour les besoins de sa famille qu'il possédait et utilisait la voiture automobile qui a donné lieu à l'accident; qu'enfin l'accident s'est produit alors que G... était employé non à des travaux relatifs à l'orthopédie, mais au nettoyage de la voiture personnelle de X...;

Attendu, dans ces conditions, que ni la nature du travail, ni la victime de l'accident, ni la qualité en laquelle elle avait été embauchée, ni les conditions dans lesquelles elle était parfois employée à d'autres travaux ne permettaient pas d'apprécier qu'il y a eu accident du travail au sens de la loi... »

Cette décision est très juridique. Les domestiques et gens de maison se trouvent désormais protégés par la nouvelle loi qui leur rend applicable la loi sur les accidents du travail.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

UNE NOUVELLE PRÉPARATION IODÉE EN INJECTIONS MODIFICATRICES DANS LES ABCÈS FROIDS

Au cours de la séance du 1er février 1924, à la Société de thérapeutique, le docteur Jean Michaux a préconisé une suspension d'iode titrée à 0,00166 d'iode colloïdal par centimètre cube (orthoiodine Dausse) dans le traitement des abcès froids. On vide l'abcès aussi complètement que possible au trocart et on injecte ensuite sans autre précaution de 5 à 10 centimètres cubes de cette préparation suivant le volume de la poche.

Une seule injection suffit le plus souvent; dans quelques cas, il est nécessaire de pratiquer une seconde injection quinze jours à trois semaines après la première. Cette thérapeutique amène non seulement la disparition de la poche abcédée, mais encore la formation à son niveau d'un tissu de sclérose un peu lardacé que l'on sent parfaitement à la palpation profonde et qui indique la guérison.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sergent, Tixier, Berger, Bensaude, Halbron, Claisse, Lecène, qui acceptent; Darier, Milian, Clerc, Foix, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Médecine opératoire.* — Séance du 22 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes. — Désarticulation du genou. »

MM. Sénèque, 22; Gouverneur, 29; Bloch (Jacques), 25; Girod, 23; Petit-Dutaillis, 27; Monod et Madier, 22.

Epreuve orale. — Séance du 23 mai. — Question donnée : « Cancer du cæcum. »

MM. Sénèque et Petit-Dutaillis, 16; Monod; 17; Gouverneur, 19; Madier, 18.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Un arrêté ministériel en date du 23 mai 1924 porte que « le ministre de l'Intérieur met à la disposition du ministre du Travail et de l'Hygiène les fonctionnaires de l'inspection générale des services administratifs qui, soit à raison de leur titre de docteur en médecine, soit à raison de leur compétence particulière, peuvent être plus spécialement chargés des services d'assistance et d'hygiène.

Le ministre du Travail et de l'Hygiène ou, par délégation, le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques adresse au ministère de l'Intérieur (service central de l'inspection générale, prévu par le règlement d'administration publique susvisé) toutes communications relatives aux tournées, missions et avis du Comité des inspecteurs généraux. »

— Il est ouvert un concours pour un emploi de chef de laboratoire à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Les épreuves de ce concours commenceront le 30 juin 1924.

— Il est ouvert un concours pour quatre places d'aides de clinique titulaires et huit places d'aides de clinique provisoires à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

La date de ce concours est fixée au 23 juin 1924.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à la maison nationale de Saint-Maurice (quartier des aliénés hommes).

Cet emploi sera réservé à un médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, choisi sur une liste de trois noms désignés par la commission des médecins des asiles.

Il est bien entendu que la nomination du titulaire sera faite à titre provisoire et ne conférera aucun droit aux postes du cadre spécial des asiles de la Seine. (*J. O.*, 25 mai 1924.)

GUERRE. — Service de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 12 mai 1924, M. Bouisset, élève de l'Ecole principale du Service de santé de la marine et des colonies, a été nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe des troupes coloniales, pour prendre rang, sans rappel de solde, du 31 décembre 1922.

Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin aide-major de deuxième classe Bouisset a été affecté au 8e régiment de tirailleurs coloniaux, à Toulon.

HOPITAL LAENNEC. — Enseignement pratique d'oto-rhino-laryngologie. — M. Henri Bourgeois, chef de service, commencera le lundi 2 juin, à 10 heures, une série de vingt leçons sur les maladies des fosses nasales, du rhino-pharynx et des sinus avec la collaboration de MM. Baldenweck, Le Mée, Moulonguet, Halphen, Rouget, Ramadier, André Bloch, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, Maurice Bouchet, Cornet, Tarneaud et Poyet, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis à 10 heures et comprendra :

1° Une consultation expliquée, d'une heure, pendant la-

quelle les élèves assisteront à l'examen des malades nouveaux et seront exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales ;

2° Une leçon conçue dans un sens pratique, les mêmes jours à 11 heures.

Programme du cours. — 1. Rhinites aiguës. — 2. Rhinites chroniques. — 3. Malformations, traumatismes et fractures du nez. — 4. Correction esthétique des déviations nasales. — 5. Epistaxis. — 6. Ozène. — 7. Traitement chirurgical de la rhinite atrophique. — 8. Coryza spasmodique. — 9. Anosmie. Réflexes d'origine nasale. — 10. Tuberculose du nez. — 11. Syphilis du nez. — 12. Tumeurs des fosses nasales. — 13. Ethmoïdite et polypes muqueux. — 14. Sinusite maxillaire. — 15. Sinusite frontale. — 16. Sinusites postérieures et leurs complications. — 17. Polypes nasopharyngiens. — 18. Tumeurs malignes du cavum. — 19. Végétations adénoïdes. — 20. Tumeurs du sinus maxillaire.

Une leçon complémentaire sera faite par M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec.

Les mardis, jeudis et samedis, les élèves pourront assister aux interventions pratiquées dans le service. Ils seront admis sur leur demande, à continuer à y travailler ultérieurement.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. Maurice Bouchet, assistant du service O.-R.-L. Droit d'inscription : 200 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maguin (d'Audruicq).

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MONUMENT AUX EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS MORTS POUR LA FRANCE.

Quand mon heure viendra, souviens-toi de la tienne,
O toi qui sais mourir !
(LAMARTINE. *Le Crucifix.*)

Dimanche dernier, à l'Hôtel-Dieu, émouvante cérémonie. Devant des familles en larmes, devant les représentants des Pouvoirs publics, devant un public d'élite, l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris inaugurait le très beau monument que la piété des vivants a élevé à la mémoire des morts. Dû au ciseau du sculpteur Bouffez, il représente la tranchée. A droite, le parapet : des tireurs aux créneaux, le doigt sur la gâchette. A gauche, d'autres combattants. Au milieu, les blessés, relevés et secourus par les brancardiers, sous la conduite du médecin auxiliaire. Heures tragiques où les uns ne songent qu'à donner la mort, les autres à refaire de la vie ! Epopée surhumaine où le médecin multiplie ses efforts à mesure que s'étend le carnage ! Vision inoubliable où, au-dessus de la douleur, plane et resplendit la charité !

C'est ce monument que M. Belot, président d'honneur de l'Association, remet aujourd'hui à l'Assistance publique. Dans un langage sobre, il magnifie les exploits de ses jeunes camarades. Comment dénombrer leurs innombrables actes de courage? Leur héroïsme n'était-il point partisan de l'anonymat? Mais comment, aussi, ne pas citer quelques exemples? Celui-ci, à la veille de remonter en ligne, écrit aux siens : « Je me réjouis sincèrement de retourner au danger » ; quelques jours après, il est tué à son poste. Celui-là, apprenant que des hordes sanguinaires s'approchent de son ambulance, se place au-devant des blessés pour les protéger de son corps et meurt avant eux, avec eux et pour eux. Trouvant que, dans une formation sanitaire, les risques sont par trop restreints, il en est un qui *déserte* pour s'engager dans une unité combattante...

D'autres discours sont successivement prononcés par MM. Hudelo, directeur de l'Hygiène, au nom du ministre du Travail ; Bompard, vice-président du Conseil de surveillance ; Roger, doyen de la Faculté de médecine ; Béchet, secrétaire général de l'Assistance publique, au nom de M. Mourier, retenu au loin par la maladie ; Missoffe, vice-président du Conseil municipal ; Billecard, chef de cabinet du ministre de l'Instruction publique ; Cossa, président de l'Association. A ce dernier était réservée la tâche de procéder à l'appel des morts. Frémissante, debout, l'assistance l'entend énoncer, d'une voix vibrante, les noms et prénoms des quatre-vingts externes qui, modernes La Tour d'Auvergne, sont tombés au champ d'honneur. Il dit ensuite, ce jeune, ce que les jeunes doivent à leurs aînés. N'est-ce point grâce à leur sacrifice qu'ils ont pu connaître eux-mêmes, après l'anxiété de l'attente, le triomphe de la délivrance?

Quelle leçon ces élèves n'ont-ils pas donnée à leurs maîtres ! Hier encore, c'étaient des enfants. Et, soudain, les voilà jetés dans la tourmente. L'épreuve les mûrit. Elles font d'eux des hommes. Chevaliers de l'idéal, ils veulent, comme jadis leur illustre compatriote Bayard, rester sans peur et sans reproche. Ils ne pensent plus qu'à bien mourir. Qui pourrait les oublier ? Comment ne pas adresser à chacun d'eux ces mots touchants qu'une main malhabile a gravés sur une tombe, au cimetière d'Esbly : « Bien que la terre te couvre, mes yeux te verront toujours ! »

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — STATION THERMALE DE SAINT-NECTAIRE. SERVICES AUTOMOBILES P.-L.-M. AU DÉPART DE CLERMONT-FERRAND ET D'ISSOIRE. — Les services automobiles que la Compagnie P.-L.-M. organise, pendant la saison, pour la desserte de la station thermale de Saint-Nectaire fonctionneront, cette année, dès le 15 mai au départ de Clermont-Ferrand et à partir du 1er juin au départ d'Issoire, dans les conditions suivantes :

Clermont-Ferrand à Saint-Nectaire : un service quotidien du 15 mai au 25 septembre ; deux services quotidiens à partir du 1er juin.

Issoire à Saint-Nectaire : Murols et Besse : service quotidien du 1er juin au 25 septembre desservant, du 1er juillet au 31 août, le Lac Chambon à l'aller et au retour.

En vue de permettre aux baigneurs d'excursionner aux environs de Saint-Nectaire, un service sera organisé du 1er juillet au 15 septembre entre Saint-Nectaire et le Lac Chambon.

Les voitures assurant les services de Clermont-Ferrand et d'Issoire à Saint-Nectaire comportent une élégante et confortable carrosserie fermée.

Correspondance directe à Clermont-Ferrand et à Issoire avec les trains express de et pour Paris. Billets directs avec enregistrement des bagages, de Paris, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nîmes, Saint-Etienne et Vichy à Saint-Nectaire, Murols et Besse.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Par le docteur J. LHERMITTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANATOMIE

Sur les connexions du locus niger de Sœmmering. (Ch. FOIX et J. NICOLESCO. *Encéphale*, nov. 1923, n° 9, p. 553.) — Les connexions du *locus niger* sont aujourd'hui encore assez mal définies et l'on comprend l'intérêt qui s'attache maintenant à leur étude puisque l'on sait la fréquence et l'intensité des altérations nigériennes au cours de certaines affections dont la principale est, sans conteste, la maladie de Parkinson.

Les auteurs se sont attachés à préciser, autant qu'il est possible, les voies efférentes de ce groupe de cellules pigmentées se présentant sur les coupes transversales du mésocéphale sous la forme de deux croissants légèrement inclinés. Les méthodes de Weigert-Pal et de Bielschowsky permettent d'observer que, de l'angle externe du *locus niger*, des fibres onduleuses se dégagent pour gagner la région dorsale après avoir traversé le ruban de Reil médian et que, d'autre part, d'autres fibres plus ou moins groupées se dirigent tout à l'opposé, vers le pied du pédoncule cérébral où elles se groupent en arrière de la voie pyramidale.

L'étude histologique met donc en lumière deux courants efférents opposés : un courant de la calotte et un courant du pied du pédoncule. Vers quels centres se dirigent ces courants figurés par les fibres efférentes que nous venons de décrire? Il semble, mais ce n'est encore qu'une hypothèse, que le courant du pied probablement après décussation aboutisse aux centres sous-jacents; quant à la voie de la calotte, sa terminaison apparaît encore plus énigmatique, l'hypothèse la plus probable est que cette voie sert de commissure entre les deux *locus niger* et relie, peut-être, ce dernier avec le système strié du côté opposé et aussi avec le noyau interstitiel de Cajal.

Etudes de cytoarchitectomie médullaire. (S. BERTRAND et VAN BOGAERT. *Revue neurol.*, sept. 1923, n° 3, t. II, p. 177 et oct. 1923, n° 4, t. II, p. 312.) — Dans cet important mémoire, les auteurs montrent que si l'on peut situer les groupements cellulaires de la moelle suivant certains axes de repère il n'existe pas de topographie absolument fixe. Les colonnes cellulaires spinales ne représentent, en effet, nullement des unités fonctionnelles, segmentaires ou nerveuses périphériques mais seulement des groupements morphologiques liés à la métamérie de notre structure organique.

SÉMIOLOGIE

Le réflexe carotidien. (H. HÉRING. *Munch med. Wochenschrift*, 1923, n° 42, p. 1287.) — Nombre d'auteurs admettent que la pression exercée sur la pneumogastrique détermine, par l'excitation de ce nerf qu'elle provoque, un ralentissement des battements du cœur. Cette épreuve semble mal interprétée; et Héring après avoir soumis le pneumogastrique du lapin à des pressions très variables n'a jamais obtenu de bradycardie. Au contraire, il suffit, d'après cet auteur, de soumettre la carotide au niveau de sa bifurcation surtout, à des excitations mécaniques pour faire apparaître un ralentissement du cœur. L'épreuve de la « compression du vague » apparaît ainsi comme une réflexe d'origine carotidienne.

Sur un symptôme objectif au cours des lésions cérébrales. Le réflexe du clignement de Bruno Kisch. (GRUETER. *Aniteil. aus. d. Greuzgeb. des med. und chir.*, 1923, vol. XXXVI, fasc. 4, p. 481.) — Sous le nom de réflexe de Kisch peu connu en France, l'on désigne un phénomène caractérisé par un court battement des paupières consécutif à une excitation tactile ou calorique de la partie profonde du conduit auditif externe ou du tympan. Ce réflexe ne manque pour ainsi dire jamais à l'état normal. D'après l'auteur, il serait en défaut chez les sujets atteints d'affections cérébrales traumatiques ou médicales. Cette constatation semble surtout intéressante dans les faits où un traumatisme cranio-encéphalique a laissé à sa suite des perturbations subjectives importantes et seulement un minimum de symptômes objectifs et dans lesquels, par conséquent l'hypothèse de la simulation ou de l'amplification des troubles fonctionnels peut être posée.

Contribution clinique à la pathologie du cerveau. Les lésions en foyer des circonvolutions occipitales. (H. BERGER. *Archiv. f. psychiat. und nervenheilk.*, 1923, vol. LXIX, fasc. 5, p. 569.) — L'auteur rapporte plusieurs observations intéressantes. La première à trait à un malade chez lequel une blessure avait déterminé la rupture des connexions qui unissent le lobe occipital au lobe pariétal : à la suite de cette lésion on relevait une difficulté particulière dans l'évocation des lettres de l'alphabet. Dans deux autres faits, des lésions destructives de l'écorce occipitale (région calcarinienne) s'accompagnaient respectivement de cécité et d'hémianopsie. Or, dans ces cas, apparaissait dans le champ visuel aveugle des hallucinations simples ou complexes. Il semble donc que l'existence d'hallucinations visuelles soit, dans certains cas, en rapport directement avec une adultération de l'écorce visuelle.

Hallucinations visuelles en tant que phénomènes de localisation cérébrale avec considérations spéciales sur leur survenance au cours des tumeurs du lobe temporal. (G. HORRAX. *Archiv. of neurol. and psychiat.*, 1923, vol. X, n° 5, p. 532.) — Par la répercussion qu'elles entraînent sur les fonctions des radiations optiques de Gratiolet, les tumeurs qui se développent sur le lobe temporal sont capables d'entraîner l'apparition d'hallucinations visuelles. Mais celles-ci possèdent un caractère de complexité particulière. De plus, ainsi que d'autres auteurs en ont déjà fait mention, les fausses perceptions visuelles se localisent souvent sur les deux moitiés du champ visuel controlatérales par rapport au siège de la lésion néoplasique. Fait à noter, dans la plupart des cas, il s'agit d'hallucinations conscientes dont le caractère pathologique est parfaitement reconnu par le sujet.

Les dysarthries centrales et leur pathogénie. (E. LEYSER. *Klin. Woch.*, 1923, n° 47, p. 2176.) — Les troubles de l'articulation verbale comptent parmi les phénomènes les plus fréquemment observés en neuropathologie et aussi parmi les plus révélateurs du siège de l'altération de l'encéphale. Cependant, il n'est pas niable que la dysarthrie ne reconnaît pas toujours le même mécanisme. Dans ce travail, inspiré en grande partie de vues théoriques mais cependant suggestives, l'auteur divise les dysarthries en deux grands groupes : les dysarthries liées aux altérations des faisceaux géniculés et celles qui sont conditionnées par les perturbations du système extrapyramidal. Les premières déforment la parole en la rendant lourde, nasonnée; elles s'accompagnent de dysphonie et même d'aphonie; les secondes doivent être, selon l'auteur, subdivisées en plusieurs catégories. Parmi celles-ci il faut citer : 1° les dysarthries déterminées par l'altération

des voies frontopontines dans lesquelles la parole devient motonone et rapide ; 2° les dysarthries d'origine striée qui s'accompagnent de palilalie (dysarthrie itérative), de scansion du fait des mouvements choréiques qui s'associent souvent au défaut d'articulation verbale; 3° les dysarthries pallidales dans lesquelles l'hypertonie demeure le fait le plus saillant et détermine la lenteur, la monotonie de la parole; enfin, 4° les dysarthries cérébelleuses lesquelles accompagnent, dans la règle, les altérations du cervelet ou de ses voies afférentes ou efférentes.

Sur la dépendance des mouvements des représentations visuelles. Troubles de la motilité chez les sujets atteints de cécité psychique. (Kint GOLDSTEIN. *Monat. f. Psych. und Neurol.*, 1923, vol. LIV, p. 141.) — Dans deux cas de cécité psychique avec perturbation profonde des représentations visuelles, Goldstein a pu mettre en évidence des troubles de la motilité des plus intéressants. Les mouvements volontaires exécutés sous le contrôle de la vue pouvaient être exécutés mais seulement avec gaucherie et lenteur tandis que si l'on fermait les yeux des malades ces mouvements ne pouvaient être réalisés. Ce trouble de la motilité se montrait donc nettement en rapport avec la déficience des représentations mentales visuelles. Les mouvements habituels, au contraire, apparaissaient beaucoup moins modifiés.

Il semble donc que l'exécution rapide et correcte d'un mouvement compliqué exige deux conditions : une exacte représentation de l'espace et l'intégrité des images kinestésiques.

Contribution à l'étude de l'astéréognosie (agnosie tactile). (N. KRESTNIKOFF. *Zeit. f. die ges. Neurol. u. Psych.*, 1923, vol. LXXXIII, p. 527.) — L'abolition du pouvoir de la reconnaissance des objets par le palper, l'agnosie tactile, est aujourd'hui considérée suivant deux angles différents. Selon certains auteurs, parmi lesquels se range Déjerine, l'astéréognosie est toujours fonction de troubles de la sensibilité élémentaire; selon une autre opinion exprimée par Wernicke, Raymond, F. Rose, Egger, l'agnosie tactile doit être considérée comme l'expression de perturbations corticales, elle est indépendante du déficit des sensibilités élémentaires puisque, dans quelques cas où la reconnaissance tactile est abolie, l'on ne retrouve que des modifications insignifiantes de la sensibilité cutanée ou profonde.

L'auteur, en se basant sur une observation, combat l'opinion soutenue par Déjerine. L'agnosie tactile est, au vrai, un trouble psychologique de la reconnaissance dont l'origine est à chercher dans l'adultération fonctionnelle ou organique des faisceaux d'association qui relient les centres corticaux. Il est probable, quoique non démontré, que la lésion siège, dans les faits de ce genre, au niveau du gyrus pariétal ou dans la circonvolution postcentrale, c'est-à-dire à l'origine des faisceaux qui collectent les sensations tactiles et les transmettent aux centres de perception.

PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Les myoclonies et les corps amylacés dans les cellules nerveuses. (G. LAFORA. *Rvvue neurol.*, nov. 1923, n° 5, t. II, p. 399.) — En 1911, l'auteur décrivit au sein du protoplasma des cellules nerveuses des corpuscules arrondis ressemblant de très près aux corpuscules amylacés dont on sait la fréquence dans la substance blanche du cerveau et de la moelle des sujets âgés. Depuis, cette lésion si curieuse qui traduit une désintégration spéciale du cytoplasma a été retrouvée par un grand nombre d'auteurs. Ce qui est à retenir des recherches de Lafora c'est que ces corpuscules intracytoplasmiques possèdent des réactions histochimiques qui les apparentent, d'une part, avec les corps amylacés et, d'autre part, avec les corpuscules de substance hyaline ; que cette lésion peut apparaître diffuse ou circonscrite. Dans ce dernier cas, le plus intéressant pour le neurologiste, l'infarcissement des neurones par les corpuscules peut se limiter au système extrapyramidal (appareils strio-rubo-cérébelleux et thalamo-rubo-cérébelleux) et déterminer l'apparition de myoclonies.

Sur les fondements biogénétiques de la symptomatologie des affections pyramidales. (ASTWAZATUROW. *Deut. zeit. f. Nerven.*, 1923, vol. LXXVIII, f. 3-6, p. 129.) — Dans ce travail, l'auteur s'efforce de démontrer que les symptômes afférents à la suppression fonctionnelle ou organique de la voie pyramidale ne sont autres que l'expression de la libération de mécanismes anciennement inscrits dans la physiologie du système nerveux. C'est ainsi que le signe de l'orteil de Babinski peut être considéré comme la reviviscence du premier stade du mouvement de préhension du pied, que le réflexe de succion n'est autre que la libération d'un acte phylogénétiquement et ontogénétiquement très ancien, que les contractures sont liées à la suppression de l'inhibition physiologique de l'encéphale sur les centres bulbo-spinaux. L'attitude déterminée par les contractures met également en évidence des fonctions automatiques élémentaires. Et il est aisé de comprendre ainsi le déterminisme de l'extension du membre inférieur comme aussi l'origine de la flexion du membre supérieur dans l'hémiplégie banale. La fonction du membre abdominal est, avant tout, la sustentation, celle du membre thoracique la préhension.

Sur l'écrasement expérimental de la moelle avec considérations spéciales sur les facteurs mécaniques et les modifications anatomiques portant sur les zones spinales altérées. (Marc VEIGH. *Arch. of surg. and obst.*, 1923, n° 3, p. 573.) — L'écrasement de la moelle dorsale à la suite des fractures graves de la colonne vertébrale est un fait assez communément observé et dont l'extrême gravité est connue de tous les chirurgiens. Quelles sont les modifications du tissu médullaire que provoquent ces fractures? Tel est le problème que l'auteur s'est efforcé de résoudre par la voie expérimentale. De ces recherches il résulte que, dans les destructions incomplètes de la moelle, le phénomène le premier en date est l'œdème, lequel augmente d'intensité et d'étendue pendant deux jours, puis l'hémorragie portant surtout sur les cordons postérieurs. Non seulement l'incision de la duremère recommandée par certains chirurgiens n'est pas indiquée pour pallier à ces phénomènes, mais la suppression de la barrière durale augmente l'étendue des lésions que nous venons de rappeler.

Dans les cas plus graves, la moelle apparaît complètement divisée et les deux tronçons sont réunis par une masse pulpeuse, véritable bouillie, vestige de l'écrasement de la substance médullaire.

Ainsi que Lhermitte et P. Boveri l'ont observé, l'altération de la moelle ne se limite pas au point comprimé brusquement et, au-dessous comme au-dessus de la lésion principale, la moelle présente un véritable ramollissement, lequel s'étend de préférence en arrière du canal épendymaire.

Lorsque l'animal survit plus de deux semaines au traumatisme, la zone nécrosée se transforme en cavité. En aucun cas, la pie-mère n'est dilacérée. L'auteur insiste très justement sur ce fait que la substance médullaire réduite en bouillie contenue dans une gaine piemérienne peu extensible tend à fuser à la fois dans les régions supérieure et inférieure et ainsi compromet la vitalité des extrémités de la moelle tronçonnée.

Les expériences de M. Veigh confirment donc dans leurs résultats l'enseignement de la clinique qui avait montré combien, à la suite de compressions vertébrales brusques et très limitées, les lésions de la moelle pouvaient apparaître étendues et les symptômes de déficit moteur et sensitif sensiblement plus diffus que ceux qu'eût comportés une transsection spinale par un instrument tranchant.

Chorée expérimentale et athétose. (G. LAFORA. *Siglo med.*, 1922, vol. LXX, p. 463.) — Bien que l'état de nos connaissances sur la physiologie pathologique de la chorée et de l'athéthose se soit heureusement modifié depuis les apports nombreux des neurologistes français et étrangers relatifs aux syndromes extrapyramidaux, il reste encore bien des points obscurs au sujet du déterminisme de ces désordres du mouvement. Les recherches de Lafora sont donc du plus grand intérêt puisqu'elles ont eu pour but de préciser, par la voie expérimentale, la cause même de la chorée et de l'athétose.

De ces recherches qui ont porté sur vingt-sept chats, il résulte qu'une lésion traumatique du pédoncule cérébelleux supérieur produit des phénomènes choréiques directs et

croisés suivant que la lésion porte au-dessus ou au-dessous de son entrecroisement.

Au contraire, les altérations de la région sous-optique déterminent l'athétose ou un complexe choréo-athétosique. Il semble que, dans ces derniers cas, il faille incriminer l'atteinte des fibres des radiations de la calotte et plus particulièrement les fibres qui réunissent le noyau rouge à la couche optique.

Les bases anatomiques de la conduction nerveuse. (G. HERINGA. *Psych. d. Neurol.*, 1923, nos 1-2, p. 13.) — Deux opinions sont, à l'heure actuelle, en présence au sujet de la croissance des axones chez l'embryon. Selon R. y Cajal, les cylindre-axes cheminent librement au sein des divers tissus et ce n'est qu'après leur croissance qu'ils s'entourent d'une gaine de Schwann; selon Held, en particulier, aucun axone n'existe à l'état libre dans les tissus, toujours le cylindre-axe apparaît entouré par une enveloppe d'origine ectodermique. En somme, d'après les tenants de cette doctrine à laquelle pendant la guerre M. Dustin a apporté un important appui, le cylindre-axe ne chemine que suivant des voies préformées d'origine névroglique. Heringa se rallie complètement à cette doctrine de l'odogenèse et soutient que, dès le début de leur développement, chez le fœtus, les axones poussent dans un syncitium d'origine « mésodermipue »; celui-ci est formé d'abord de lemmoblastes, lesquels progressivement se transforment en cellules de Schnann, d'une part, et en axoplasme, d'autre part. Selon l'auteur, les dispositions anatomiques que l'on rencontre au niveau de l'épanouissement des extrémités nerveuses ressemblent de très près à celles de l'embryon et laissent reconnaître des lemmoblastes d'origine conjonctive.

Cf. — Sur la double nature du système nerveux efférent. Une nouvelle étude des systèmes statique et cinétique; leurs fonctions et leur symptomatologie. (J. RAMSAY HUNT. *Arch. of neurol. and psych.*, 1923, vol. X, n° 1, p. 37.)

L'importance du tronc cérébral pour le tonus musculaire et l'attitude du corps. (R. MAGNUS. *Deut. med. Woch.*, 1923, n° 16, p. 501.)

Sur la voie centrale de l'hypoglosse. Recherches expérimentales et anatomiques. (MINGAZZINI. *Journ. f. psychol. und Neurol.*, 1923, vol. XXIX, p. 4-5, p. 273.) — Important travail comprenant, non seulement des recherches personnelles sur le singe, mais encore toute la bibliographie se rapportant à cette question.

MOELLE ÉPINIÈRE

Sur un type d'atrophie musculaire progressive à évolution subaiguë. (Poliomyélite antérieure subaiguë.) (A. SOUQUES et Th. ALAJOUANINE. *Ann. de méd.*, avril 1924, t. XV, n° 4, p. 281.) — Depuis la découverte des diverses myélopathies (sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, myélites syphilitiques, etc.) qui peuvent s'accompagner d'atrophie musculaire, le territoire du syndrome d'Aran-Duchenne s'est singulièrement réduit. Et certains neurologistes en sont venus à se demander si, réellement, l'atrophie musculaire consécutive à la destruction des cornes antérieures existait. Pour rares qu'en soient aujourd'hui les observations anatomo-cliniques, la poliomyélite antérieure chronique n'en mérite moins une place en nosographie. Les auteurs du présent travail ont observé, eux, une forme très spéciale de poliomyélite dont la rapidité d'évolution tranche avec la lenteur avec laquelle se déroule la maladie de Duchenne-Aran. Le cas qui fait la base de ce mémoire se rapporte à un adolescent de dix-sept ans chez lequel apparut d'abord une atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras droit sans modifications de la réflectivité et de la motricité à rapporter à une modification de la voie cortico-spinale. Le liquide céphalo-rachidien demeurait normal, la réaction de Wassermann était négative. Quelques mois plus tard, la main du côté opposé offrait la même amyotrophie. Enfin, celle-ci rapidement s'étendait aux membres inférieurs, d'une part, et aux muscles innervés par les noyaux bulbo-protubérantiels. La mort subite par shock bulbaire fut le brutal dénouement de cet état morbide. L'autopsie et l'étude histopathologique montraient l'existence d'une atrophie volumétrique et numérique des grandes cellules radiculaires antérieures surtout apparente dans la région cervicale. Au niveau du bulbe, on rencontrait, associées à cette lésion dégénérative, des modifications vasculaires, témoignage certain de l'origine infectieuse de la maladie. Pour mettre en évidence le germe infectieux que permettait de supposer le résultat de l'enquête anatomique, les auteurs injectèrent à quatre cobayes et à deux lapins une émulsion filtrée et non filtrée de la moelle et du bulbe du malade. Un des animaux présenta, au bout de six mois, une paraplégie progressive accompagnée d'amyotrophie. Chez cet animal (lapin), l'étude histologique fit voir les mêmes lésions, à type de poliomyélite, que chez le sujet dont la moelle avait été prélevée à l'autopsie.

Pour des raisons complexes, les essais d'inoculation en série du virus poliomyélitique ne réussirent point.

Des recherches sont donc encore nécessaires pour identifier l'agent causal de cette poliomyélite progressive à allure subaiguë, mais dès aujourd'hui, l'attention doit être retenue sur cette variété de myélopathie, laquelle, sans conteste, apparaît originale tant dans son étiologie que dans son expression anatomo-clinique.

Transit lipiodolé rachidien. Technique sous-arachnoïdienne. Résultats diagnostiqués. (J. A. SICARD. *Revue neurol.*, janv. 1924, t. I, n° 1, p. 1.) — Ainsi que l'a montré M. Sicard dans plusieurs travaux antérieurs, le lipiodol constitue une substance spécialement favorable au contrôle radiologique de la cavité sous-arachnoïdionne en raison de son opacité, de sa parfaite tolérance et de l'absence de douleurs à la suite de l'injection lipiodolée. Si l'on ajoute à cela que l'huile lipiodolée chemine, avec la plus grande facilité, dans les défilés même les plus étroits, l'on voit que la technique proposée par M. Sicard est à l'abri de toute critique et aussi de tout danger réel.

Pour se rendre compte de la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens spinaux l'injection doit être pratiquée, suivant la technique aujourd'hui classique, au niveau de l'espace atloïdo-occipital. Le malade est placé dans le décubitus latéral, la tête un peu surélevée et fléchie en avant. L'aiguille chemine ainsi dans le ligament cervical postérieur, puis traverse la membrane occipito-atloïdienne et pénètre dans la grande citerne cérébro-médullaire. Sans retirer de liquide céphalo-rachidien, on pratique l'injection de 1 centimètre cube d'huile lipiodolée. Aussitôt après l'injection, le sujet doit être placé en position assise ou debout et pendant trois ou quatre heures, il sera interdit au sujet de reprendre la position horizontale.

La radiographie est pratiquée d'une à quatre heures après l'injection et en attitude verticale. Si le sujet ne présente aucune anomalie des espaces sous-arachnoïdiens, le lipiodol s'amasse en quelques minutes dans le cul-de-sac sacré. Au contraire, s'il existe un obstacle quelconque, le lipiodol arrête sa course et cet arrêt situe la localisation de cet obstacle.

Tantôt l'arrêt s'effectue brusquement en ligne nette horizontale ainsi qu'il arrive dans les cas de mal de Pott très compressifs, de fracture vertébrale serrée, de tumeur rachidienne volumineuse. Tantôt, au contraire, la bille lipiodolée se place à cheval sur la tumeur réalisant la figure d'un fer à cheval à convexité supérieure, tantôt enfin une partie du lipiodol reste accrochée aux flancs du néoplasme ou de la méningite de voisinage. Seul l'arrêt persistant de l'huile lipiodolée possède une valeur de localisation, le cheminement lent, en effet, peut se rencontrer chez des sujets indemnes de lésions vertébro-méningées.

Il est évident que l'arrêt absolu du lipiodol dans la cavité sous-arachnoïdienne ne peut, à lui seul, indiquer la nature de l'obstacle, mais par les indications qu'elle fournit sur la topographie de l'obstacle, cette méthode constitue pour la technique neurologique un indiscutable progrès.

ÉPILEPSIE

Recherches anatomiques sur l'épilepsie dite essentielle. (I. BERTRAND et J. RIVES. *Revue neurol.*, fév. 1924, t. I, n° 2, p. 401.) — Il n'est assurément plus question aujourd'hui de classer l'épilepsie, dite encore essentielle, dans le groupe allant toujours s'appauvrissant des névroses. Et il n'est guère de neurologiste qui n'admette l'existence de lésions à l'ori-

gine du mal comitial. Mais, malgré les nombreuses recherches qui ont été dirigées dans le sens de l'anatomie pathologique de l'épilepsie, il faut avouer que nous sommes encore très loin de la solution du problème. La question des altérations du cerveau des épileptiques apparaît, en effet, entourée de grandes difficultés dont une des principales tient dans l'incertitude où l'on se trouve de distinguer les lésions *causates* des altérations *secondaires* déterminées par la violence des crises convulsives et *terminales* liées à l'état de mal, ou à une affection intercurrente, pulmonaire, tuberculeuse, dont la mort a été le dénouement.

Les auteurs du présent mémoire ont étudié cinq cas d'épilepsie « essentielle » et ont pu relever l'existence de lésions variées. Les premières consistent dans des foyers cicatriciels cortico-méningés de forme triangulaire dont le sommet central s'enfonce en coin dans la substance corticale et atteint jusqu'à la cinquième couche. Il en résulte un aspect chagriné des circonvolutions et surtout des circonvolutions temporales.

Les secondes altérations sont d'ordre dégénératif. L'espace périvasculaire apparaît distendu par un exsudat séreux dans lequel on retrouve d'abondants produits de dégénérescence : corps amyloïdes, produits albuminoïdes métachromatiques, corps granuleux chargés de granulations pigmentaires et lipoïdes.

Enfin, la modification la plus importante de la corticalité consiste dans la formation de plages dépourvues de cellules nerveuses siégeant surtout dans la troisième couche.

Il n'est donc pas niable que l'épilepsie la plus essentielle au sens clinique du mot, s'accompagne de modifications notables de l'écorce du cerveau ; mais quelle est la signification de ces altérations ? Doivent-elles être considérées comme l'origine, la cause même des paroxysmes convulsifs ou, au contraire, comme la conséquence des perturbations vasculaires ou toxiques qu'engendre le mal comitial ? le problème ne pourra être résolu que par des recherches convergentes et pratiquées comme celles de Bertrand et Rives avec des techniques rigoureuses.

Cf. — Traitement de l'épilepsie par la sympathectomie. (E. FOERSTER. *Münch. med. Woch.*, 1923, nos 34, 35, p. 1114.)

Ostéomalacie avec épilepsie. (A. BRENNER. *Deut. Zeits. f. chir.*, 1922, vol. CLXXVI, fasc. 1-3, p. 66.) — Observation intéressante se rapportant à une malade âgée de trente-deux ans et atteinte d'ostéomalacie puerpuérale et de crises d'épilepsie. Un traitement à base d'huile de foie de morue phosphorée associée avec la médication récalcifiante amena non seulement une amélioration telle de l'ostéomalacie que la patiente put quitter le lit, mais aussi la guérison complète de l'épilepsie.

La cure alcaline de l'épilepsie. (E. PEDERCINI. *Nota e rivist di psichiatria*, 1923, n° 2, p. 381.) — Se basant sur l'opinion défendue par Heig et Krainski que l'épilepsie s'accompagne d'une rétention de l'acide urique et de l'acide phosphorique, l'auteur conseille de traiter les épileptiques en les soumettant à la médication alcaline suivante : 1g50 chaque jour d'un mélange à parties égales de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie. Les résultats seraient encourageants.

CERVEAU

Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. (G. LAFORA. *Archiv de neurol.*, 1922, vol. III, n° 3, p. 252.) — Lhermitte et L. Cornil ont montré avec preuves anatomiques que la syphilis était capable de localiser ses lésions encéphaliques sur le système strié et de conduire ainsi au développement d'un syndrome akinéto-hypertonique extrapyramidal ressemblant de très près au tableau clinique de la paralysie agitante sans tremblement. L'auteur rapporte deux faits très intéressants qui viennent à l'appui de ceux que nous venons de rappeler. Il s'agit de deux malades âgés respectivement de trente et un ans et de trente-sept ans chez lesquels le syndrome parkinsonien avec hypertonie et tremblement se montrait des plus évidents. Dans les deux cas, la syphilis était avérée par l'anamnèse et les réactions biologiques.

Il convient donc, au point de vue pratique, de rechercher avec le plus grand soin, dans les cas de syndrome akinéto-hypertonique parkinsonien, l'existence de la syphilis car celle-ci est sans doute moins exceptionnelle qu'il ne le paraît dans les descriptions des auteurs.

Sur un cas d'aphasie verbomotrice par lésion du noyau lenticulaire gauche. Contribution anatomo-clinique. (G. FRANCIONI. *Riviste speriment. di Freniatria*, 1923, vol. XLVI, fasc. 3-4, p. 351.) — Depuis longtemps, Mingazzini soutient que les lésions du noyau lenticulaire gauche peuvent, à elles seules, déterminer le syndrome de l'aphémie. Toutefois, cette doctrine est loin d'avoir rallié la majorité des neurologistes. Aussi l'observation anatomo-clinique rapportée par l'auteur, mérite-t-elle d'être analysée. Elle a trait à une malade âgée de soixante-treize ans atteinte de folie maniaque dépressive chez laquelle s'installa brusquement une aphasie motrice accompagnée de parésie temporaire du facial inférieur droit. Il n'existait aucun trouble du langage intérieur. La patiente succomba subitement et l'autopsie montra l'existence d'un foyer nécrotique détruisant la partie moyenne du putamen gauche. A y regarder de près cependant, cette observation n'apparaît pas pleinement démonstrative car l'auteur lui-même relève la présence de lésions dégénératives d'origine artérielle frappant la troisième circonvolution frontale. Loin, par conséquent, de démontrer la réalité de la doctrine de Mingazzini, ce fait vient plutôt s'inscrire en faveur de la thèse défendue depuis Broca par de nombreux neurologistes et particulièrement par Dejerine.

Encéphalite épidémique. Etude anatomique de cinq cas dont deux comportant des myoclonies. (M. MORSE. *Archiv of neurol. and psych.*, 1923, vol. IX, n° 6, p. 751.) — Après avoir rappelé les constatations que tous les auteurs ont faites dans l'encéphalite léthargique, Morse expose que dans les faits qu'il a étudiés personnellement, les lésions se montraient étendues à tout le système nerveux central avec toutefois une prédominance marquée sur le mésocéphale. D'après l'auteur, les lésions corticales sont aussi accusées dans les faits où la maladie se complique de troubles mentaux que dans ceux où ceux-ci font défaut. Pour ce qui est des myoclonies, aucune localisation anatomique ne peut, aujourd'hui, leur être assignée. Il convient cependant de reconnaître que, dans ces derniers faits, les altérations de la moelle allongée et du pont se montraient particulièrement intenses.

L'auteur rapporte, en outre, des faits intéressants concernant les lésions de l'intestin. Dans un de ses cas, la muqueuse intestinale apparaissait très injectée, épaissie, et recouverte d'un exsudat sanglant. Le cæcum, d'autre part, était le siège d'ulcérations et les follicules lymphatiques du gros intestin étaient hypertrophiés et de couleur purpurique. Dans un second cas, l'auteur relève l'existence d'hémorragies de la muqueuse gastrique et l'injection vive de l'intestin grêle.

Les constatations de M. Morse sont très intéressantes car elles rendent compte des phénomènes gastro-intestinaux assez fréquemment observés à la phase du début de l'encéphalite et assez bruyants parfois pour forcer la main du chirurgien ainsi que Lhermitte, Massari en ont rapporté des exemples.

Traitement par un sérum spécifique de l'encéphalite épidémique. (Ed. ROSENOW. *Journ. of the Am. med. Aosociat.*, 1923, n° 22, p. 1583.) — L'auteur part de ce point de vue que l'encéphalite épidémique est liée au développement d'un virus filtrant anaérobie, virus dont l'existence a été démontrée par Strauss Leewe et Hirschfeld, et dont une des formes très amplifiées est représentée par un streptocoque dont la culture est aisée. Ce streptocoque, forme amplifiée démesurément du virus filtrant, contient une grande quantité d'antigène alors que celui-ci n'en recèle que fort peu.

Le traitement de l'encéphalite de l'homme consiste à injecter quotidiennement pendant cinq à dix jours 10 à 40 centimètres cubes de sérum de cheval immunisé par le streptocoque. L'injection sous-arachnoïdienne ne possède aucun avantage sur l'injection intramusculaire. Dans tous les cas, on observe une réaction sérique, mais les malades sont nettement améliorés, non seulement ceux qui présentent une forme d'encéphalite avec narcolepsie mais encore les patients atteints de myoclonies, de chorée ou même de syndrome akinéto-hypertonique (pseudo-Parkinson). D'après la statistique de l'auteur, sur 130 cas, l'on constata dans 85 une amélioration, 43 ne montrèrent aucun changement et deux cas aigus furent fâcheusement influencés.

Sur la signification des plaques séniles et sur la formule sénile de l'écorce cérébrale. (F. SIMCHOWICZ, *Revue neurol.*, fév. 1924, t. I, n° 2, p. 221.) — Depuis l'époque déjà lointaine (1892) où Blocq et Marinesco décrivaient les foyers miliaires de sclérose névroglique de l'écorce cérébrale, de très nombreux travaux ont été publiés sur la nature, l'origine et la signification pathologique de ce que l'on désigne aujourd'hui du terme de « plaques séniles » de Redlich-Fischer. L'auteur qui, depuis 1907, s'est attaché à leur étude soutient avec les meilleurs arguments, une opinion particulière qu'il est important de connaître car elle est basée sur de nombreux faits positifs.

Contrairement à Redlich et Léri qui pensaient pouvoir établir un rapport entre le développement de ces plaques et l'épilepsie tardive, en opposition avec Fischer pour lequel les plaques séniles étaient l'apanage d'une variété de démence sénile : la presbyophrénie, Simchowicz montre que les plaques corticales ne caractérisent aucune maladie nerveuse ou mentale déterminée. Les foyers de sclérose miliaire apparaissent, en effet, dans les cerveaux de vieillards normaux; ils sont donc le témoignage exclusif de la sénilité cérébrale.

Quant à leur développement, l'auteur admet que le début de la plaque se fait par l'atrophie des plus fins éléments nerveux de l'écorce autour desquels prolifère et se densifie le réseau névroglique. Les cylindres-axes à leur tour subissent un processus double de dégénération et de prolifération. Au point de vue de leur topographie, les plaques séniles abondent surtout dans la corne d'Ammon et dans l'écorce frontale; jamais on n'en relève la présence dans le cervelet ni dans la moelle. Le nombre de plaques semble en rapport avec l'intensité du processus de la sénilité cérébrale, aussi par la numération des foyers de sclérose miliaire peut-on acquérir, en quelque sorte, la formule sénile de l'écorce cérébrale en question. Cette formule se calcule ainsi : l'indice frontal étant connu (c'est-à-dire le nombre absolu de plaques sur le lobe frontal, pour un champ microscopique donné), l'on divise cet indice par les indices (recherchés de la même manière) des lobes pariétaux, temporaux et occipitaux. Si l'indice frontal l'emporte, on se trouve en présence d'un cas de démence sénile ou de sénilité simple; si l'indice frontal est au-dessous de celui des autres régions il s'agit d'une forme atypique de démence, la maladie d'Alzheimer.

Sur l'étiologie de la dégénérescence hépato-lenticulaire. (P. NAYRAC. *Revue neurol.*, déc. 1923, t. II, n° 6, p. 504.) — Hómen puis Strümpell avaient déjà soupçonné l'existence possible de l'hérédosyphilis à l'origine de la dégénération hépato-lenticulaire (maladie de Wilson, pseudo-sclérose), mais sans apporter d'arguments bien frappants. A l'occasion d'une observation de maladie de Wilson, l'auteur reprend l'idée de l'étiologie syphilitique héréditaire de la dégénération lenticulaire progressive. Le seul argument relevé par M. Nayrac consiste dans le fait que la mère de la malade est atteinte de tabes. Il resterait à prouver que la contamination spécifique a été réalisée antérieurement à la naissance de l'enfant chez lequel, à l'âge de seize ans, devaient se développer les symptômes de la maladie de Wilson. Le fait, rapporté par l'auteur, n'apporte donc pas encore la démonstration de l'origine syphilitique de la dégénération lenticulaire.

CERVELET

Sur les localisations fonctionnelles du cervelet. (IVEN INGVAR. *Brain*, 1923, vol. XLVI, fasc. 3, p. 302.) — La plupart des divisions anatomiques que l'on s'accorde à attribuer au cervelet sont inspirées des recherches de Bolk, lequel a poursuivi l'étude du petit cerveau dans toute la série des vertébrés. Selon Ingvar, le lobe postérieur de Bolk se décompose en deux lobes : un médian et un postérieur. Le premier comprend la plus grande partie des hémisphères tandis que le lobe postérieur s'étend sur la partie postéro-inférieure du vermis, la pyramide, la luette, le *nodulus*. Conformément à Horsley, l'auteur admet que les faisceaux cérébelleux spinaux ascendants de Gowers et de Flechsig se terminent dans les lobes antérieur et postérieur et non pas dans le lobe médian.

La partie la plus antérieure du lobe antérieur et la partie la plus reculée du lobe postérieur sont en rapport avec les noyaux du nerf vestibulaire ; il en résulte que les lésions qui atteignent ces portions du cervelet se traduisent en clinique par une symptomatologie qui s'apparente à celle du nerf vestibulaire. Expérimentalement, une destruction du lobe postérieur provoque des phénomènes de rétropulsion, tandis qu'une lésion du lobe antérieur détermine de l'antépulsion. Pour ce qui est des rapports qui relient les fonctions des hémisphères cérébelleux avec la coordination des mouvements des membres, Ingvar admet que le lobe semi-lunaire supérieur correspond au membre supérieur, tandis que le membre abdominal est représenté dans le lobe digastrique et l'amygdale.

Sur l'influence des excitations labyrinthiques sur l'ataxie dynamique cérébelleuse. (S. GATSCHER. *Wien. klin. Woch.*, 1923, n° 19.) — Les rapports fonctionnels qui unissent le labyrinthe et le cervelet sont encore aujourd'hui assez discutés. L'auteur rapporte cinq observations qui tendent à démontrer que les excitations du labyrinthe sont capables d'influencer le cervelet à tel point que certains symptômes d'origine cérébelleuse sont atténués par ces excitations.

Chez quatre malades atteints d'affections du cervelet, caractérisées par la diminution du tonus musculaire, la dysmétrie, l'incertitude des mouvements volontaires, une excitation colorique portée sur le labyrinthe détermine une atténuation de ces phénomènes surtout sur la moitié du corps correspondant à l'oreille excitée.

Il semble donc que l'on soit en droit de conclure que les lésions cérébelleuses ont pour effet de diminuer l'influence physiologique des excitations que normalement le nerf vestibulaire transmet au cervelet. Il y a, en quelque sorte, un abaissement du seuil de l'excitabilité cérébelleuse pour l'influx labyrinthique. Que celui-ci soit renforcé, la symptomatologie cérébelleuse se trouvera immédiatement atténuée.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Physio-pathologie des ventricules cérébraux dans la syphilis nerveuse. (R. CESTAN, RISER, M. PÉRÈS. *Ann. de méd.*, t. XV, n° 3, p. 201.) — A la suite des nombreux travaux de l'école américaine, il est admis par tous que la constitution histochimique du liquide céphalo-rachidien est différente suivant que l'on examine le contenu des ventricules du cerveau ou celui du cul-de-sac arachnoïdien lombaire. Mais dans quelle mesure ces liquides présentent-ils une différence et même une opposition dans leur teneur en éléments figurés, en colloïdes, en sensibilisatrices spécifiques, en protéines ? tel est le problème qu'ont eu en vue les auteurs de ce très intéressant mémoire.

Des recherches de Cestan, Riser et Pérès, il ressort que, dans certains cas de paralysie générale (trois observations personnelles), le liquide intraventriculaire demeure normal tandis que le liquide spinal se montre profondément modifié. Ce fait tend à démontrer qu'il n'existe aucun courant liquidien ascendant, spino-radiculaire ; et cette supposition apparaît comme la plus certaine des réalités à la lumière des résultats consécutifs à l'injection de substances tinctoriales dans le cul-de-sac lombaire.

Un second groupe d'observations concerne les faits dans lesquels le liquide ventriculaire offre la précipito-réaction au benjoin colloïdal et la syphilo-réaction de Wassermann sans que le taux de l'albumine et des éléments figurés soit augmenté par rapport à la normale.

Enfin, les auteurs rapportent neuf observations se rapportant à des paralytiques généraux chez lesquels le liquide ventriculaire, comme le liquide spinal, présentent toutes les réactions caractéristiques de la malade de Bayle. Fait à noter, hormis un de ces faits, les réactions humorales se sont toujours montrées plus intenses dans le liquide spinal que dans le liquide ventriculaire. Il n'est pas non plus sans intérêt de remarquer que les modifications pathologiques du liquide ventriculaire n'ont aucun rapport avec le stade et le mode évolutif de la maladie. Le liquide ventriculaire peut être, au début de l'affection absolument normal.

Lss constatations que nous venons de rappeler ont poussé les auteurs à se demander si cette dissociation entre la qualité des liquides ventriculaire et lombaire ne serait pas à

rapporter à une oblitération des pertuis qui assurent, à l'état normal, la circulation céphalo-rachidienne. Les recherches des auteurs, confirmant celles qui, antérieurement, furent exécutées par Dahléstrom et Widerœ montrèrent que cette hypothèse n'est pas fondée. Cette dissociation est expliquée, au contraire, par le sens du courant du liquide céphalo-rachidien, lequel, chez les paralytiques généraux comme chez l'homme sain, s'écoule des ventricules sur les espaces sous-arachnoïdiens spinaux en s'échappant par les trous de Magendie et de Luschka. Jamais un courant inverse ne se produit ainsi que le montrent les résultats de tous les faits expérimentaux, tant chez le sujet normal que dans les cas pathologiques.

La circulation du liquide céphalo-rachidien et son importance dans les traumatismes craniens. (H. JACKSON. *Journ. of the Am. med. Associat.*, 1922, n° 17, p. 1394.) — En dehors des altérations que peut produire directement le traumatisme sur l'encéphale, il faut aussi compter avec les modifications du liquide céphalo-rachidien dans le déterminisme des symptômes généraux des traumatismes encéphaliques.

D'après l'auteur, le traumatisme provoque un gonflement de l'encéphale (par œdème histologique) lequel réduit les espaces sous-arachnoïdiens. Le liquide cependant continue d'être secrété dans les ventricules cérébraux et s'échappe par les trous de Magendie et de Luschka dans le confluent postérieur (la grande citerne cérébro-médullaire). Il en résulte une compression du bulbe rachidien et des vaisseaux encéphaliques. Et ce trouble circulatoire dont l'effet se fait sentir rapidement sur la papille du nerf optique pourrait, selon Jackson, conditionner l'apparition de lésions dégénératives du cerveau.

Pratiquement, il importe donc, à la suite d'une commotion cérébrale sérieuse d'effectuer une mensuration précise de la tension du liquide céphalo-rachidien et si celle-ci se montre élevée de la ramener à un niveau voisin de la normale.

Recherches sur la diffusion de l'uranine dans le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. (O. JERSILD. *Acta dermato-venereolog.*, 1922, vol. III, fasc. 3-4, p. 426.) — Cette épreuve met en évidence l'exagération de la perméabilité des méninges chez les syphilitiques. Elle consiste à rechercher la quantité d'uranine contenue dans le liquide cérébro-spinal après l'ingestion d'une dose de 5 grammes d'uranine. D'après les recherches de l'auteur, la quantité d'uranine contenue dans le liquide serait, chez les syphilitiques, trois fois plus considérable que chez les sujets normaux.

Sur la valeur diagnostique de la pression du liquide céphalo-rachidien et description d'un appareil destiné à sa mensuration. (G. AYALA. *Zeit f. die gesamte Neurol. und Psychiat.*, 1923, vol. LXXXIV, p. 42.) — La pression normale du liquide céphalo-rachidien varie, on le sait, suivant la position assise ou courbée du sujet; et elle varie, à l'état normal, entre 8 et 20 centimètres cubes d'eau. Dans les maladies organiques, on constate souvent une augmentation de la pression laquelle peut s'élever jusqu'à 43 centimètres cubes d'eau (polynévrites, sclérose latérale amyotrophique, ramollissement cérébral.) Les pressions les plus élevées se rencontrent dans les tumeurs de l'encéphale et dans l'hydrocéphalie primitive liée à la chorioépendymite. Selon l'auteur il est possible de tirer de la valeur et de l'évolution de cette hypertension des déductions intéressantes au point de vue du diagnostic parfois si difficile entre ces deux affections. Dans les néoplasies, la pression s'élève progressivement avec l'extension de la tumeur; dans l'hydrocéphalie, la soustraction d'une minime quantité de liquide suffit à provoquer une chute de la tension ce qui n'est pas le cas dans les tumeurs.

Enfin, en faveur de l'existence d'un néoplasme intracranien vient s'inscrire la survenance de douleurs souvent vives localisées à la nuque ou à la région frontale pendant la rachicentèse.

L'auteur rappelle également que l'on peut tirer quelques indications précieuses sur l'état des communications entre les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens en se basant sur les modifications tensionnelles consécutives à la flexion de la tête, à la compression de la jugulaire et aux mouvements respiratoires.

Étude électromyographique des convulsions expérimentales. (STANLEY COBB. *Brain*, 1924, vol. XLVII, f. 1, p. 70.) — On sait depuis longtemps que l'injection d'essence d'absinthe provoque, chez l'animal, des convulsions de nature épileptique, c'est-à-dire constituées par une exaltation subite du tonus musculaire à laquelle font suite des contractions cloniques désordonnées. Ces deux phases très distinctes comportent-elles un état musculaire physiologique différent? Tel est le problème que l'auteur s'est efforcé de résoudre à l'aide de l'électromyogramme.

Des résultats très concluants de M. Cobb il appert que, aussi bien la contracture tonique que la contraction tonique s'accompagnent de courants d'action de Piper. La seule différence consiste dans ce fait que les courants d'action enregistrés par l'électromyographe sont continus dans la contracture tonique tandis qu'ils sont interrompus par le relâchement bref du muscle atteint de convulsions cloniques.

Il est intéressant de rappeler que la contracture tonique de la première phase de l'épilepsie provoquée par l'essence d'absinthe ressemble de très près, ainsi que le montre l'auteur, à l'hypertonie en extension consécutive à la décérébration sous-thalamique de Sherrington. Dans l'un comme dans l'autre cas, les courants d'action mis en évidence par l'électromyographe sont très évidents.

IIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

[*Rome, 24-26 avril 1924* (1)]

TROISIÈME QUESTION

RÉSULTATS ET ORIGINES DES OPÉRATIONS CONTRE LA LITHIASE RENALE (fin)

Troisième rapport : Professeur V. TARDO (de Palerme).

L'analyse des résultats éloignés de 1043 cas de calculs rénaux unilatéraux opérés par MM. Alessandri, Bagozzi, Bruni, Caminiti, d'Agata, Donati, Ferria, Gardini, Giordano, Lasio, Misuraca, Nicolich, Purpura, Taddei, Tardo, Titone, Tricomi, Uffreduzzi, Vicenzoni, Cancitano, Cascino, résumée par l'auteur dans le tableau spécial inséré dans le texte du rapport (voir le tableau), de même que l'étude de 52 cas de calculs rénaux bilatéraux, réunis dans le tableau C, ont porté aux conclusions suivantes :

1° Les interventions dans les calculs rénaux aseptiques unilatéraux sont bénignes et donnent les meilleurs résultats éloignés. La pyélotomie est l'opération de choix. La néphrotomie est à sa place uniquement dans les cas où la pyélotomie est contre-indiquée la néphrectomie est une intervention exceptionnelle.

Il est nécessaire de s'assurer précocement de l'existence des calculs et d'intervenir dans la période aseptique afin d'éviter le plus de gravité et les résultats éloignés moins bons des opérations dans les calculs infectés.

2° Dans les calculs infectés unilatéraux la néphrotomie est une intervention grave, puisqu'elle donne une mortalité élevée, expose aux hémorragies et à la généralisation de l'infection, laisse bien fréquemment des fistules, donne lieu à de faciles récidives de calculs et souvent elle ne délivre pas l'organisme du foyer infectieux.

La pyélotomie est une intervention très bénigne puisqu'elle donne une mortalité très petite, puisqu'elle n'expose ni aux hémorragies ni à la septicémie, ne laisse pas de fistule, ne détermine pas la formation de calculs plus qu'il ne se vérifie ordinairement dans les lithiasiques.

La néphrectomie est une intervention radicale, moins grave et moins mortelle que la néphrotomie. Elle donne de bons résultats, mais pour supprimer les calculs et l'infection emporte un parenchyme rénal qui peut, dans l'avenir, être nécessaire au lithiasique.

3° En ligne générale, la pyélotomie est l'intervention de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 42, p. 693.

choix, la néphrotomie, l'intervention de nécessité, la néphrectomie l'intervention de convenance.

4° Pour obtenir de meilleurs résultats éloignés de même qu'immédiats on doit limiter encore plus le champ de la néphrotomie. La radiographie toujours plus perfectionnée, la pyélographie, la technique chirurgicale vont élargir le champ de la pyélotomie, l'examen fonctionnel moderne, minutieux, bien conduit, bien interprété, élargira quelque peu le champ de la néphrectomie en déterminant l'extirpation des reins dangereux et sans valeur.

5° Les soins postopératoires, hygiéniques, diététiques, médicamenteux et chirurgicaux sont nécessaires pour empêcher les récidives de calculs, pour vaincre tout à fait l'infection.

Les résultats éloignés sont médiocres dans les interventions pour calculs bilatéraux, puisque dans ces malades la maladie constitutionnelle est ordinairement plus grave.

Pour espérer les meilleurs résultats éloignés le parenchyme rénal doit être épargné le plus qu'il est possible. La pyélotomie est toujours préférable, la néphrectomie doit être exceptionnelle.

Le rein néphrotomisé fistuleux doit être conservé. Les soins postopératoires doivent être rigoureux afin de désinfecter les reins et d'empêcher, autant qu'on peut, la récidive des calculs.

Dans les calculs bilatéraux récidivants la néphrostomie permanente est une intervention bien utile.

L'examen fonctionnel est indispensable dans les calculs bilatéraux pour établir le côté sur lequel on doit intervenir et pour reconnaître les cas dans lesquels l'intervention est contre-indiquée.

— A la discussion prennent part MM. D. Seres (de Barcelone), le professeur Hogge (de Liége), C. M. Rovsing, Escat (de Marseille), Wildbolz (de Berne), Cavisa (de Madrid), Bastos (de Lisbonne), Rafin (de Lyon).

QUATRIÈME QUESTION

VÉSICULECTOMIE TRANSVÉSICALE ET VÉSICULOTOMIE

Rapporteur : M. Thomson-Walker.

Les vésicules séminales et les ampoules se trouvent sous la base de la vessie et une couche de fascia les sépare du rectum.

Si l'infection urinaire persiste après la prostatectomie, une infection des vésicules séminales peut en être la cause.

Dans ces cas on devrait pratiquer une vésiculectomie ou une vésiculotomie, soit au moment de l'intervention même (prostatectomie), soit plus tard.

Le massage et l'opération de Belfield restent inefficaces dans 5 p. 100 des cas de vésiculite chronique, et dans ces cas on devrait avoir recours à une vésiculectomie.

En présence de lésions tuberculeuses des vésicules séminales on procèdera à une vésiculectomie.

Dans les affections malignes de la prostate, l'infection se propage le long des vésicules séminales, il est donc nécessaire d'extirper, avec la prostate, les vésicules et une partie de la base de la vessie.

Pour l'opération, la voie transvésicale est la plus simple et celle qui n'occasionne aucune lésion du sphincter externe de la vessie; la voie périnéale, par contre, est plus difficile et elle laisse comme séquelle une incontinence d'urine chez les patients, due à l'effet de l'intervention sur le sphincter de la vessie.

L'auteur décrit sa méthode de pratiquer la vésiculectomie par la voie transvésicale.

Les auteurs rapportent un cas de malacoplasie vésicale chez une femme de quarante-trois ans. Cette malade présentait depuis quatre mois des symptômes de cystite. Le diagnostic fut posé par la cystoscopie et confirmé par l'examen histologique d'une plaque enlevée par une cystotomie sus-pubienne.

M. Nicolich (de Trieste) rappelle à ce propos le cas qu'il a publié en 1914 dans les *Folia Urologica* et montre les prises anatomiques intéressantes qui se rapportent à ce cas.

A. SAINT-CÈNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 2 MAI 1924)

L'ulcus gastro-pancréatique. — M. Pauchet. L'ulcus térébrant du pancréas est une complication banale de l'ulcus gastrique. Tout ulcus gastrique siège sur la petite courbure. Il s'étend souvent vers la face postérieure et alors la pénétration dans le pancréas est fréquente. L'opération qu'il faut pratiquer n'a rien de spécial. C'est celle qu'on doit faire pour tout ulcus gastrique.

Myomectomie sur utérus gravide. — M. Haller présente deux observations de myomectomie sur utérus gravide à l'occasion d'accidents provoqués par des fibromes au cours d'une grossesse au début (quatrième et troisième mois) comme première manifestation. Il discute l'indication de l'intervention chirurgicale, la technique de la myomectomie et les résultats obtenus.

Ulcère rond de l'appendice avec entérorragie. — M. Raymond Petit rapporte un cas d'ulcère simple de l'appendice avec entérorragies. Il s'agit d'une jeune fille ayant présenté de la bacillose pulmonaire au premier degré, chez laquelle apparurent quatre entérorragies sérieuses avec douleur au point de Mac Burney, sans vomissements ni nausées. L'opération a montré un appendice plein de sang pur. Une ulcération à l'emporte-pièce répondait au bord adhérent de l'organe, à 2 centimètres de son extrémité. L'examen histologique montre des lésions inflammatoires simples, sans cellules géantes. L'inoculation au cobaye est restée négative. Cette ulcération avec entérorragies rappelle l'ulcère simple gastrique avec hématémèses. Depuis l'opération, aucune entérorragie n'a été observée. Il n'a pas retrouvé de cas analogues dans la littérature médicale.

Extirpation d'un cancer sigmoïdien grave. — M. Pauchet.

Corps étrangers latents de l'œsophage et des voies aériennes. — M. Guisez présente l'histoire d'une série de corps étrangers soignés dans ces dernières années et qui étaient restés latents dans l'œsophage et les bronches plus ou moins longtemps.

Fibrome rétro-péritonéal. — M. Thévenard présente une volumineuse tumeur; cliniquement tumeur sous-péritonéale et qui n'est autre qu'un fibrome d'origine utérine ayant présenté, sous l'influence d'une grossesse concomitante, un développement extraordinairement rapide à tel point qu'il a pu arrêter l'évolution de la grossesse par compression de l'utérus. L'auteur conclut à la nécessité d'une surveillance étroite de l'évolution d'un fibrome chez la femme enceinte ou susceptible de le devenir, et désirerait voir élargir les indications de la myomectomie.

NOTES DE PRATIQUE

MYOCARDITE SÉNILE

Régime lacté et lacto-végétarien (ne pas dépasser deux litres de liquide pour éviter la pléthore vasculaire). Purgatifs.

Application d'une ventouse scarifiée sur la région cardiaque, à répéter cinq à six jours de suite.

Comme tonicardiaque, prescrire pendant cinq jours, deux cachets par jour (matin et soir, avant les repas) de *Théosalvose strophantique* et, pendant les cinq jours suivants, deux cachets de *Théosalvose digitalique*; après arrêt de cinq jours, recommencer ce traitement qu'on continuera pendant plusieurs mois. Il a, pour effet, de régulariser les battements cardiaques, de redonner au pouls son amplitude, d'atténuer et même de faire disparaître le bruit de galop.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEUR BLANCHE DU COUDE[1]

PRONOSTIC. — 1° **Vital.** — Pas défavorable. Dans l'immense majorité des cas, la tumeur blanche du coude ne menace pas l'existence. Eléments de gravité :

a. L'âge; avenir d'autant plus sombre que le sujet est plus âgé;

b. La coexistence d'autres lésions ostéoarticulaires qui attestent l'importance de l'infection tuberculeuse et comportent en elles-mêmes, s'il s'agit de foyers importants, un pronostic grave;

c. L'existence de lésions viscérales : facteur capital; en leur absence, le pronostic vital est bon.

2° **Fonctionnel.** — Il dépend :

a. De l'âge : la tumeur blanche du coude de l'enfant n'oblige que très exceptionnellement à l'amputation;

b. De la forme clinique : les plus graves sont l'arthrite fongueuse suppurée et l'arthrite hémorragique;

c. De la précocité et de l'activité du traitement.

DIAGNOSTIC. — Facile dans un grand nombre de cas.

Un grand nombre d'affections des parties molles ou du squelette de la région ne sauraient être longuement discutées : telles sont les fractures, les entorses, les arthrites rhumatismales, l'ostéomyélite aiguë ou chronique. L'ostéosarcome est facile à éliminer en raison de l'intégrité de l'articulation.

Les affections difficiles à distinguer de la tumeur blanche sont différentes chez l'enfant et chez l'adulte.

1° **Chez l'enfant.** — *A.* L'OSTÉO-ARTHRITE HÉRÉDOSYPHILITIQUE. — Dans les cas typiques : signes fonctionnels peu importants; ni fongosités, ni adénopathie axillaire; hyperostose diaphysaire plus étendue. Souvent les difficultés sont extrêmes; une tumeur blanche peut se développer chez un hérédosyphilitique; la preuve ne peut être faite que par la radiographie et par le laboratoire (recherche directe du bacille de Koch, inoculation au cobaye, cuti et ophtalmo-réaction).

B. OSTÉITE TUBERCULEUSE JUXTA-ARTICULAIRE; HYGROMA TUBERCULEUX DE LA BOURSE SÉREUSE OLÉCRANIENNE : la limitation de la tuméfaction et son siège, la moindre importance de la gène fonctionnelle mettent sur la voie du diagnostic, que permet d'affirmer l'épreuve radiographique montrant l'intégrité de l'espace et des surfaces articulaires.

C. RHUMATISMES INFECTIEUX : notamment rhumatisme scarlatin.

D. ARTHRITE HÉMOPHILIQUE : affection exceptionnelle, dont les signes les plus caractéristiques sont : les antécédents hémophiliques, la coexistence d'arthrite du genou, l'absence de toute lésion osseuse, l'évolution par poussées aiguës.

2° **Chez l'adulte.** — *A.* ARTHROPATHIE TABÉTIQUE : la brusquerie du début, l'importance des dislocations contrastant avec une impotence fonctionnelle modérée conduisent à la recherche des signes cardinaux du tabès.

B. L'ARTHRITE BLENNORRAGIENNE : souvent délicat, le diagnostic repose sur la plus grande brusquerie du début, l'absence d'adénopathie axillaire, la coexistence d'une blennorragie, l'examen radiographique.

C. Les formes à début traînant sont d'un diagnostic très délicat, notamment avec les PSEUDO-RHUMATISMES CHRONIQUES et avec les CORPS ÉTRANGERS TRAUMATIQUES.

TRAITEMENT. — 1° **Tumeur blanche de l'enfant.** — *A.* TRAITEMENT GÉNÉRAL : d'une importance primordiale, il comporte le repos physique et intellectuel; une alimentation de bonne qualité et de facile digestion; le séjour à la campagne ou mieux à la mer.

B. TRAITEMENT LOCAL : doit être, dans l'immense majorité des cas, conservateur :

Ignifuncture profonde, injections sclérogènes de chlorure de zinc, stase veineuse (méthode de Bier) sont des procédés abandonnés.

Les injections intra-articulaires de thymol camphré peuvent être utiles, en détruisant les fongosités.

L'*immobilisation plâtrée* est le procédé de choix : immobiliser aussi tôt que possible, à angle franchement aigu, en position intermédiaire entre la pronation et la supination. Une large fenêtre postérieure permet de surveiller et de traiter, s'il y a lieu, abcès et fistules :

Les abcès froids doivent être évacués par ponction, suivie au besoin de l'injection d'un liquide modificateur.

Les fistules doivent être pansées aseptiquement, en s'abstenant autant que possible d'injections ou de cautérisations.

Le *traitement opératoire* ne peut être admis que si l'état général de l'enfant s'altère, la tumeur blanche étant le foyer tuberculeux le plus important; si la suppuration reste abondante plus de deux ou trois mois; si des lésions spéciales, telle la présence d'un séquestre, peuvent être affirmées.

L'amputation est à rejeter formellement, de même que les opérations dites économiques, curettage articulaire, évidement osseux, arthrotomie, arthectomie. On peut recourir à la résection sous périostée typique (méthode d'Ollier) : « c'est parce que les épiphyses fertiles sont loin du coude que cette articulation est peut-être la seule où, chez l'enfant, la résection précoce puisse être prise en considération » (Broca).

L'intervention de choix semble être la résection atypique (Ménard) qui laisserait plus souvent, après guérison, le membre en bon état fonctionnel, et jamais un coude ballant : un point capital de cette opération est la conservation des deux apophyses latérales, épicondyle et épitrochlée.

Quand l'arthrite est guérie, le *traitement orthopédique* luttera contre l'amyotrophie et l'ankylose. Dans l'immense majorité des cas, le résultat est très satisfaisant; la résection articulaire tardive ne doit être employée qu'avec la plus extrême réserve.

2° **Tumeur blanche de l'adulte.** — TRAITEMENT GÉNÉRAL et TRAITEMENT LOCAL CONSERVATEUR doivent être tentés comme chez l'enfant, mais les résultats sont très souvent moins satisfaisants.

Les OPÉRATIONS ÉCONOMIQUES (abrasions, résections partielles) ne donnent que des résultats aléatoires.

L'AMPUTATION doit rester exceptionnelle, ne s'appliquant qu'à un tuberculeux gravement atteint, porteur d'un membre suppurant et douloureux.

La RÉSECTION SOUS CAPSULO-PÉRIOSTIE D'OLLIER est l'opération de choix : elle donne la guérison radicale et permet la reconstitution d'une véritable néarthrose à mouvements étendus et puissants.

Deux inconvénients sont cependant à redouter : ou une mobilité exagérée, donnant un coude de polichinelle; ou une ankylose serrée, supprimant tout mouvement au niveau du coude. Dans l'ensemble les résultats de cette intervention sont excellents.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 39, p. 655, et n° 41, p. 686.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Phytothérapie. Médicaments végétaux, par MM. Adrien PIC et S. BONNAMOUR. Bibliothèque de thérapeutique de MM. Gilbert et Carnot. In-8 de 638 pages avec 209 figures. — Prix : 32 fr.; franco, 35 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Hygiène chez les anciens Grecs, par Mme le docteur Angélique PANAYOTATOU, ex-professeur agrégé à l'Université d'Athènes. In-8 raisin de 288 pages avec 2 planches hors texte. — Prix : 35 fr. — Paris, Vigot frères.

Les Cancers, par E. DUROUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien chef de l'hôpital Sainte-Foy. Un volume de 268 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Etats dépressifs et la neurasthénie (avec une préface sur la classification des psychoses), par le docteur Maurice DE FLEURY, de l'Académie de médecine. Un volume de 174 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sergent, Tixier, Berger, Bensaude, Halbron, Claisse, Lecène, Darier, Foix, qui acceptent; Milian, Clerc, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 mai. — MM. Monod, 19; Gouverneur et Petit-Dutaillis, 18; Madier, 19.

Classement des candidats : MM. Gouverneur, 130 points; Madier, 122; Petit-Dutaillis, 121; Monod, 118.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Gouverneur et Madier.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Legrand (de Montauban).

FÉDÉRATION DES EXTERNES DE FRANCE. — L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Bordeaux, d'accord avec les associations similaires de Paris et de Lyon, a l'honneur d'inviter les externes des hôpitaux des différentes villes de France à la réunion qu'elle organise le mercredi 4 juin 1924 et où seront étudiés par les délégués, d'une part les moyens de créer une Fédération des externes de France susceptible d'améliorer en général le sort de l'externe (au point de vue traitement, échanges entre services, indemnités en cas de maladie en service, remplacements, etc.), et, d'autre part, les questions particulières aux différents hôpitaux français.

Après la réunion, banquet à 19 h. 30 offert par l'Association de Bordeaux. Celle-ci espère que les externes, en présence des sorts si dissemblables qui leur sont faits suivant les villes, profiteront de cette circonstance pour jeter les bases d'une Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France, seule susceptible de centraliser les demandes et d'étudier la création d'associations professionnelles dans chaque ville.

Pour tous renseignements, s'adresser ou écrire au siège social de l'A. E. de Bordeaux, 3, rue Jean-Burguet.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion aura lieu le lundi 17 juin 1924, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les gaz de combat », par M. le docteur Paul, médecin légiste.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre Delbet). — *Cours complémentaire,* date du cours : du 16 au 26 juin 1924, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la clinique. — Traitement des fractures et luxations des membres. — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Pierre Mornard, Raoul Monod et Lascombe, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

LABORATOIRE SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE (Fondation Paul Lemonnier). — Une série de treize séances de travaux pratiques de bactériologie, gratuite pour les internes et externes, sera faite par M. Macaigne, agrégé, à partir du mercredi 11 juin.

Les leçons auront lieu à 2 heures, tous les jours, sauf le jeudi.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — DEUXIÈME SÉRIE DE CONFÉRENCES PUBLIQUES DU 3 JUIN AU 8 JUILLET 1924. — Le docteur F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, commencera le mardi 3 juin à 17 h. 30, salle des conférences de l'Ecole, une série de leçons sur :

Les tumeurs malignes des mâchoires. — Mardi 3 juin à 17 h. 30 : Rappel des notions d'anatomie normale et pathologique nécessaires à la compréhension des tumeurs malignes des maxillaires.

Mardi 17 juin, à 17 h. 30 : Etude clinique des tumeurs malignes du sinus maxillaire.

Mardi 24 juin, à 17 h. 30 : Etude clinique des tumeurs malignes du maxillaire supérieur.

Mardi 1er juillet, à 17 h. 30 : Etude clinique des tumeurs malignes du maxillaire inférieur.

Mardi 8 juillet, à 17 h. 30 : Traitement des tumeurs malignes des mâchoires.

Ces leçons seront complétées par des projections et présentations de moulages et de malades.

L'Ecole française de stomatologie continue avec ces cinq conférences un enseignement complémentaire qui sera poursuivi sur d'autres sujets et qui s'adresse non seulement aux étudiants spécialistes ou non, mais encore à tous les praticiens indistinctement : Docteurs en médecine et chirurgiens dentistes. L'Ecole est avant tout un centre d'enseignement et à ce titre elle ouvre largement ses portes pour ces conférences spéciales à tous ceux qui désirent sur une question déterminée, compléter leurs connaissances ou en acquérir de nouvelles.

Ces cours sont publics et gratuits. La Direction de l'Ecole demande seulement aux auditeurs de s'inscrire à l'avance par simple lettre adressée au Directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris (6e).

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR FARABEUF

Mercredi a eu lieu cette inauguration dans la cour de l'Ecole pratique, sous la présidence de M. le Doyen. C'est le professeur Delbet qui, en sa qualité de président du Comité d'organisation, a remis le monument à M. le Doyen. M. Roger a remercié. Ce fut une cérémonie très digne et très touchante dans sa simplicité. Tous les anciens élèves de Farabeuf s'étaient fait un devoir d'y assister, jusqu'à M. Kirmisson qui a quitté sa retraite et que tous ses collègues ont été heureux de revoir. Jalaguier et lui sont les deux plus anciens élèves du maître.

Après le magistral éloge de M. J.-L. Faure que nous avons entendu à la Société de chirurgie, il semblait qu'il n'y eût plus rien à dire sur Farabeuf. C'eût été méconnaître le talent d'orateurs tels que Sebileau qui a parlé au nom de la Faculté, Lejars, au nom de l'Académie, et J.-L. Faure lui-même au nom de la Société de chirurgie.

M. Sebileau a retracé du maître un portrait saisissant. L'homme privé, le savant, le professeur, le philosophe, l'artiste qu'était Farabeuf ont inspiré à son élève des expressions des plus heureuses, des jugements des mieux frappés. M. Sebileau a fait ressortir les immenses services rendus à la science par Farabeuf en formant cette brillante phalange de chirurgiens qui ont été instruits par ce maître incomparable, tant au point de vue de l'anatomie que de la médecine opératoire. Il a rappelé, enfin, que c'est à Farabeuf que l'on doit l'organisation actuelle de l'enseignement de ces deux grandes branches de la chirurgie.

Le discours de M. Sebileau est une belle page d'histoire, digne du maître et de l'élève.

MM. Lejars et J.-L. Faure ont aussi trouvé des traits frappants de cette figure étrange autant qu'admirable.

A. BROCHIN.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MAISON DE SANTÉ

SOMMES POUVANT ÊTRE RÉCLAMÉES EN DEHORS DE LA PENSION ET DU TRAITEMENT

Le 14 avril 1924, le tribunal civil de la Seine a rendu une décision qui intéresse les médecins qui dirigent des maisons de santé, au sujet des sommes pouvant leur être dues, lorsque le traitement est terminé. Il est bien certain que dans des cas semblables à ceux de l'espèce rapportée, la convention fait la loi des parties; mais si celle-ci est muette sur certains points, l'usage est à considérer; c'est précisément ce que le tribunal consacre dans sa décision :

« Attendu que le docteur X... a fait assigner A... en paiement de la somme de 839 fr. 05 qu'il prétend lui rester due pour soins, traitement et médicaments donnés et fournis à la dame A... dans sa maison de santé de l'Hay-les-Roses.

Attendu qu'il est établi qu'il avait été convenu entre le docteur X... et A... que celui-ci verserait la somme de 1.600 francs pour pension et traitement du 1er juillet au 1er août 1920 avec service spécial ainsi qu'il est spécifié dans une note du docteur X... datée du 1er juillet 1920 et que A... a versé cette somme.

Attendu que le docteur X... lui réclame en outre 41 fr. 75 pour service à la chambre, 36 fr. 85 pour garde-malade du 12 au 16 juillet, 50 francs pour location de linge, 100 francs pour désinfection de literie; que ces différentes sommes doivent être considérées comme comprises dans le prix convenu; qu'au contraire le docteur X... est fondé à demander le remboursement des médicaments fournis dont la nature, la quotité et par conséquent le prix ne peuvent être prévus à l'avance et qu'il est d'usage pour cette raison de compter en plus, qu'il en est de même pour les déboursés dont il est justifié pour placer près de la malade une infirmière spécialisée; qu'ainsi le solde de la créance du docteur X... se trouve fixé à la somme de 589 fr. 70. »

Le débiteur, dans l'espèce du jugement ci-dessus, considérait que le paiement de la somme de 1.600 fr. devait le libérer de toute dette vis-à-vis de la maison de santé. Mais cette somme n'avait été fixée que pour la pension et le traitement; or, dans une maison de santé, il est certains frais qu'on ne peut fixer à l'avance, mais qui sont dus par le malade ou par ceux qui doivent supporter la dette. Le Tribunal a fait application de cet usage, en se réservant d'apprécier la nature des sommes qui sont demandées; après l'examen auquel il s'est livré, il a fixé la dette à 589 fr. 70, somme pour laquelle il a prononcé condamnation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hygiène des hépatiques (1), par Roger GLÉNARD.

Roger Glénard porte un grand nom médical et il suit avec honneur les traces paternelles. Après le bel ouvrage sur l'hépatisme qu'il publiait l'an dernier, il apporte aujourd'hui sous une forme plus simple tout ce que la doctrine de l'hépatisme comporte d'essentiellement pratique au point de vue des mesures d'hygiène thérapeutique préventive à prendre pour ménager le bon fonctionnement du foie.

Ce livre essentiellement pratique, illustré de nombreuses figures, rendra les plus grands services aux praticiens.

F. L. S.

(1) In-8. Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

REVUE GÉNÉRALE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par J.-A. CHAVANY,
Interne des hôpitaux de Paris.

La paralysie générale ou méningo-encéphalite diffuse est une affection organique du système nerveux; à cheval sur la neurologie et la psychiatrie, elle tient le milieu entre les maladies organiques nettement cataloguées du cérébraxe dont on connaît très bien les désordres anatomiques et les maladies mentales proprement dites, les psychoses au cours desquelles les troubles fonctionnels constatés ne peuvent, dans l'état actuel de la science, être rattachés à des causes anatomiques définies. De plus, à l'encontre de nombreuses affections mentales on en connaît l'étiologie, c'est une affection syphilitique du système nerveux; elle rentre dans le large cadre de la syphilis nerveuse. Mais même dans ce cadre elle s'individualise fortement comme le prouve, entre de nombreuses autres raisons, la façon dont elle se comporte à l'égard du traitement spécifique. La fréquence de la syphilis à notre époque, de la syphilis nerveuse en général et de la paralysie générale en particulier, doit nous inciter à en bien connaître les différentes manifestations pour les dépister dès leur apparition et chercher à les combattre au point de vue thérapeutique et à les enrayer au point de vue social.

Historique. — Trois grands événements dominent l'histoire de cette malade.

1° En 1822, Bayle, dans sa thèse intitulée *Recherches sur les maladies mentales*, isolait dans un éclair de génie la paralysie générale du chaos des autres psychoses et en faisait une entité anatomo-clinique définie et distincte qu'il campait nettement au point de vue clinique et qu'il étayait sur un substratum anatomique dans lequel l'arachnitis chronique jouait le premier rôle. C'est à bien juste titre que l'on peut dénommer la paralysie générale la « maladie de Bayle ».

2° Vers 1879, Fournier posait la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis, rapports qui furent très controversés, qui le sont encore aujourd'hui, mais que cependant les recherches biologiques et bactériologiques de l'époque moderne sont venus confirmer en tous points.

3° En 1913, Noguchi et Moore trouvaient le tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Cette constatation était la signature même de la nature syphilitique de la maladie de Bayle.

Division. — Dans cette revue nous envisagerons :

1° La symptomatologie de la paralysie générale avec autant de clarté qu'il sera possible, étudiant d'abord la maladie constituée à sa période d'état pour montrer ensuite comme elle débute et comme elle évolue.

2° Les formes cliniques parfois légèrement anormales et pouvant dérouter le médecin.

3° Le diagnostic en ce qu'il peut avoir parfois de particulièrement délicat et important.

4° L'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie seront passées en revue à la fin pour expliquer l'inefficacité du traitement spécifique.

Symptomatologie. — La paralysie générale se présente en clinique avec une symptomatologie précise. Alors que pour beaucoup d'autres psychopathies la mise en observation est nécessaire, l'étude des antécédents héréditaires et familiaux indispensable, ici dès l'abord on peut, dans l'immense majorité des cas par un examen complet du malade, porter d'emblée son diagnostic ; c'est certainement à l'heure actuelle un des syndromes psychiques les mieux définis. En effet :

A. Un groupement de *signes psychiques* éveille dès le début l'idée du médecin vers la possibilité d'une paralysie générale; syndrome psychique qui suffit avec de l'habitude à étayer le diagnostic.

B. Sur ce psychisme déficient se greffe une *symptomatologie physique* caractéristique qu'il convient d'analyser avec minutie.

C. Enfin, venant pour ainsi dire signer la maladie et en montrer la nature spécifique, il existe un *syndrome humoral* constant et immuable qu'il faut dans les cas frustes ou douteux rechercher pour affirmer le diagnostic de paralysie générale.

A. **Le syndrome psychique.** — C'est ordinairement pour un trouble d'ordre psychique que l'on est appelé à examiner un malade atteint de la maladie de Bayle.

Avec Dupré qui en a donné une excellente analyse (Dupré et Logre. *Journ. méd. franç.*, fév. 1914) nous dissocierons ce syndrome psychique en deux catégories de signes.

a. Les *signes démentiels* constants, ne manquant jamais;

b. Les *épisodes délirants* variables avec les individus et aussi chez le même individu ; ils sont importants mais il faut se garder d'en faire le fond même de la maladie.

a. LA DÉMENCE. — C'est la démence qui constitue le substratum clinique de l'affection. La paralysie générale est essentiellement caractérisée par la déchéance de toutes les facultés psychiques de l'individu. Cette démence qui est globale est manifeste.

1° *Au point de vue intellectuel*, elle frappe d'abord la *mémoire*. Cette amnésie peut dans les premiers temps être parcellaire et ne porter que sur les faits récents ; le malade oublie ce qu'il a à faire dans la journée, il est incapable de désigner le jour ou le mois de l'année ; puis cette amnésie devient globale le malade ne sait plus son âge ; les faits historiques les plus saillants — la guerre par exemple — sont oubliés par lui. Cette amnésie teinte la paralysie générale d'une note assez vive parfois de confusion mentale. A côté des troubles mnésiques les troubles du jugement, de l'attention sont manifestes ; en plein hiver, on fait facilement répondre au malade qu'on est en été, on lui fait admettre les choses les plus contradictoires; son manque d'attention lui fait commettre les plus grossières erreurs de calcul.

Dupré a insisté à juste titre sur les gros troubles de la combinaison et de l'association des idées dans la paralysie générale ; par une sorte de *dissociation* fragmentaire de leur psychisme de tels malades sont incapables de relier, d'associer logiquement leurs concepts déjà très pauvres dans leur essence, d'où « la multiplicité, la mobilité, l'incohérence, la contradiction des concepts du paralytique général » (Falret). Un de nos malades nous dit être empereur après avoir dit un instant auparavant qu'il était cordonnier.

2° *Au point de vue moral*, on est frappé par l'effritement de la personnalité de tels individus. Le caractère change complètement, la volonté s'anéantit; des gens actifs, courageux et probes, s'effondrent dans un marasme moral tellement grossier que le diagnostic s'impose à première vue. C'est l'ère des spéculations hasardeuses, des achats disproportionnés avec la fortune; des scandales les plus divers par lesquels la maladie se signale. Mon maître P. Merklen nous répétait souvent de rechercher un début de paralysie générale chez des célibataires endurcis éprouvant à un certain âge le besoin de se marier. C'est ici que se place le côté médico-légal de la maladie que nous envisagerons plus loin.

3° Un des traits essentiels de cette démence, qu'il ne faut jamais manquer de rechercher, c'est la *perte de l'auto-critique* qui est vraiment la chose la plus caractéristique de l'affection. Le malade ne fait absolument aucun cas des diverses défaillances intellectuelles et morales que nous venons d'envisager : il trouve pour les expliquer des formules niaises et qui le satisfont toujours; il se moque absolument de ce que l'on peut dire devant lui au sujet de la gravité de son état. Dupré, qui a longuement insisté sur la valeur de ce signe, disait que le paralytique général devient un tout autre personnage sans s'en apercevoir, *mais surtout sans s'en émouvoir*.

4° Un fait qu'il faut connaître, car il peut conduire à des erreurs de diagnostic souvent dangereuses, c'est la *conservation d'un certain degré d'automatisme psychique* qui cache pendant un certain temps le déficit intellectuel, de sorte que le malade peut continuer à tenir sa place dans la société et à vivre une vie psychique qui paraît normale. Cela explique que des paralytiques généraux, jusqu'à la veille de leur internement, peuvent continuer à assumer des responsabilités périlleuses.

De cet automatisme psychique découle l'*approbativité* fréquente des paralytiques généraux qui répondent par des « oui », par des signes de tête à une conversation à laquelle ils ne comprennent pas le moindre mot.

Toujours dans le même ordre d'idées il faut se méfier des *réactions* familiales sur lesquelles Dupré attirait l'attention, qui font que la famille du malade est longue à apprécier clairement l'état démentiel de l'individu.

b. Les délires. — Tel est le fond démentiel de la paralysie générale. Le dément paralytique est un malade que l'on rencontre souvent dans les *salles d'hôpital* où l'on peut le garder avec quelques précautions sans préjudice pour lui ou pour ses camarades de salle. Mais les troubles que nous allons maintenant passer en revue nécessitent souvent son internement et en *font un malade d'asile d'aliénés*.

C'est qu'en effet sur ce terrain démentiel peuvent germer toute une série de troubles délirants que pour la commodité de la description nous classerons en deux groupes :

Les délires expansifs,
Les délires dépressifs.

Mais le leit-motiv de la paralysie générale, la démence se retrouve encore dans ces délires; pour faire un délire consistant et cohérent, il faut avoir gardé son intelligence et c'est encore l'incohérence, la mobilité, la contradiction qui caractérisera au premier chef ces états délirants.

1. *Les délires expansifs*. — Le plus fréquent et à coup sûr le plus classique est le *délire mégalomaniaque*; n'a-t-on pas dénommé la paralysie générale la *folie des grandeurs*. « C'est un délire d'imagination et de fabulation fantastique au thème duquel le paralytique général n'attache d'ailleurs aucune importance. Les conceptions atteignent les limites extrêmes de l'extravagance; le délire prend des proportions colossales. Les malades planent dans leur rêve hors du temps et de l'espace : les expressions superlatives ne suffisent plus à traduire leur puissance ou leur détresse, leur opulence ou leur misère; ils s'attribuent tous les mérites, tous les titres, toutes les richesses, toutes les maladies. Le vocable *tout* joue, selon la remarque de J.-P. Falret, le même rôle caractéristique dans le langage des paralytiques généraux que le mot *on* dans celui des persécutés. » (Dupré et Logre. Les délires d'imagination, *Encéphale*, 1912.)

C'est cette fantaisie mégalomaniaque souvent d'ailleurs assez pauvre et assez semblable à elle-même qui teinte d'une *euphorie* assez caractéristique l'évolution de la maladie.

Citons encore, parmi les délires expansifs, de véritables crises d'*excitation maniaque* qui peuvent ouvrir la scène à l'affection ou même la précéder de quelques mois.

2. *Les délires dépressifs* sont beaucoup plus rares et beaucoup moins dans la note habituelle; il faut cependant savoir qu'ils existent pour éviter des erreurs de diagnostic.

Ce peuvent être des états de *dépression simple* avec inertie, indifférence, ou bien des *épisodes mélancoliques* au cours desquels le malade découragé, démoralisé, se lamente, s'accuse et souhaite la mort. Sur ce fond mélancolique des *idées hypocondriaques* (Baillarger) peuvent se greffer; les malades ont alors leurs organes qui se décomposent, qui s'obstruent, qui disparaissent; s'exagérant ces idées deviennent des idées de *négation*.

Signalons la rareté des *hallucinations* et disons que dans la genèse des états dépressifs de la paralysie générale il faut tenir un très grand compte du rôle de l'hérédité mentale.

B. **Syndrome physique.** — Telle est la fiche psychiatrique succincte du paralytique général qui vient se compléter par une symptomatologie physique riche et caractéristique que nous allons envisager maintenant en pratiquant un examen complet neurologique et somatique de notre malade.

Les troubles moteurs. — Le *tremblement* est un signe constant ou à peu près. Il peut être fibrillaire, massif, ou les deux à la fois.

Il se manifeste à la face, portant surtout sur les muscles péribuccaux, c'est souvent lorsque le malade va parler que l'on note un *tressaillement fibrillaire* des muscles péribuccaux qui est très caractéristique; le phénomène du mâchonnement se rencontre aussi fréquemment.

On le recherchera au niveau de la *langue* où l'on peut noter, d'une part le mouvement brusque, en masse (dit mouvement de trombone) portant sur la totalité de la musculature linguale, et, d'autre part, de petites trémulations sous-muqueuses, parcellaires, vermiculaires.

C'est parfois le tremblement des *mains*, surtout

au niveau des extrémités qui, gênant le malade dans son travail, le rendant maladroit, l'oblige à venir consulter. On l'exagère et on le rend manifeste par l'attitude du serment.

Les membres inférieurs sont moins souvent atteints, et quand le malade se plaint de troubles de la marche il faut songer à une association possible avec le tabes.

Les troubles de la parole sont quelquefois si marqués que dès l'abord ils imposent le diagnostic : dans les cas plus légers, il faut les mettre en évidence par les mots d'épreuve (artilleur du 33e régiment d'artillerie, constitutionnel, anticonstitutionnellement).

C'est la *dysarthie* avec tous ses degrés depuis la légère hésitation, le faux pas intermittent, le petit accroc jusqu'à l'acchopement véritable et à un degré extrême le véritable bredouillement.

A cette dysarthie, phénomène purement mécanique, il faut ajouter la *dyslogie d'origine mentale* : oubli de syllabes, débit monotone et inexpressif rapide et emphatique dans les formes expansives, lent et bas dans les formes dépressives.

Les *troubles de l'écriture* sont aussi caractéristiques : les perturbations en sont de deux ordres :

Calligraphiques : malformations des lettres et des signes.

Psychographiques : oublis, répétitions, additions, surcharges, désordre, négligence, etc.

Les troubles réflexes ne présentent rien de saillant. On peut dire que les réflexes tendineux des paralytiques généraux sont souvent vifs et que cela est surtout vrai pour les réflexes des membres supérieurs. On note assez souvent isolée l'abolition d'un réflexe rotulien ou achilléen mettant en évidence une dégénérescence radiculaire limitée, sans que l'on puisse parler de tabes associé.

Les troubles sensitifs sont nuls et sans intérêt : vu l'état mental des sujets, ils seraient d'ailleurs difficiles à dépister.

Les troubles sensoriels ont une importance de premier plan et en première ligne.

Les troubles pupillaires. — Les pupilles, parfois inégales, sont souvent irrégulières, déformées, ovalaires, au lieu d'être rondes. Le myosis est fréquent. On sait que c'est le premier élément du *signe d'Argyll-Robertson* dont la recherche est capitale. La disparition du réflexe lumineux est de règle : tandis que persistent les mouvements pupillaires associés à la convergence et à l'accommodation. Le signe d'Argyll le plus souvent bilatéral peut, dans certains cas, être unilatéral. On aura avantage à le rechercher par le moyen plus rapide et plus sûr du réflexe consensuel. C'est un signe à peu près certain de méningite syphilitique.

Souvent chez les paralytiques généraux on se trouve en présence d'une rigidité pupillaire à tous les modes.

L'examen du fond d'œil montre souvent de l'atrophie papillaire. On ne saurait trop insister sur l'importance des signes pupillaires au cours de la paralysie générale : il ne faut jamais manquer de les rechercher.

Les troubles vaso-moteurs et trophiques méritent d'être signalés.

L'*hématome de l'oreille* ou othématome se rencontre ici comme chez beaucoup d'aliénés : en plus des troubles vaso-moteurs, c'est le plus souvent un trauma qui le provoque.

On note encore des troubles du côté de la peau (purpura), des phanères (onyxis), des os (fractures spontanées), des articulations (arthropathies); ces derniers troubles étant liés à l'évolution d'une syphilis ancienne, et d'ailleurs beaucoup moins fréquents ici que dans le tabes.

Les *escarres* se voient fréquemment, surtout à la période terminale de la maladie, souvent créées, entretenues et aggravées par l'incontinence absolue des matières et des urines fréquente à cette période.

Parmi ces troubles trophiques un est très important et mérite qu'on y insiste : c'est l'*amaigrissement progressif* des malades atteints de paralysie générale : il s'agit d'une véritable fonte, portant à la fois sur la graisse et sur les muscles et arrivant à faire du malade à la fin de son existence un véritable squelette.

Nous en avons terminé avec la riche symptomatologie physique de la paralysie générale : mais avant d'aborder l'étude du syndrome humoral nous dirons deux mots du *masque paralytique* dans lequel s'intègrent les tares physiques et psychiques de tels malades et qui permet à un observateur averti de porter presque d'emblée son diagnostic.

Sur le fond légèrement pâle des téguments on est frappé par l'air d'indifférence niaise et atone qui se dégage de la physionomie du paralytique général. Ce n'est pas le visage figé du parkinsonnien ou effondré du pseudo-bulbaire, c'est un masque immobile et flasque sur lequel ne viennent plus jouer les nombreuses influences intérieures qui actionnent à chaque minute le cœur et l'esprit de l'homme normal. D'un simple coup d'œil on voit que le relais cérébral ne fonctionne plus. On dirait un homme endormi, mais d'un sommeil si l'on peut dire intellectuel et moral. Et les petits tressaillements péribuccaux viennent lorsque le malade va parler apporter leur note paralytique à cette physionomie si spéciale.

C. **Le syndrome humoral.** — La paralysie générale, dit Haguenau dans les conclusions de sa thèse (Paris 1920) inspirées par M. Sicard, s'accompagne *toujours* d'un syndrome humoral qui mérite de prendre place dans la nosographie à côté des syndromes physique et somatique.

Aussi ne devra-t-on jamais manquer de pratiquer chez un malade que l'on soupçonne de paralysie générale une *ponction lombaire* et une prise de sang.

Eliminons tout de suite les renseignements fournis par l'examen du sang : le *Bordet-Wassermann est dans l'immense majorité des cas positif* dans le sang du paralytique général.

L'examen du liquide céphalo-rachidien est de toute première importance : à lui seul il permet d'infirmer le diagnostic de paralysie générale lorsque les résultats en sont négatifs ou douteux. Il faudra le pratiquer méthodiquement; on passera successivement en revue :

a. Le *point de vue chimique*, l'hyperalbuminose est constante : de 0g50 à 2 grammes et plus par litre recherchée avec le rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube ou avec le dispositif de Ravaut qui fournit des résultats immédiats.

On complétera l'examen chimique par la *recherche des globulines*, grâce à la réaction de Paudy, recherche constamment positive dans la paralysie géné-

rale ; l'adjonction d'une goutte de liquide céphalo-rachidien à un demi-centimètre cube de solution saturée d'acide phénique donne une opalescence bleuâtre qui témoigne de la présence d'albumines anormales.

b. Le point de vue cytologique. — La lymphocytose est de règle, ordinairement massive : il faut savoir qu'elle peut temporairement faire défaut, mais elle apparaît toujours si l'on multiplie les examens. On pratiquera la numération des éléments à la cellule de Nageotte et l'on complétera pour éviter toute cause d'erreur par un examen sur lame du culot obtenu par centrifugation.

c. Le point de vue biologique. — On mettra en œuvre :

α. La réaction de Bordet-Wassermann *constamment positive* à tel point qu'une réaction négative peut faire éliminer le diagnostic de paralysie générale ; il faut insister sur ce point bien mis en évidence par Sicard, c'est que la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux est *irréductible* sous l'influence du traitement alors qu'elle est partiellement réductible dans le sang.

β. Les réactions de floculation du liquide céphalo-rachidien en présence de suspensions colloïdales dont les plus importantes sont :

La *réaction de Lange* à l'or colloïdal qui est d'une pratique assez compliquée mais qui permet dans les liquides céphalo-rachidiens syphilitiques de dissocier deux types : un type syphilitique répondant à la syphilis cérébrale ordinaire, un type paralytique spécial à la paralysie générale.

La *réaction du benjoin colloïdal* découverte et mise au point par le professeur Guillain et ses élèves Laroche et Lechelle. La réaction de Guillain a pour elle l'avantage de la simplicité ; elle se pratique suivant la technique complète (avec seize tubes) ou suivant une technique simplifiée et très commode (cinq tubes). Les renseignements sont ordinairement parallèles à ceux fournis dans le Wassermann, on la rencontre cependant positive ou subpositive dans la sclérose en plaques, certains cas d'encéphalite épidémique ou de méningite tuberculeuse.

Citons pour mémoire :

La réaction d'Emmanuel à la gomme mastic ;

La réaction de Targowla à l'élixir parégorique.

En terminant l'étude de ce syndrome humoral disons que dans la paralysie générale l'index de perméabilité méningée de Dujardin est supérieur à 1/10.

On voit toute l'importance pour affirmer le diagnostic de la paralysie générale de l'examen de ce syndrome humoral, manifeste et grossier dans l'immense majorité des cas. S'il peut se rencontrer avec les mêmes caractères dans des cas de syphilis nerveuse autre que la méningo-encéphalite diffuse, dans la paralysie générale, et Sicard y insiste à juste titre, sa constance et son irréductibilité sous l'influence thérapeutique (surtout en ce qui concerne le Wassermann) sont choses tout à fait particulières.

Evolution générale de la maladie. — La maladie de Bayle est surtout caractérisée par sa *progressivité* : c'est la *paralysie générale progressive.* « Dans la paralysie générale, disait Lasègue, les troubles sont progressivement croissants sans cependant changer de forme. »

Il est cependant classique de lui décrire trois périodes : de *début*, *d'état*, de *terminaison*.

Période de début. — Vouloir décrire une période prodromique de la paralysie générale nous semble, à notre sens, chose inutile. Pour nous la période préparalytique de Régis n'existe pas ou du moins ne peut être enregistrée. Il s'agit le plus souvent, en effet, de manifestations de la syphilis nerveuse secondo-tertiaire (céphalée, paralysie des nerfs craniens, signe d'Argyll) et ce serait à notre avis élargir par trop le cadre de la paralysie générale. On est ou l'on n'est pas paralytique général, la *paralysie générale commence au seuil des troubles psychiques* et déjà, suivant l'expression de Magnan et Sérieux, il y a déchéance de tout l'être sentant, pensant et voulant.

La maladie peut s'affirmer de multiples façons : un *ictus*, une *crise d'épilepsie* peuvent ouvrir la scène, une crise dépressive simulant la *neurasthénie* peut en marquer le début. Dupré insiste avec raison sur cette forme assez fréquente de neurasthénie préparalytique qui peut conduire à des erreurs de diagnostic. C'est une neurasthénie de type irrégulier avec changement du caractère, lassitude, faiblesse, névralgies diverses, céphalée, sensations bizarres dans la tête (Chaslin), impossibilité d'entreprendre un travail suivi avec très souvent, fait qui déroute, conservation de l'auto-critique.

Souvent un acte délictueux ou bizarre attire l'attention de l'entourage et du médecin (nous reviendrons dans un petit chapitre médico-légal sur ce mode de début).

Mais le plus souvent ce sont les troubles intellectuels qui amènent le malade à consulter, et dès cette période un examen psychiatrique minutieux montre déjà des atteintes importantes des facultés mentales : car dès le début nombre des signes psychiques existent déjà à l'état d'ébauche et ne font que s'affirmer dans le cours de la maladie.

On a signalé, et j'en ai vu un cas, un début par un accès maniaque typique.

Mentionnons pour mémoire l'exagération passagère des facultés intellectuelles qui n'est, en réalité, que de surface beaucoup plus apparente que réelle.

Période d'état. — Nous en avons vu les caractéristiques principales en étudiant à fond la symptomatologie ; nous n'y reviendrons pas, nous dirons cependant que l'infection syphilitique au cours de la paralysie générale semble avoir concentré son effort sur le système nerveux et que dans l'immense majorité des cas les organes habituellement touchés par la syphilis tertiaire (cœur, foie, reins) sont ordinairement indemnes. Fréquence de leucoplasie, aortite chronique légère.

Période terminale. — La démence devient complète, l'intelligence s'obscurcit de plus en plus, la parole s'embrouille complètement et le malade n'arrive plus à se faire comprendre.

A cette déchéance psychique s'ajoute une déchéance physique parallèle : le malade devient un grabataire, complètement gâteux, il tombe dans un marasme profond, réduit à une vie animale végétative, qui peut durer des semaines et des mois et qui finalement aboutit à la mort au milieu d'un certain état d'agitation terminale.

Complications. — Mais cette évolution progressive habituelle peut être entrecoupée d'un certain nombre de complications.

Les *ictus* sont fréquents : *ictus apoplectiques* avec une période passagère de coma dont le malade sort habituellement assez vite, qui laissent après eux une hémiplégie légère et qui rétrocède souvent dans de larges proportions; *ictus épileptiques* au cours desquels le malade fait, soit du Bravais-Jackson, soit de l'épilepsie généralisée. Ces crises d'épilepsie sont d'un assez sombre pronostic et souvent précèdent de quelques jours ou de quelques semaines l'évolution terminale.

Les *accidents broncho-pulmonaires* se rencontrent sous forme de broncho-pneumonie de déglutition, de congestions passives des bases pulmonaires, de gangrène pulmonaire. Ils sont une cause fréquente de mort chez les paralytiques généraux confinés au lit et en état manifeste de moindre résistance.

Les *complications digestives*, diarrhée profuse avec entérite provenant de l'alimentation désordonnée de ces malades déments.

Rémissions. — C'est là une question très importante et très controversée dans l'histoire de la maladie de Bayle.

La durée habituelle normale de la paralysie générale est de deux à cinq ans; exceptionnellement, elle se prolonge de cinq à dix ans. On a cité des cas qui ont duré vingt ans. C'est à leur propos qu'on a parlé de *rémissions* de la maladie. La question est encore pendante.

Complète et nulle pour certains auteurs, les rémissions, pour d'autres auteurs, laissent subsister le fond démentiel de la maladie dont l'évolution marque un temps d'arrêt. Mais les réactions humorales restent positives.

Ce que l'on peut dire, c'est que le plus souvent ces accalmies sont de très courte durée dans la vraie paralysie générale et que très rapidement la maladie reprend son cours normal progressif qui aboutit eu marasme et à la mort.

Aperçu médico-légal. — On sait l'importance que joue la paralysie générale au point de vue médico-légal. En face de tels malades et étant donné, nous le verrons, l'inefficacité du traitement, le médecin a moins à jouer son rôle de thérapeute que celui d'*assistant social.*

On a été jusqu'à décrire une période médico-légale de la maladie (Legrand du Saulle).

Le paralytique général peut avoir à rendre des comptes à la société et à la justice pour des actes répréhensibles et délictueux dont le caractère primordial est de contraster avec le passé du sujet. Il peut s'agir de délits dont le type est le *vol* qui se produit le plus souvent d'une manière absurde, sans motif, sans précaution, sans honte : devant le juge le paralytique général, inconscient, fournit des explications enfantines. Il s'agit souvent d'exhibitionnisme, d'attentats aux mœurs, d'outrages publics à la pudeur. L'homicide est beaucoup plus rare.

Le paralytique général est un individu pour lequel il faut souvent envisager l'*internement* à brève échéance pour le mettre hors d'état de nuire à sa famille, à la société, à lui-même. Car s'il est des paralytiques généraux bons garçons dont la démence est encore compatible avec la vie en société, nombreux sont ceux pour lesquels brusquement on est obligé de faire jouer la loi sur l'aliénation mentale pour les placer hors d'état de nuire.

En dernière analyse, en présence d'un tel malade, le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit l'internement possible et il doit donner les raisons qui militent pour et contre la vie en liberté de tels individus, chose qui est parfois particulièrement délicate. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MAI 1924)

Le jus de viande cru, pur, sec et total dans le traitement de la tuberculose humaine et la reconstruction des muscles. — M. Charles Richet rappelle que, dès 1902, il a démontré avec J. Héricourt que des chiens alimentés avec de la viande crue résistaient tous à l'infection tuberculeuse, alors qu'ils succombaient toujours s'ils reçoivent une autre alimentation. En utilisant du jus de viande cru, pur, sec et total, M. Richet a pu traiter 260 malades tuberculeux avérés; il a constaté que l'ingestion de ce jus de viande desséché amenait une augmentation rapide et presque constante du poids et de la force musculaire et parallèlement fixation d'azote et de phosphore. Donc l'ingestion de jus de viande amène la rapide reconstruction du tissu musculaire et l'amélioration progressive de l'état général.

Influence des rayons X sur les oxydases leucocytaires. — MM. P. Lemay, G. Guilbert, R. Petit et L. Jaloustre.

Sur la greffe sous-cutanée de cornées vivantes et mortes et sur la théorie de la greffe morte en général. — M. J. Nageotte.

Préparation et dosage de la méthémoglobine. — MM. M. Nicloux et Georges Fontès montrent que le traitement du sang par le dixième de son volume d'alcool fournit un moyen extrêmement simple de préparer la méthémoglobine; sa réduction, d'abord à l'état d'hémoglobine et la transformation ultérieure de celle-ci en hémoglobine oxycarbonée en permet le dosage dans des conditions tout à fait satisfaisantes d'exactitude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 MAI 1924)

Stations hydrominérales. — M. Pouchet fait une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

Les travaux des stagiaires. — M. Siredey lit un rapport sur les travaux des stagiaires aux stations climatiques et hydrominérales.

Symphyse cardiaque et cardiolyse. — M. Delorme, en 1895, a proposé et décrit à l'Académie de médecine son opération, la cardiolyse. Dans les cas de symphyse du cœur, elle libère cet organe des adhérences qui, en le fixant au péricarde, en compromettent le développement. Depuis lors, il a consacré à la symphyse cardiaque de nombreux travaux que l'Académie des sciences a distingués.

Deux observations de M. Hallopeau, chirurgien des hôpitaux, ont démontré la très haute valeur de la cardiolyse. Chez les malades, en état grave, le cœur dans la partie découverte par une incision péricardique était immobile. A mesure qu'on le dégageait il reprenait ses mouvements dans la région symphysée.

Non seulement le résultat immédiat fut remarquable, merveilleux, dit M. Hallopeau, mais il se maintint, resta définitif

ainsi que l'affirmèrent la radiographie et l'examen clinique. Comme volume et comme force, le cœur resta normal.

Cette méthode fait honneur à la chirurgie française.

M. Delorme conclut en disant que la cardiolyse doit prendre la première place dans la thérapeutique chirurgicale de la symphyse cardiaque.

L'opération conduite par un chirurgien de carrière est simple, facile, non traumatisante. Elle peut se pratiquer avec l'anesthésie locale.

On doit y recourir, autant que possible, à une période assez rapprochée du début de la péricardite. C'est alors qu'elle ménage les succès les plus faciles et les plus nombreux. Cependant on ne doit pas hésiter à la pratiquer plus tard. Dans les symphyses avec dilatation du cœur, cas extrêmes, elle est urgente et constitue une suprême ressource.

— L'Académie a écouté avec la plus vive attention cette communication qui confirme si heureusement la découverte de M. Delorme.

Transmission de la fièvre méditerranéene par les troupeaux ambulants de chèvres laitières. — MM. de Martel, Renault, Césaré et Lévy communiquent une observation très instructive qui montre qu'il suffit de boire un peu de lait d'une de ces chèvres que promène un berger dans les rues de la ville, aux sons d'une flûte de Pan, pour être infecté. Le Conseil d'hygiène de la Seine a pris à ce propos des mesures utiles. Quant au public, il doit savoir qu'il y a là danger de contagion et qu'il suffit, pour y parer, de faire bouillir le lait de chèvre pendant quelques minutes.

Observations anatomo-cliniques concernant les rapports du myxœdème avec l'immunité. — M. G. Marinesco. Il s'agit de deux malades atteintes d'idiotie myxœdémateuse, dont la première a présenté, pendant la vie, une série de maladies infectieuses, telles que l'érysipèle à répétition, des accès de fièvre paludéenne, rougeole, et enfin tuberculose généralisée qui a emporté la malade. Dans le système nerveux central on a trouvé une quantité extraordinaire de bacilles de la tuberculose. La seconde malade est morte de grippe espagnole, et dans tous les organes ainsi que dans le système nerveux on a trouvé des streptocoques. L'auteur pense que l'absence de la thyroïde n'a pas favorisé directement l'infection. Il s'agit plutôt d'un retentissement sur la nutrition et de développement normal de l'organisme puisque la glande thyroïde gouverne les échanges nutritifs des organes destinés à fabriquer les anticorps, et c'est à cette diminution de l'activité nutritive des organes qui produisent les substances défensives nécessaires contre les infections qu'est due la diminution de la résistance, à l'égard des maladies infectieuses, dans le myxœdème congénital.

Pancréatite atténuée. — M. Delbet communique deux observations de pancréatite atténuée.

Sur les rations alimentaires en campagne. — M. Sacquépée. Parmi les régimes alimentaires du soldat en campagne, la ration dite « de réserve » occupe une place spéciale. En raison de sa destination elle doit se montrer suffisante, sous un minimum de poids, de volume et de simplicité.

Telle qu'elle a été remaniée, il y a quelques années, cette ration suffit au point de vue quantitatif ; le nombre de calories qu'elle apporte est assez élevé.

En est-il de même en ce qui concerne les vitamines ou facteurs accessoires?

Des trois facteurs généralement admis, les facteurs *B* et *C* paraissent spécialement intéresser l'adulte.

Dans la ration de réserve, le facteur *B* est fourni, autant qu'on sache, par le pain et par le potage.

Quant au facteur *C*, ou facteur antiscorbutique, on sait déjà qu'il ne peut venir du pain, de la viande conservée ou du potage salé.

L'expérience chez l'animal montre, d'autre part, que le chocolat ou le cacao, aliments par ailleurs excellents, n'ont pas la propriété de prévenir l'apparition des accidents chez les cobayes soumis à un régime privé par ailleurs de facteur antiscorbutique : nourris de son, d'avoine et de lait autoclavé, avec ou sans cacao (ou chocolat), les cobayes meurent dans les délais habituels.

Cette propriété antiscorbutique n'appartient pas davantage au café. Non seulement, en effet, il n'est pas antiscorbutique, mais il semble hâter l'apparition des accidents dus à l'avitaminose *C*.

Dans la ration de réserve semble donc faire défaut le facteur *C* dont le déficit serait facilement comblé par addition de citrons, d'orange, etc.

Création de centres hospitaliers de prophylaxie contre la rougeole et la coqueluche. — M. Debré préconise, pour de fortes raisons, la création de centres hospitaliers de prophylaxie contre la rougeole et la coqueluche. On y recueillera le sérum du sang des convalescents. On l'injectera aux enfants menacés par le mal, selon la méthode de Nicolle et Conseil ; ils seront préservés ou n'auront que très faiblement un mal trop souvent mortel, par ses complications, chez les jeunes enfants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 16 mai 1924)

Guérison clinique de deux cas de tuberculose pulmonaire, l'un par pneumothorax spontané, l'autre par rétraction sclérofibrineuse du poumon. — M. Joseph Genevrier présente un malade qui, ayant eu un pneumothorax secondaire, vit sa fistule s'oblitérer et son épanchement disparaître à la suite du traitement par l'oléo-thorax. Après six mois de guérison apparente, il se forma un nouvel épanchement purulent, évacué par fistule pleuro-pulmonaire et par vomique. Malgré cette grave complication, l'évolution fut de nouveau favorable ; la fistule s'oblitéra, l'épanchement se caséifia ; et actuellement le malade a toutes les apparences d'une santé parfaite ; il a réalisé la guérison de sa tuberculose par collapsothérapie, compliquée de pleurésie purulente, parfaitement tolérée après caséification.

Le second malade, atteint il y a onze ans d'une tuberculose étendue à tout le lobe supérieur droit, a réalisé peu à peu sa rétraction fibreuse de son poumon, avec aplatissement de son hémithorax, et attraction considérable du médiastin vers la droite. Son poumon se trouve réduit de la sorte au quart environ de son volume normal. Son expansion est à peu près nulle. A la faveur de cette rétraction, analogue à celle que l'on obtient par thoracoplastie, le foyer tuberculeux s'est éteint, et le malade jouit d'une santé parfaite avec un état général excellent, et une entière capacité de travail.

Ces cas de guérison spontanée, où une évolution naturelle aboutit à l'extinction du foyer tuberculeux, sont utiles à connaître, pour les rapprocher de ceux où il y a lieu de poser les indications et d'appliquer les méthodes de collapsothérapie, par pneumothorax artificiel ou par thoracoplastie.

Syphilis ancienne avec localisations multiples. — MM. Babonneix et Azerad présentent un malade chez lequel on constate l'ensemble symptomatique suivant :

Ulcération arrondie siégeant sur le prépuce, qu'elle a perforé dans sa totalité ; augmentation de volume, de consistance et déformation du foie, analogues à celles qu'on observe dans le foie ficelé ; ictère ; plaques opalines à la face postérieure de la lèvre inférieure ; symptômes nerveux : inégalité pupillaire, paresse des réflexes lumineux, lymphocytose, et réaction de Wassermann faiblement positive du liquide céphalorachidien.

En présence de l'ulcération de la verge, la première hypothèse qui vienne à l'esprit, est celle d'accident primitif à tendance phagédénique. On peut lui objecter qu'elle ne cadre nullement avec l'ensemble des autres constatations et qu'elle a contre elle les déclarations mêmes du malade qui affirme avoir eu un accident primitif il y a vingt ans.

Il s'agit selon toute vraisemblance, de gomme chancriforme. Et les soi-disant plaques muqueuses ne sont que des exulcérations de la muqueuse buccale, liées probablement au mauvais état de la bouche, et dues à une infection fuso-spirillaire. En faveur de cette hypothèse on peut faire valoir l'existence d'un foie ficelé et de phénomènes attribuables à une syphilis nerveuse.

Autre question importante : quel traitement instituer chez

ce malade? Les auteurs n'ont pas osé recourir à l'arsenic en raison des lésions hépatiques. Le mercure pourrait être dangereux à cause du mauvais état de la bouche. Aussi ont-ils recouru au bismuth qui semble déjà avoir donné de bons résultats.

Accidents thrombosiques cérébraux dans un cas d'érythrémie. — M. LEDOUX (de Besançon) communique l'observation d'une malade atteinte d'érythrémie typique avec 8 millions de globules, qui, en deux fois présenta, à la suite d'accidents vertigineux, une hémiplégie transitoire avec dysarthrie et diplopie. Il s'agissait certainement de thrombose artérielle cérébrale expliquée par la viscosité sanguine considérablement augmentée.

M. VAQUEZ a observé fréquemment ces accidents cérébraux par thrombose au cours de l'érythrémie. Il cite une observation récente analogue à celle rapportée par M. Ledoux.

M. BÉCLÈRE considère que les thromboses au cours de l'érythrémie justifient dans le traitement radiothérapique les doses légères et espacées

M. VAQUEZ partage l'opinion de M. Béclère.

Le traitement des hémorragies par le citrate de soude. — M. Maurice RENAUD attire l'attention sur la valeur des injections intraveineuses de citrate de soude (10 à 30 centimètres cubes d'une solution à 30 p. 100) dont il a signalé à la Société de biologie les curieuses propriétés hémostatiques.

Dans 25 cas de cancer et dans 3 cas de tuberculose cavitaire, des hémorragies importantes et durables ont cessé complètement dans les heures qui ont suivi l'injection et aucun saignement ne s'est ensuite reproduit pendant plusieurs mois. L'injection de citrate est actuellement de beaucoup la plus efficace et la plus sûre des médications hémostatiques.

Fièvre ondulante au cours d'une carcinose primitive du foie généralisée aux poumons. — M. TRABAUD (de Beyrouth) rapporte une très belle observation d'adénocarcinome trabéculaire du foie développé chez un tirailleur annamite âgé de vingt-huit ans qui a amené la mort très rapidement en quelques semaines, montrant ainsi contrairement à certaines observations classiques que la phase chirurgicale qui permet l'ablation de l'adénome avant sa généralisation peut manquer dans certains cas. La courbe dans cette observation présentait aussi un très grand intérêt par son caractère ondulant qui rappelait aussi celles que l'on observe communément dans les mélitococcies ou les spirilloses, mais qu'on n'a pas encore rencontrée jusqu'ici au cours des tumeurs malignes.

Méningite aiguë au cours d'une suppuration latente du rocher, chez une malade atteinte de diplégie cérébrale infantile. — M. Maurice RENAUD rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de diplégie cérébrale infantile de symptomatologie banale chez laquelle survint une méningite aiguë. Après une rémission et après guérison apparente de cet épisode aigu, la mort survint en deux mois par cachexie, avec production de larges escharres.

Le diagnostic clinique avait été hésitant. Après avoir cru à la tuberculose, on aurait pu accepter le diagnostic de syphilis, en raison de l'état antérieur, des réactions humorales et de l'amélioration qui avait coïncidé avec un traitement arsenobenzolique.

L'autopsie montra des lésions banales d'hydrocéphalie légère et des dégénérations diffuses des faisceaux de la moelle, et le cas aurait été pareil à tant d'autres en raison de son apparente banalité si l'ouverture des rochers n'avait fait découvrir une large infiltration purulente de l'un d'eux avec intégrité de la caisse et du tympan.

Cette observation vient d'abord rappeler que l'ostéomyélite du rocher peut être latente, ne s'accompagner d'aucun signe d'otite moyenne et cependant entraîner des désordres les plus graves.

Elle est de tous points comparable aux suppurations du rocher du nourrisson qui jouent d'après l'auteur un rôle considérable dans la pathologie du nouveau-né, et à celles qui font la gravité de certaines maladies infectieuses comme la rougeole.

Elle montre ensuite qu'il est nécessaire d'ouvrir systématiquement le rocher aux autopsies et que toute observation d'un état infectieux grave avec syndrome méningo-encéphalique est sans valeur si cette ouverture n'a pas été faite.

Elle oblige enfin à se demander depuis quelle époque existait cette suppuration latente et à poser ainsi une question d'un intérêt doctrinal considérable. L'auteur accepte volontier l'opinion que la lésion du rocher, étant donné ce qu'on sait de ses ostéomyélites prolongées, était apparue dans la première enfance et qu'elle peut être rendue responsable, étant donné ce qu'on sait des suppurations du rocher chez les nourrissons, des accidents encéphaliques déterminant de la diplégie.

Emploi de sérum antidiphtérique désalbuminé au point de vue prophylactique. — M. LESNÉ frappé par les accidents sériques fréquents au cours de la sérothérapie préventive a employé chez 125 enfants du sérum désalbuminé. L'auteur n'a constaté aucun cas d'accidents sériques malgré l'action prophylactique certaine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 MAI 1924)

Action des graisses du poumon sur la croissance. — MM. H. ROGER, Léon BINET et M. VAGLIANO. On sait que les graisses des différentes parties de l'organisme sont douées de propriétés physiologiques fort différentes. Les unes, celles du foie et de la rate, par exemple, sont riches en vitamine A ; ajoutées à la ration alimentaire des jeunes animaux, elles exercent sur leur croissance une action favorisante très nette, tandis que les graisses du tissu sous-cutané, dépourvues de vitamine A, restent sans influence.

Il a semblé intéressant à MM. H. Roger, Léon Binet et Vagliano de chercher dans quel groupe doivent se placer les graisses extraites des poumons.

Les expériences ont porté sur de jeunes rats, âgés d'un mois, d'un poids moyen de 30 grammes. Les animaux, divisés en trois groupes, recevaient un régime fondamental ainsi composé de riz décortiqué, de caséine purifiée, de levure sèche et d'un mélange salin.

Au bout de dix jours, on a complété le régime, en donnant : Au groupe I, 5 p. 100 de graisse de beurre; au groupe II, 3 p. 100 de graisse de poumons; au groupe III, 3 p. 100 d'huile d'olives (aliment dépourvu de vitamine A).

L'examen des courbes de poids montre que pendant la première période des dix jours, la croissance se poursuit, grâce à la réserve de l'organisme en vitamine A ; mais elle se fait mal.

Quand on a ajouté au régime des matières grasses, les trois lignes qui se confondaient se séparent :

Les animaux du groupe III, qui reçoivent de l'huile d'olive et qui sont, par conséquent, privés de vitamine A, ont un poids stationnaire.

Les animaux du groupe I, qui reçoivent des vitamines A (5 p. 100 de graisse de beurre) ont une croissance parfaite.

Les animaux du groupe II, qui reçoivent 3 p. 100 d'extrait éthéré de poumon ont un développement normal.

On peut donc conclure que les graisses de poumon exercent une influence favorable sur la croissance : elles renferment des vitamines A, en quantité assez élevée, car ajoutées au régime dans la proportion de 3 p. 100, elles ont sensiblement la même action que les graisses de beurre données au taux de 5 p. 100 qui est considéré comme le plus favorable.

Des variations du taux de fixation de l'oxygène par l'hémoglobine. — MM. A.-C. GUILLAUME et R. GODEL. Le dosage de l'hémoglobine par la méthode spectroscopique présente un intérêt spécial du fait qu'il permet d'envisager la notion du coefficient d'utilisation de l'hémoglobine. L'on obtient des chiffres différents suivant que l'on procède à ce dosage sûr : 1° Du sang retiré directement de la pulpe du doigt; ou 2° sur du sang qui, par agitation à l'air a transformé le maximum d'hémoglobine en oxyhémoglobine.

Le rapport de ces chiffres peut, chez un même sujet, rester fixe d'un jour à l'autre ou varier dans des limites assez étendues.

Il peut être modifié sous l'influence de troubles circulatoires, abaissé considérablement, par exemple, au cours d'une crise tachycardie paroxystique.

Il peut présenter des oscillations étendues au cours de la période menstruelle, et l'on peut être frappé en ce cas par le parallélisme existant parfois entre une telle courbe et celle qui mesure l'absorption de l'oxygène, telle qu'elle est effectuée par la méthode des échanges respiratoires. Mais tout l'intérêt de la méthode réside dans l'étude de la courbe des valeurs successives de ce coefficient, courbe objectivant un des multiples faces d'un phénomène envisagé.

— Autres communications :

Perméabilité des tissus aux colorants liposolubles, à propos de la théorie de M. Policard. — M. J. NAGEOTTE.

Cuti-immunité anticharbonneuse. — MM. BROCQ-ROUSSEAU et URBAIN.

Chronaxie et revêtement cutané. — L. LAPICQUE.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 28 avril 1924) :

Reproduction expérimentale de l'anaphylaxie digestive par diverses protéines animales. Ses particularités. — MM. F. ARLOING, L. LANGERON et B. SPASSITCH, en utilisant leur méthode de sensibilisation exclusivement digestive par l'administration d'un mélange *āā* de 2 centimètres cubes de bile de bœuf + protéine pendant huit jours, et de choc digestif par un repas analogue, ont pu sensibiliser le cobaye à des peptones de bœuf, de porc, d'œuf, de caséine, de perche, de raie, de moule et d'écrevisse.

Ces protéines ont, toutefois, un pouvoir sensibilisant ou déchaînant inégal. On peut les classer par ordre d'activité descendante : écrevisse, caséine, sérum de cheval (doué du pouvoir choquant étalon), blanc d'œuf, porc, bœuf, raie, moule, perche. L'intensité d'un choc digestif dépend plus de l'activité de la protéine déchaînante que de celle de la protéine sensibilisante.

L'anaphylaxie digestive peut être homologue ou hétérologue ; elle est dépourvue de spécificité étroite. Il est inutile d'insister sur les comparaisons de ces faits avec ceux observés en clinique.

Réalisation d'un choc protéique direct par la voie digestive en dehors de la sensibilisation anaphylactique. — MM. F. ARLOING, L. LANGERON et B. SPASSITCH ont vu que, après avoir préparé la muqueuse intestinale du cobaye par l'administration pendant huit jours, de 3 centimètres cubes de bile de bœuf par jour, l'ingestion par l'animal de sérum ou d'une autre protéine provoque un choc protéique direct à symptomatologie comparable à celle d'un choc anaphylactique.

Ils ont également constaté que si l'on soumet une fois par semaine, pendant deux mois, les animaux à une épreuve d'anaphylaxie digestive, les chocs digestifs s'atténuent, puis disparaissent. On peut supposer que, à la longue, la muqueuse intestinale a acquis un état d'immunité relatif, à moins qu'il ne s'agisse simplement de son retour à une perméabilité normale à mesure qu'on s'éloigne de l'ingestion massive de bile du début.

Nouvelle méthode de recherche des fibres élastiques dans les crachats. — MM. BONNAMOUR et BARSOTTI appliquent à cette recherche la méthode de Burri-Hecht, mélange sur une lame, après liquéfaction avec de la soude, d'une parcelle de culot de centrifugation et d'une goutte d'encre de Chine, et étalement. Les fibres élastiques apparaissent avec une réfringence et une forme spéciale qui les distinguent nettement des fibres végétales.

A propos de l'action de la glycérine sur le virus rabique. — M. A. RODET, en raison de récentes publications sur ce


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

sujet, juge opportun de rappeler d'anciennes expériences faites avec Galavielle et Martin sur le pouvoir immunisant de la matière nerveuse rabique (cerveaux de lapins morts par le virus fixe). Les résultats de ces expériences sont de nature à justifier la méthode de vaccination antirabique, basée sur l'action de la glycérine, proposée par Remlinger. Toutefois, il paraîtrait prudent de multiplier les essais de vaccination expérimentale, notamment chez le chien après inoculation de virus des rues, avant d'instaurer cette méthode dans un Institut antirabique.

Sur l'action antibactéricide de certains sérums spécifiques. — M. A. Rodet revient sur des faits concernant le sérum antityphique, qui se trouvent pleinement confirmés par la suite de ses observations. L'action antibactéricide que le sérum antityphique est susceptible d'exercer sur le bacille d'Eberth à l'égard de l'alexine agissant in vitro est indépendante de l'action sensibilisatrice bactéricide ; il s'agit de deux propriétés distinctes, et il est possible, grâce aux conditions choisies de l'immunisation, en quantité et en qualité, de réduire considérablement, sinon de supprimer la première en donnant largement le pas à la propriété bactéricide. Le sérum qu'il prépare actuellement possède toujours une propriété bactéricide très accentuée, caractérisée par une action de sensibilisatrice bactériolytique in vitro suivant une gamme de doses extrêmement étendue, et n'exerce une action antibactéricide que suivant une très courte échelle de doses fortes.

Recherches expérimentales sur les associations microbiennes. Bacille diphtérique et micrococcus tetragenes. — Plusieurs auteurs considèrent que l'association du tétragène au bacille de Loeffler constitue un facteur d'aggravation important de la diphtérie. MM. Papacostas et Gate ont voulu vérifier expérimentalement cette constatation clinique. Voici leurs conclusions : 1° L'association in vitro du tétragène au bacille de Loeffler n'exerce sur la végétabilité de ce dernier aucune action ni stimulante, ni antibiotique; 2° la toxine produite par le bacille de Loeffler, cultivé dans un même milieu en association avec le tétragène, n'est ni exaltée ni affaiblie ; 3° les produits de sécrétion du tétragène n'ont aucune influence sur le pouvoir toxigène du bacille de Loeffler; 4° le tétragène par sa présence n'a, in vivo, aucune action ni synergique, ni antagoniste, vis-à-vis du bacille diphtérique ; 5° inversement, le bacille de Loeffler n'exerce, in vivo, sur le tétragène aucune action synergique. Il peut favoriser son passage dans le sang, mais sans exalter sa virulence. En définitive, la gravité clinique admise par de nombreux auteurs pour l'association du bacille de Loeffler et du tétragène ne trouve pas sa confirmation dans l'expérimentation. Les auteurs ont précédemment fait les mêmes remarques à propos de l'association du staphylocoque et du bacille de Loeffler.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 mai 1924)

Papillomes laryngés en voie de transformation épithéliomateuse guéris par la radiothérapie profonde. — M. Caboche rapporte un cas où après échec de la curiethérapie, la guérison fut obtenue par la radiothérapie profonde. L'extirpation avait été préalablement pratiquée après laryngo-fissure. La guérison remonte actuellement à dix mois.

Neurotomie gassérienne. Présentation d'opérés et projections. — M. Bourguet présente un malade traité depuis sept ans par une cinquantaine d'injections d'alcool pour une névralgie faciale frappant les trois branches du nerf maxillaire inférieur, chez qui il a pratiqué une neurotomie rétrogassérienne, dont il montre la technique par projections. La névralgie fut guérie.

La goutte et les goutteux pendant et depuis la guerre. — M. Mousseaux, sur 110 goutteux observés à Vittel depuis la guerre, montre l'influence heureuse que les restrictions alimentaires et la plus grande activité physique de la période de guerre ont exercées sur le tempérament goutteux en général : une diminution notable des accès s'est produite chez la plupart des sujets, mais elle est restée passagère et actuellement, la goutte tend à devenir plus fréquente.

Les diarrhées à transit non accéléré. — M. Goiffon montre que l'examen coprologique permet de reconnaître que certaines diarrhées sont dues à une hypersécrétion colique qui empêche la selle de se mouler. Il est important de bien connaître ce syndrome, car dans ce cas, tout médicament constipant va à l'encontre du but cherché.

Le spiroscope dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Pescher pense que les hérédo-tuberculeux ne naissent pas contaminés, mais ils ont une diminution marquée de leur capacité respiratoire vitale. La récupération progressive et le maintien de celle-ci par des exercices spiroscopiques gradués et objectivés est au premier rang des moyens prophylactiques. Ces mêmes exercices employés à bon escient en dehors des poussées aiguës, rendent aussi de grands services dans la maladie confirmée.

Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle. — M. Fr. Glénard présente en collaboration avec le professeur Carnot un film fort intéressant montrant les mouvements normaux et anormaux de l'intestin du chat et du lapin, se manifestant sous l'influence de la perfusion sanguine.

Palpation méthodique de l'abdomen. — M. Fr. Glénard montre, à l'aide d'un film fort instructif, tous les procédés de palpation abdominale si minutieusement mis au point par Fr. Glénard, procédé du pouce, palpation du rein mobile, signe de la sangle, etc.

Contribution à l'étude du phénomène physiologique de la récupération de l'énergie musculaire. — MM. Roger et Livet, par des expériences nombreuses et fort intéressantes montrent que le sujet, au moment où sa puissance mécanique diminue, augmente son rythme cardiaque et exalte ses combustions.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 3 juin. — Jury : MM. de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Velter et Mocquot. — M. Lazarevitch (M.). Les rétinocytomes malins. — M. Auvigne. Série d'ostéosynthèses pour fractures humérales.

Jury : MM. Teissier, président; Chauffard, Jeanselme et Prenant. — M. Faure (Henri). Cellules de Purkinje et tissu nodal. — M. Canégaly (Paul). Etude des régimes alimentaires au cours des tuberculoses évolutives. — M. Adjali (M.). Des infections aiguës associées d'origine pneumococcique, dans la méningite cérébro-spinale. — M. Laplanche (Jean). Contribution à l'étude clinique de l'ulcère syphilitique de jambe.

Mercredi 4 juin. — Jury : MM. Legueu, président; Delbet, Couvelaire et Labbé (M.). — M. Simovitch (M.). Affections pottiques et affections rénales. — M. Gaume (P.). De la rétention incomplète d'urine. — M. Chansaulme (Pierre). — De la scolio-cyphose au point de vue obstétrical. — M. Biron (Maurice). Etude critique des signes de la symphyse pleurale. — M. Marinot. La radiographie de la vésicule biliaire en position debout.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Valeur diagnostique du pigment hématique dans la malaria, par le docteur C. L. Urriola (de Panama). In-8 de VIII-100 pages avec 25 figures en noir et couleur et 17 courbes. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

La Psychanalyse, par Ch. Blondel, professeur à la Faculté des lettres de l'Université de Strasbourg. In-16. — Prix : 9 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sergent, Tixier, Bensaude, Halbron, Claisse, Lecène, Darier, Foix, Ramond, Clerc, qui acceptent; Jeanselme, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Composition écrite.* — MM. Tourneix, 22; Reinhold, 25; Wilmoth, 24; Welti, 23; Oberlin, 27.

Epreuve orale d'anatomie. — MM. Tourneix, 14; Reinhold, 17; Wilmoth, 16; Welti, 15; Oberlin, 17.

Epreuve de physiologie. — MM. Tourneix, 17; Reinhold, 16; Wilmoth, 15; Oberlin, 18.

Epreuve de chirurgie. — MM. Tourneix et Reinhold, 16; Wilmoth et Oberlin, 19.

Epreuve de médecine opératoire. — MM. Tourneix, 24; Reinhold, 25; Wilmoth, 26; Oberlin, 27.

Epreuve de dissection. — MM. Reinhold, Wilmoth et Oberlin, 27.

Classement des candidats : MM. Oberlin, 135; Wilmoth, 127; Reinhold, 126.

Sont proposés : MM. Oberlin et Wilmoth.

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — MM. Metzger et Baranger, 23; Meillère, 25; Seille, 22; Leibovici et Cuvigny, 20; Breton, 22; Chevalier, 25; Ménégault, 20; Chabrut, 24; Marchant, 25; Fèvre et Garnier, 21; Godard, 22; Raiga et Gueulette, 25.

Epreuve orale. — MM. Baranger, 14; Meillère, Seille et Breton, 16; Chevallier, 17; Chabrut et Marchant, 16; Fèvre, 18; Raiga et Gueulette, 17.

Epreuve de dissection. — MM. Meillère, 25; Seille et Breton, 26; Chevallier, 24; Chabrut, 26; Marchant, 27; Fèvre, 24; Raiga, 28; Gueulette, 27.

Classement des candidats : MM. Raiga, 70; Gueulette, 69; Marchant, 68; Meillère, Chevallier et Chabrut, 66; Seille et Breton, 64; Fèvre, 63.

Sont proposés : MM. Raiga, Gueulette, Marchand, Chabrut et Chevallier.

— Prêts d'honneur. — Durant les mois de juin et juillet, les professeurs agrégés de la Faculté de médecine dont les noms suivent se tiendront à la disposition des étudiants candidats aux prêts d'honneur, entre 13 h. 1/2 et 14 h. 1/2, à la Faculté de médecine, salle Pasteur, aux jours indiqués plus loin, pour examiner les candidats au point de vue médical, conformément au règlement. Ces étudiants devront être munis d'un certificat délivré par M. le secrétaire administratif du Comité local des prêts d'honneur attestant leur candidature.

4 juin, M. Ribierre; 6 juin, M. Clerc; 11 juin, M. Loeper; 13 juin, M. Léri; 16 juin, M. Foix; 18 juin, M. Ribierre; 20 juin, M. Clerc; 23 juin, M. Fiessinger; 25 juin, M. Loeper; 27 juin, M. Léri; 30 juin, M. Foix; 2 juillet, M. Ribierre; 4 juillet, M. Clerc; 7 juillet, M. Fiessinger; 9 juillet, M. Loeper; 11 juillet, M. Léri.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 31 mai 1924 publie une instruction relative à l'appareillage des mutilés. Cette instruction a pour but de codifier les droits des mutilés relatifs à l'appareillage. Elle a été rédigée sur avis de la Commission consultative de prothèse et d'orthopédie et constitue un guide pratique à l'usage des intéressés et des autorités administratives qui ont à intervenir en la matière.

Nous rappelons que la Commission consultative compte parmi ses membres les docteurs Rieffel, chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté de Paris, Duguet, du Val-de-Grâce, David de Drezigue (de Tours), Ripert (de Paris) et Rœderer (de Strasbourg).

LÉGION D'HONNEUR. — Ministère du Travail et de l'hygiène. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Leroy des Barres (d'Epinay-sur-Seine).

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. A. CHAUFFARD.) — ETUDES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION. — Ce cours de perfectionnement s'adresse aux médecins qui désirent se consacrer d'une façon toute spéciale à l'étude des maladies de la nutrition. Les conférences, suivies de démonstrations pratiques au laboratoire de chimie et au lit du malade, seront faites du 10 au 21 juin 1924, sous la direction du professeur Chauffard, avec la collaboration du docteur Noël Fiessinger, agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs Guy Laroche, Jean Troisier, Paul Brodin et Julien Huber, médecins des hôpitaux; des docteurs Debray, Robert Clément, et Girard, chefs de clinique, et des docteurs Grigaut et Lizine, chefs de laboratoire de chimie.

Ces conférences seront faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 4 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, dans les laboratoires ou les salles de malades et seront accompagnées de démonstrations cliniques. Un résumé de chaque conférence sera remis aux auditeurs.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE INFANTILE. (Hygiène et clinique de la première enfance. Hospice des Enfants-Assistés. Professeur : M. MARFAN.) — Un cours de revision et de perfectionnement sera fait dans ce service, sous la direction de M. le professeur Marfan, du mercredi 2 juillet au mercredi 23 juillet 1924, par MM. Henri Lemaire, médecin des hôpitaux; Blechmann et Hallez, anciens chefs de clinique; Turquety, Vallery-Radot, chefs de clinique; Dorlencourt, chef de laboratoire, et Roudinesco.

Cet enseignement comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire. Il aura lieu tous les jours; le matin de 9 à 11 heures, et l'après-midi de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

PROGRAMME DU COURS. — Première partie : *Hygiène et physiologie du premier âge.* — La vie infantile; ses caractères dans le premier âge. Allaitement maternel; sa nécessité. Direction générale. Incidents de cet allaitement : gerçures du sein et leurs complications. Suralimentation et sous-alimentation au sein. Altération et analyse du lait de femme. Sevrage et ablactation. Allaitement mercenaire. Allaitement artificiel : lait de vache, d'ânesse, etc. Microbes et stérilisation du lait. Dilution, sucrage du lait dans l'allaitement artificiel. Laits modifiés ou corrigés industriellement. Eléments de coprologie. Hygiène générale et protection de la première enfance.

Deuxième partie : *Pathologie et clinique du premier âge.* — La pathologie du nouveau-né. Le rachitisme. La syphilis héréditaire précoce : réaction de Bordet-Wassermann chez le nourrisson; syphilis et allaitement. La constipation. Diarrhées communes des enfants nourris au sein et des enfants privés du sein. Diarrhée cholériforme. Diarrhée de la période d'ablactation et diarrhée des féculents. Affections de l'appareil respiratoire. Tuberculose du nourrisson : la cuti-réaction, sa valeur. Les vomissements passagers ou habituels du nourrisson. Affections du sang et de l'appareil circulatoire (anémies du nourrisson et cardiopathies congénitales). Les méningites; convulsions; tétanie; hydrocéphalie. Les états de dénutrition dans le premier âge : l'athrepsie. Les œdèmes. Maladie de Barlow. Principales affections cutanées.

Droit à verser : 150 francs.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital de Vaugirard, 389, rue de Vaugirard. Professeur : M. Pierre DUVAL.) — PATHOLOGIE DU DUODÉNUM. — *Cours de perfectionnement.* — Les leçons auront lieu du 10 juin au 18 juin, tous les matins à la clinique, à 10 heures, et l'après-midi, à 5 heures.

Droit à verser : 150 francs au secrétariat de la Faculté de médecine les lundis, mercredis, vendredis, à 3 heures (guichet n° 4).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE GYNÉCOLOGIE, du 23 juin au 12 juillet. — Le cours dirigé par M. Levant, accoucheur des hôpitaux, comprendra des examens cliniques dans le service et aux consultations bihebdomadaires (mardi matin et samedi après-midi), l'assistance aux opérations, des leçons et démonstrations anatomiques.

CROISIÈRES DE CURE DE REPOS EN MER (sous les auspices de l'Association de la presse médicale française). — *Compagnies des messageries maritimes et havraises péninsulaires.* — Croisières du Havre, Oran, Alger, Marseille. Prix ordinaire : 800 francs. Prix spécial pour la croisière médicale : 650 francs. Durée, dix jours de voyage. Départ du Havre le 15 juin et ensuite tous les quinze jours.

Croisières en Méditerranée. — Marseille, Naples, Messine, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Beyrouth, Caïffa, Jaffa, Port-Saïd, Alexandrie.

Prix ordinaire : 6.600 francs. Prix spécial pour la croisière médicale : 2.400 francs.

Ce prix de 2.400 francs ne comprend pas les excursions à terre, en automobiles.

Durée, trente jours de voyage. S'il y avait un certain nombre de médecins le demandant, on pourrait faire coïncider l'arrivée à Beyrouth avec le départ d'un autre navire et alors le voyage n'aurait qu'une durée de vingt-trois jours.

1° Départ de Marseille le 16 juillet pour Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Beyrouth, Caïffa, Alexandrie, Marseille.

2° Départ de Marseille le 13 août, Alexandrie, Port-Saïd, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille.

3° Départ de Marseille le 17 septembre, Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Larnaca, Beyrouth, Alexandrie, Marseille.

Compagnie générale transatlantique. — Saint-Nazaire, départ le 21 juin et le 21 juillet pour Santander et La Corogne.

Durée, sept jours de voyage. Trois jours de mer et quatre jours en Espagne, excursion en automobiles à Saint-Jacques de Compostelle, cité très ancienne, lieu de pèlerinage, ville universitaire très pittoresque. Le prix ordinaire de la croisière est de 1.500 francs. Prix spécial pour la croisière médicale : 1.300 francs. Ce prix comprend tous les frais à terre en Espagne, pendant quatre jours, automobiles, etc., sauf le vin et les eaux minérales.

S'adresser pour les renseignements et inscriptions au docteur Loir, 12 bis, rue de Chaligny, Le Havre.

D'autres croisières seront organisées.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Archawski (de Paris), Barbier (de Furnes), Lengrand (de Vertain), Lepoutre (de Roubaix), Limichin (de Conty).

RENSEIGNEMENTS

SPÉCIALITÉ FRANÇAISE. — Contrairement à ce qu'a publié un journal médical, par suite d'une erreur de mise en page, l'*Iodo-Maïsine* est une spécialité exclusivement française, sans attache étrangère d'aucune sorte aussi bien comme création et fabrication qu'à tous autres points de vue.

Etablissements H. SALLE, 4, rue Elzévir, Paris.

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DU CANCER

PAR

LA RÉACTION DE BOTHELLO

PAR

BLOUQUIER DE CLARET — A. BRUGAIROLLE
Chef de clinique — Moniteur de clinique
de la Faculté de Montpellier.

Des très nombreuses réactions de laboratoire qui ont pour but de déceler l'existence d'une néoplasie par le sérodiagnostic, il n'en est resté aucune dans la pratique courante. Les unes trop peu fidèles, d'autres, comme la recherche du pouvoir antitryptique ou la réaction fermentative d'Abderhalden, d'une exécution trop compliquée.

Bothello, il y a déjà quelques années, avait imaginé et expérimenté une première réaction à base de précipitine, où il mettait en présence 1 centimètre cube du sérum examiné, 1 centimètre cube de solution de gélatine à 1 p. 100 et 3/10 de centimètre cube de solution de Gram.

Cette réaction ne lui ayant point donné de résultats satisfaisants, plus récemment, dans le service du professeur Hartmann, à l'Hôtel-Dieu, il l'a modifiée et a obtenu ainsi des résultats plus encourageants.

Technique. — Cette réaction d'une technique facile, nécessite trois solutions.

1° Solution citrique formolée :

Acide citrique	5 gr.
Aldéhyde formique	1 gr.
Eau distillée	100 cc.

2° Solution iodo-iodurée :

Iode bisublimé	1 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Eau	210 cc.

3° Solution de chlorure de sodium à 7,5 p. 1000.

La solution iodo-iodurée se décomposant à l'air et à la lumière doit être préparée récemment et conservée dans des flacons pleins et bien bouchés.

Dans un tube à hémolyse, on met 2 centimètres cubes de solution citrique formolée, à laquelle on ajoute 0cmc5 du sérum à examiner, dilué de moitié avec du sérum physiologique à 7,5 p. 1000. On agite, puis on ajoute au mélange 0cmc7 de solution iodo-iodurée. Il se forme un précipité qui peut se dissoudre après agitation et on ajoute alors 0cmc2 de solution iodo-iodurée; si le précipité se dissout à nouveau, on déclare la réaction négative. La persistance du précipité, au contraire, affirme la positivité de la réaction.

Dans cette réaction, la présence d'une solution formolée pouvant produire un trouble, même avec des sérums normaux, nous avons parallèlement fait une réaction modifiée, en substituant à la solution citrique formolée, une solution d'acide oxalique à 5 p. 100. De plus, ayant remarqué la différence de précipitation, nous avons cherché le seuil de précipitation par la liqueur iodo-indurée de tous les sérums examinés.

Nos recherches ont porté sur l'examen de 110 sérums provenant des divers services hospitaliers de Montpellier. Dans 22 cas où nous nous sommes trouvés en face de sérums provenant de sujets cancéreux, nous avons obtenu les résultats suivants :

	EXAMINÉS	POSITIFS	NÉGATIF
Cancers utérins	6	5	1
Cancroïdes de la face	2	2	
Cancers des lèvres	3	2	1
Cancer du maxillaire inférieur	1	1	
Cancers du larynx	3	2	1
Cancers de l'estomac	4	3	1
Cancers de l'intestin	1		1
Cancer du sein	1	1	
Cancer de la prostate	1	1	

Le total des 22 cas de cancers examinés nous donne 17 réactions positives, 5 négatives.

Le chiffre de 17 réactions positives sur 22 cas, nous donne le pourcentage de 77,2 p. 100, chiffre voisin de celui obtenu par Vilboutchevich (75 p. 100) (sur un nouveau procédé de diagnostic du cancer, Société de biologie, 23 déc. 1922) et de celui obtenu par Cabanis et Foulquier (77 p. 100) (étude sur un nouveau procédé de séro-diagnostic du cancer. La réaction de Bothello, Cabanis et Foulquier, Société de biologie, 21 avril 1923).

D'autre part, sur les 88 sérums de malades divers, non cancéreux, nous avons trouvé 19 réactions positives qui donnent un pourcentage de 21,7 p. 100. Mais sur ces 19 malades, 6 sujets étaient atteints de fièvre typhoïde et 5 d'urémie.

Ces résultats concordent avec ceux de Cabanis et Foulquier qui, eux comme nous, ont trouvé la réaction de Bothello positive au décours de la fièvre typhoïde et de l'urémie.

La recherche du taux de précipitation nous a montré que dans les cas de réaction positive, le précipité stable apparaissait vers 0cmc8 le plus souvent et, dans les 5 réactions négatives que nous avons eues chez les cancéreux, quatre fois le précipité a apparu entre 1 centimètre cube et 1cmc1, une fois seulement, à 1cmc3.

Dans le cas de réactions négatives, au contraire, chez des non cancéreux, il n'apparaissait qu'entre 1cmc1 et le plus souvent vers 1cmc4.

L'acide oxalique nous a donné des précipités plus stables, apparaissant vers 0cmc7 dans les cas de réactions positives et vers 1 centimètre cube dans les cas de réactions négatives.

Ce précipité est plus abondant et facilite d'autant la lecture de la réaction qui doit toujours être examinée par transparence sur fond noir.

Conclusions. — De ces recherches, nous croyons pouvoir conclure que, si la réaction de Bothello n'est point spécifique du cancer, le chiffre de 77,2 p. 100 est suffisamment élevé pour que l'on en tienne compte et que ce soit un procédé de diagnostic sur lequel on puisse se baser.

En sachant que la réaction de Bothello est souvent positive dans les cas d'urémie et de fièvre typhoïde, diagnostics facilement posés, nous ne nous trouvons en présence d'une réaction positive, dans d'autres affections que le cancer, que dans 10,4 p. 100 des cas. Cette proportion, faible comme on le voit, nous permet donc de tenir le plus grand compte de la réaction de Bothello pour établir le diagnostic du cancer. Lorsque cette dernière est positive, un examen plus complet, aidé par toutes les méthodes de laboratoire s'impose car on peut se trouver en présence d'un néoplasme latent qui ne se révèle encore par aucun signe clinique.

Ne serait-ce pas même des néoplasies latentes

qui expliqueraient la positivité des 10,4 p. 100 des réactions de Bothello ?

Enfin le matériel nécessaire, peu nombreux et peu coûteux, ainsi que la facilité d'exécution de la réaction, doit faire entrer ce procédé dans la pratique médicale courante.

LES SIMULATEURS CIVILS

NOTES CLINIQUES

Par M. le docteur G. LEVEN.

En médecine militaire, la préoccupation de la simulation joue un rôle important. Le médecin doit savoir qu'il existe aussi des simulateurs civils et discerner le rôle de la simulation toutes les fois qu'un cas pathologique paraît déconcertant. Inutile de dire qu'il ne se hâtera pas de conclure à la simulation tant qu'il n'aura pas accumulé des preuves, en faveur de cette notion, et souvent trouvé la raison d'être de la simulation.

Je n'appelle pas simulateurs les sujets chez qui l'autosuggestion donne un aspect anormal aux symptômes, ceux dont l'imagination, la crainte dénature et amplifie les symptômes.

Il a été souvent parlé des mythomanes, si je rapporte ici trois observations c'est que la notion de la simulation doit être présente à l'esprit du médecin qui n'est pas assez enclin à s'assurer de son existence ou de son absence.

Une de ces observations montrera qu'il n'est pas toujours facile de dépister le simulateur; les trois prouveront que l'origine des mensonges est aussi variée, qu'imprévue parfois.

*
* *

OBSERVATION I. — Dans mon livre, *La Dyspepsie*, au chapitre consacré aux vomissements, j'ai conté l'histoire d'un jeune homme âgé de trente ans qui se plaignait de vomissements, paraissant plusieurs fois par jour. L'examen clinique et l'examen radioscopique ne révélèrent rien d'anormal. Aussi demandai-je une analyse chimique des matières vomies, en confiant au confrère qui m'avait appelé que je n'étais pas certain de la réalité des vomissements, l'aspect et la mine de notre client, n'étant pas ceux d'un malade vomissant aussi fréquemment et depuis un temps aussi long.

En quittant le domicile du malade j'avais demandé au domestique s'il avait eu l'occasion de vider les cuvettes de son maître. Sa réponse négative fortifia encore mon opinion première et j'affirmai au confrère que nous aurions sous peu la preuve que le malade n'avait jamais vomi ou tout au moins que nous étions trompés sur la fréquence et l'ancienneté du symptôme.

Le soir même du jour où j'avais demandé une analyse chimique, je reçus un télégramme m'annonçant le départ du jeune homme pour le Midi.

Je téléphonai aussitôt au confrère pour lui dire que notre simulateur disparaissait parce qu'il avait compris qu'on le suspectait.

Peu après, nous eûmes la certitude que notre client n'avait jamais vomi et les motifs de la simulation furent mis au jour.

Orphelin, ce jeune homme jouissait de beaux revenus qui ne suffisaient pas à ses dépenses. Il avait une grand'mère fort riche à qui il disait que sa santé l'obligeait à voir souvent des médecins. Sous un prétexte quelconque, il consultait donc et se faisait rembourser par sa grand'mère les honoraires des visites.

Mais, comme il majorait largement ses frais médicaux, il avait ainsi, en gardant la différence, une source de revenus réguliers et obtenus sans difficulté.

OBS. II. — Un ami m'adressa un jour une jeune fille âgée de treize ans qui se plaignait d'avoir une diarrhée rebelle avec très nombreuses selles quotidiennes.

L'embonpoint, le teint, la vigueur du sujet concordaient si peu avec la symptomatologie intestinale que, dès la première visite, j'eus des doutes sur la réalité de la diarrhée et que, prenant à part la mère de la jeune fille, je lui exprimai ces doutes. Mes remarques furent assez mal accueillies, comme il est de règle, en pareil cas.

Huit jours plus tard, la mère revenait seule, s'excusait de ses reparties un peu vives, m'apprenait que sa fille était... constipée, et enfin m'expliquait la genèse du mensonge.

Sa fille, qui avait déjà un réel talent de peintre, travaillait dans un atelier où elle n'aimait pas à se rendre chaque matin. Elle avait imaginé le « truc de la diarrhée » pour rester à la maison, faisant comprendre à sa mère que dans cet état de santé elle ne pouvait sortir chaque matin.

*
* *

La mythomanie s'observe à tout âge. Mes deux premières observations se rapportent à des sujets jeunes. Je connais des faits dont les héros sont âgés, très âgés même. Chez ces derniers, c'est le désir de se rendre intéressants, c'est la crainte de ne pas être assez entourés par leurs proches, de ne pas être assez choyés qui est le point de départ des mensonges.

*
* *

OBS. III. — Une dame, âgée de soixante-quinze ans, se plaignait de faire de fréquentes chutes dans son appartement. Aucun trouble cérébro-médullaire, aucun vertige, aucune cause n'expliquait ces chutes. Malgré leur multiplicité, la vieille dame ne se blessait jamais sérieusement. Je ne la soignais pas; mais je connaissais son état mental; aussi étais-je arrivé à la suspecter de mythomanie, à douter des chutes et surtout de leur fréquence.

Elle était très sourde. Un jour, son domestique pénétra dans sa chambre, sans qu'elle l'entendît entrer; il la vit, s'essayant à tomber... sans se faire de mal.

ACTUALITÉS

RÉFLEXIONS SUR LES SPORTS

Nous voici entrés dans la période des jeux olympiques et Dieu sait tous les dithyrambes que l'on va entendre à leur propos. L'amour des sports est devenu une sorte de contagion dont sont victimes des gens de plus en plus nombreux, soit qu'ils y trouvent un intérêt professionnel ou commercial, soit qu'ils se laissent entraîner par le snobisme, soit enfin qu'ils s'imaginent favoriser, par ce moyen, chez eux-mêmes et chez les autres, la santé du corps et l'amélioration de la race. J'avoue que, sur ce dernier point, je ne partage pas les idées qui ont généralement cours et que, bien loin de considérer les sports, au sens usuel du mot, comme avantageux, je les estime, au contraire, dans l'état actuel, plus souvent nuisibles qu'utiles et parfois même dangereux. Je m'explique.

*
* *

Commençons par bien nous entendre. D'après la définition classique, le sport est la pratique méthodique de certains exercices en vue d'un développement qui permette de battre un record, c'est-à-dire de surpasser ce qui a déjà été fait dans le même

genre. Exercice physique et sport ne sont donc pas exactement la même chose : une jeune fille qui va se promener tranquillement à bicyclette fait de l'exercice physique, mais si elle s'efforce de parcourir une même distance en un temps de plus en plus court, elle fait du sport. Tous les inconvénients du sport dérivent de cette différence, attendu que celui-ci suppose une spécialisation presque exclusive : Matches et jeux olympiques n'ont pas d'autre effet que de mettre en évidence cette spécialisation.

On y arrive par l'entraînement qui consiste à exercer un organe ou un système d'organes de manière qu'il réalise, en force et en vitesse, un travail de plus en plus grand. Par suite, le résultat de l'entraînement est de développer l'organe, de l'hypertrophier. On perd trop souvent de vue, en ces questions, la loi d'assimilation fonctionnelle de F. LE DANTEC, sans laquelle il serait impossible de comprendre pourquoi un muscle ou une glande qui travaille beaucoup grossit, tandis qu'il diminue par le repos prolongé. La première conséquence de l'entraînement est donc l'hypertrophie de l'organe entraîné, et c'est justement parce que l'exercice fonctionnel le développe qu'il devient capable de fournir un effort croissant : la puissance de contraction d'un muscle est normalement proportionnelle, dans la même espèce, à la surface de section.

La seconde conséquence, quoique bien visible, attire d'ordinaire beaucoup moins l'attention. De par l'hérédité et la coordination organique, tous les organes ont entre eux des rapports fixes, ou du moins très peu variables, de dimension et de puissance. Il en découle : 1° Que tous les organes ne peuvent pas se développer au delà d'une certaine limite; 2° que si, par un exercice forcé et continu, un organe s'hypertrophie, c'est au détriment nécessaire des autres, la somme des matériaux absorbables et éliminables étant bornés, dans un temps donné, par la loi de corrélation. Tout entraînement spécialisé, tout sport conduit à exagérer le volume d'un organe, donc à la déformation.

Examinons, en effet, les sportifs professionnels : ils sont tous déformés et les proportions de leur corps sont loin souvent de rappeler les canons de POLYCLÈTE, de LÉONARD DE VINCI et de FRITSCH. Celui-ci a une tête de microcéphale sur un cou de taureau et des épaules d'ATLAS, celui-là exhibe un thorax énorme au-dessus de jambes grêles, cet autre a le dos voûté et la poitrine plate, etc. Il ne suffit pas d'assommer un bœuf d'un coup de poing ou de faire en huit minutes la course des 3.000 mètres, pour avoir le corps harmonieux et des fonctions correctes, et les vainqueurs qu'on acclame souffrent souvent de désordres dont leurs admirateurs ne se doutent pas.

Sans entrer dans le détail physiologique du travail sportif, on comprend que l'accumulation des déchets de fonctionnement en constitue le facteur dangereux auquel l'entraînement ne pare que relativement. Après l'effort du match, l'individu est plus ou moins « claqué » et il lui faut parfois assez longtemps pour s'en remettre. Dernièrement, à l'Académie de médecine (12 fév. 1924), M. BOIGEY, médecin en chef de l'Ecole de Joinville, bien placé, par conséquent, pour être renseigné, a montré que les exercices physiques violents retentissent sur la circulation plus longuement qu'on ne le croit d'ordinaire. Ainsi une course de 100 mètres trouble le rythme cardiaque pendant une durée qui varie entre quarante minutes et cinq heures suivant que les sujets sont entraînés ou non. Après la course de 3.000 mètres, il a vu les conditions normales du système cardio-vasculaire ne se rétablir qu'au bout de dix-sept heures. Les jeux de poursuite et le foot-ball, d'une demi-heure, dans lesquels l'activité musculaire est moins continue étant coupée de brefs repos, permettent au cœur de retrouver son rythme beaucoup plus vite. A la vérité, M. BELLIN DU COTEAU (*Acad. de méd.*, 18 mars 1924) ne trouve pas d'inconvénients sérieux à ces troubles. S'il admet des conséquences fâcheuses, momentanées, il ne croit pas qu'elles soient jamais définitives. Pour lui, l'hypertrophie du muscle cardiaque qui se produit dans ces circonstances est comparable à l'augmentation de volume des mollets chez les cyclistes et des épaules chez les boxeurs, non à l'hypertrophie qu'on observe chez les cardiaques. C'est précisément là tout le problème et le mécanisme du cœur forcé paraît avoir été ici perdu de vue par l'auteur. En apparence, il n'y a pas à distinguer l'hypertrophie sportive de l'hypertrophie de croissance, mais alors que celle-ci est l'effet du développement corporel, celle-là résulte d'une production plus intense des déchets, qui exige d'une part l'accélération de l'hématose et de la circulation sanguine, de l'autre un plus grand effort pour vaincre les résistances rénales, les déchets étant surtout azotés. Or, ces conditions sont celles qui créent l'hypertrophie morbide. Les obstacles à la circulation, qu'ils proviennent de la vaso-constriction ou d'altérations du filtre, tendent à augmenter le travail du cœur et par conséquent à l'hypertrophier. Ces causes semblent moins permanentes dans l'hypertrophie sportive mais rien ne le démontre. Dans des cas assez nombreux, on peut relever des lésions cardiaques, des troubles persistants du foie, l'hypertension, une modification des échanges urinaires, parfois l'azotémie et l'albuminurie, l'insuffisance de certains organes notamment des glandes endocrines, etc., et dans ces désordres, il faut incontestablement faire une part à la rupture de l'équilibre fonctionnel découlant de l'hypertrophie d'un appareil. D'ailleurs, n'est-il pas établi que les grands sportifs meurent jeunes, non par le fait de leurs risques purement professionnels, mais par celui de maladies résultant, directement ou indirectement, des grands efforts qu'ils sont obligés de s'imposer.

***

Si peu favorables que soient chez l'homme l'abus et la spécialisation du sport, ils le sont encore moins chez la femme. Au début, le sport féminin n'a légitimement cherché qu'à redresser les déformations et à dissiper des troubles tenant à l'activité insuffisante de certains organes. Mais la mesure a été vite dépassée, la vanité s'en mêlant, et nous voyons aujourd'hui des femmes se livrer aux exercices les plus violents et lutter, sans désavantage parfois, de force et de vitesse avec des champions masculins. La rançon de ces exagérations ne s'est pas fait attendre : les femmes se sont virilisées; leurs seins et leurs hanches ont cessé de se développer; devenues des sortes de « neutres », beaucoup restent incapables de maternité, ce qui entraîne d'autres désordres, dont elles sont loin de se vanter, mais que leur médecin ne saurait ignorer. Au surplus, bon nombre de grands sportifs se montrent également de très médiocres reproducteurs et les

belles amoureuses qui s'emballent pour un athlète s'aperçoivent souvent, au déduit, qu'elles ont pris des vessies pour des lanternes. De ces défaillances, la morale ne tire pas grand bénéfice. Si on peut dire cependant que le sport est parfois avantageux en éloignant les jeunes gens de la débauche et de l'ivrognerie, on ne peut en tout cas soutenir qu'il représente un facteur d'amélioration pour la race. Et comment la serait-il puisqu'il crée des malformations et des désordres permanents, raccourcit l'existence et restreint la fécondité? Du point de vue eugénique, à quoi sert un gaillard vigoureux et bien bâti s'il est incapable d'avoir des enfants?

Je n'ai pas besoin de rappeler que ces réflexions ne s'appliquent qu'au sport spécialisé, au vrai sport, avec match et record, qui va faire les frais des exhibitions de la VIIIe olympiade. Elles ne concernent point les sports non spécialisés, qui équivalent à des exercices physiques très variés, appropriés, utiles pour redresser une attitude vicieuse, équilibrer l'harmonie des fonctions et des formes. Pour celui-ci, on ne fera jamais trop, on ne l'encouragera jamais assez. Seulement, la séparation entre les deux est difficile. Quand des adolescents, garçons ou filles, se livrent collectivement à des jeux de force et de vitesse, on ne peut guère empêcher l'émulation, qui est un élément d'intérêt, mais il faut limiter cette émulation pour qu'elle ne se transforme pas en spécialisation. Plusieurs fois vainqueur à la course ou à la lutte dans le préau de l'école, le jeune homme a tendance à s'entraîner à la course ou à la lutte et, progressivement, à ne plus s'adonner qu'à l'une ou à l'autre. C'est là l'écueil, car il n'y a aucune utilité sociale à ce que tel individu soit champion de ceci ou de cela. La France réclame avant tout des hommes vigoureux, résistants, bien équilibrés et nombreux et voilà pourquoi un boxeur ne saurait prétendre à la valeur sociale d'un paysan ou d'un ouvrier, sain et laborieux, dont les huit ou dix enfants remplissent la maison de joie, de force et d'espoir.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MAI 1924)

Un cas exceptionnel d'extériorisation du poumon à travers une brèche pariétale postopératoire. — MM. Léon Bernard et Bigart présentent un homme qui, pour une gangrène pleuro-pulmonaire, a subi plusieurs interventions chirurgicales. Il présente actuellement. au-dessous de la clavicule gauche, une vaste brèche au fond de laquelle le poumon se voit à nu. Par une expiration forcée, il peut faire sortir par la brèche son poumon qui apparaît rosé, un peu boursouflé d'emphysème, et percé de fins pertuis par où l'air sort en sifflant. Il supporte parfaitement cette lésion peu commune.

Parésie dissociée des membres supérieurs consécutive à la sérothérapie antitétanique. Contractions fibrillaires. Importance des réactions électriques pour le diagnostic des syndromes frustes. — MM. Sainton, Descouts et Le Clerc présentent un cas de parésie dissociée des membres supérieurs extrêmement fruste consécutive à la sérothérapie antitétanique. Le malade ayant reçu une première injection en 1922 présente à la seconde, faite pour une plaie du doigt, des accidents anaphylactiques, suivis de douleurs dans les membres supérieurs et pendant quelques jours inférieurs. Les douleurs s'atténuent et ne surviennent que par crises. Depuis quatre mois, le malade est incapable de travailler; il accuse une fatigabilité rapide et de la parésie. Au point de vue objectif, pas d'atrophie musculaire, pas de parésie appréciable, pas de troubles de la sensibilité objective. L'examen électrique révèle la présence de réaction de dégénérescence partielle dans le triceps droit, et de l'hypo-excitabilité des muscles, sous-épineux, deltoïde, thénariens. Du côté gauche, une hypo-excitabilité faradique et galvanique légère des sous-épineux deltoïde et triceps.

Des contractions fibrillaires qui n'ont jamais été signalées dans le cas étudié par Lhermitte, Sicard, Pollet, etc., ont été constatées dans ce cas; en présence de ce symptôme et de la dissémination des lésions qui atteignent C5, C6, C7, C8, l'hypothèse d'une atteinte médullaire est vraisemblable. Au point de vue médico-légal, le cas est intéressant puisqu'il pose la question des accidents sérothérapiques dans leurs relations avec les accidents du travail.

Granulomatose subaiguë. Syndrome de Hogdkin. — MM. Louste, Thibaut et Valière-Valeix rapportent l'observation d'un malade âgé de trente-six ans, présenté à la Société, en mars 1922, comme maladie de Hogdkin guéri par la radiographie. L'intérêt réside non pas dans la récidive suivie depuis deux ans, mais dans la forme de la récidive. D'abord les ganglions cervicaux axillaires et médiastinaux sont pris, sans modification sanguine, sauf 5 p. 100 éosinophiles.

Ensuite poussées osseuses, puis cervicales avec signes de compressions médullaires considérées comme mal de Pott, syndrome qui s'effaça graduellement. Ensuite poussée de néphrite aiguë, enfin pleurésie gauche. Chacune de ces manifestations accompagnées de phénomènes généraux et de fièvre.

Il est vraisemblable que ces accidents successifs, subaigus et suivis d'amélioration, dépendent d'une même cause infectieuse que nous ignorons, mais qui expliquerait la marche et la gravité de cette granulomatose qui n'est certainement pas d'origine tuberculeuse et pour laquelle l'hypothèse de nature néoplasique n'est pas vraisemblable.

Polynévrite consécutive à une injection préventive de sérum antitétanique. — MM. Souques, Lafourcade et Terris montrent un malade qui présente une paralysie amyotrophique des membres supérieurs. Cet homme qui avait été il y a trois mois victime d'un accident d'automobile, avait reçu quatre heures après le traumatisme une injection préventive de sérum antitétanique. Six jours après cette injection survinrent des accidents sériques banaux et quelques jours plus tard, au milieu de ces accidents sériques, des douleurs vives dans les quatre membres et une paralysie suivie rapidement d'amyotrophie dans les membres supérieurs.

Actuellement, on constate une paralysie et une amyotrophie des muscles des épaules, des bras, des avant-bras avec réaction des dégénérescences totale ou partielle. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont abolis, il en est de même des réflexes rotuliens. Il n'existe plus aucun trouble de la sensibilité subjective ou objective. Les auteurs pensent que ce syndrome paralytico-amyotrophique a été déterminé par l'injection de sérum.

Il s'agit là d'incidents impossibles à prévoir qui sont tout à fait exceptionnels et qui ne sauraient jeter le moindre discrédit sur l'usage préventif du sérum antitétanique, lequel rend tous les jours des services inappréciables, et doit être rigoureusement suivi. Il est bon cependant de les connaître, sinon pour les éviter du moins pour les attribuer à leur véritable cause.

Péricardite putride d'apparence primitive avec vomique. — MM. H. Dufour et H. Baruk rapportent avec présentation de pièces une observation de péricardite putride d'apparence primitive, diagnostiquée pendant la vie du malade, grâce à l'existence d'une vomique de pus fétide associée à des signes très nets d'hydropneumo-péricarde et grâce aussi aux renseignements fournis par la ponction du péricarde dans le IVe espace intercostal gauche.

Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, entré à l'hôpital après quinze jours d'une maladie fébrile, d'allure infectieuse.

Dès son entrée, l'examen du poumon est négatif, mais à l'auscultation du cœur laisse entendre un bruit à la fois soufflant et frottant, perçu dans l'aire cardiaque dont la matité est très étendue. Le lendemain de son entrée, apparaissement des bruits hydro-aériques rythmés par le cœur. Quelques heures après, le malade rend, dans une vomique, une demi-cuvette de pus fétide. La ponction du péricarde ramène du pus fétide. Thoracotomie et incision du péricarde donnant issue à du pus fétide sont pratiquées par le docteur Métivet. Pendant l'opération sous anesthésie locale, et utilement et passagèrement combattue par une injection d'adrénaline dans le cœur. Cependant le malade succombe immédiatement à la suite de l'intervention. A l'autopsie, on trouve un péricarde épaissi, couenneux communiquant avec une bronche par une déchirure postérieure.

Les poumons ne présentent aucune cavité gangréneuse.

La sérothérapie de la tuberculose. — M. A. JOUSSET apporte les résultats que lui ont fournis ses longues recherches sur la sérothérapie de la tuberculose. Il proteste énergiquement contre l'affirmation sentencieuse de ceux qui, niant à priori la réalité ou même la possibilité d'un traitement spécifique de la tuberculose, ne font que semer le découragement dans le monde des praticiens.

Sans être aussi parfaite que d'autres, la sérothérapie qu'il a mise au point depuis seize ans, et qui porte aujourd'hui sur plus de 800 cas, fournit parfois des résultats d'une netteté et d'une rapidité telles qu'il est impossible de les attribuer à des coïncidences heureuses ou à l'action d'un choc protéinique banal.

L'auteur montre une série de graphiques de températures équivalant à une démonstration expérimentale. Le principe de l'efficacité de la méthode n'est donc pas niable; l'imperfection de l'irrégularité de ses succès tiennent moins au sérum lui-même qu'au polymorphisme et aux particularités de la tuberculose.

L'auteur démontrera prochainement quelles sont les conditions de succès de ce genre de traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 MAI 1924)

Ulcères perforés de l'estomac. — M. DUVAL fait un rapport sur un travail de M. Ch. Mathieu (de Nancy) relatif à 7 opérations (6 hommes et 1 femme) pour ulcères perforés de l'estomac. L'âge des malades varie de vingt-trois à cinquante-trois ans. Les opérations ont été pratiquées une heure, cinq heures, huit heures, dix-sept heures et vingt-huit heures après la perforation. L'opération a consisté dans la suture simple de la perforation avec ou sans gastro-entérostomie.

Sur 5 opérés avant la première heure, 4 guérisons, 1 mort; 2 cas opérés tard, 2 morts.

Plaies du pancréas. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une note de M. Maisonnet (du Val-de-Grâce) sur 2 cas de plaies du pancréas, avec 1 mort et 1 guérison. Les projectiles ont pu être extraits et la plaie fut drainée et tamponnée.

Dans ces cas, M. Maisonnet eut recours à la laparotomie médiane, le siège des blessures n'ayant pu être diagnostiqué. Pour aborder le pancréas, mieux vaudrait peut-être l'incision transversale.

Plaies du cœur. — M. MOCQUOT fait un rapport sur deux observations de plaies du cœur adressées par M. Mathieu (de Nancy). Dans les deux cas il s'agit de plaies du ventricule droit. Le premier a trait à un garçon de vingt et un ans qui reçut un coup de couteau. L'intervention eut lieu une heure après l'accident. Dans ce cas, M. Mathieu eut quelque peine à saisir le cœur et se rendre maître de l'hémorragie. Le blessé a succombé. Le second cas fut suivi de guérison. M. Mathieu intervint deux heures après l'accident. Anesthésie au chloroforme, volet externe. Il trouve une plèvre épaissie, il arrive sur le cœur, trouve une plaie du ventricule droit, ferme la plaie, suture le péricarde. Suites bonnes. Le malade revu deux mois après va bien. Il conserve seulement un peu de dyspnée d'effort.

M. le rapporteur ajoute quelques réflexions sur la technique employée par M. Mathieu : volet à charnière externe, thoracotomie gauche, essai d'hémostase temporaire de la plaie cardiaque par le pincement des bords. Dans l'un des deux cas, M. Mathieu a réussi à obtenir ainsi l'hémostase. Suture en bourse. M. le rapporteur aurait préféré des points séparés.

M. DUJARIER, dans un cas d'extraction d'un projectile intracardiaque, a eu recours à la manœuvre suivante : il a pincé entre ses deux doigts la partie du cœur dans laquelle se trouvait le projectile reconnu à la radioscopie et a incisé directement sur cette partie en maintenant toujours le cœur pincé entre les doigts.

Traitement chirurgical du cancer du col utérin. — Nous avons entendu une très importante communication de M. J.-L. FAURE sur ce sujet. Il rappelle avoir, à deux reprises, entre 1910 et 1920, appelé l'attention de ses collègues sur les bons résultats qu'il avait obtenus du traitement des cancers du col par l'hystérectomie abdominale large, ablation de l'utérus, des annexes et de la partie supérieure du vagin. « Mais, dit-il, comme celle du prédicateur dans le désert, ma voix s'est perdue au sein de la Société de chirurgie ». Après quelques essais plus ou moins heureux, ses collègues ont abandonné l'opération de Wertheim pour le traitement des cancers du col. Puis est arrivé le radium qui, disait-on, devait permettre d'abandonner complètement le traitement chirurgical des cancers de l'utérus. Loyalement, M. J.-L. Faure y a eu recours. Le radium n'a pas, à ses yeux, justifié les espérances qu'on avait conçues à son sujet, et M. Faure le condamne absolument.

Mais, indépendamment de l'arrivée du radium, quelles raisons a-t-on données d'abandonner l'hystérectomie totale? On a invoqué son inefficacité et ses difficultés. M. J.-L. Faure a montré, par des chiffres précis, que l'opération en question, loin d'être inefficace, est le traitement qui donne les survies les plus longues. Ses difficultés? Elles n'existent que pour ceux qui ne savent pas la pratiquer, qui n'ont pas été voir opérer ceux qui ont particulièrement étudié cette opération et qui savent lever ses difficultés. Pourquoi les jeunes chirurgiens ne font-ils pas ce qu'a fait M. Faure au début de sa carrière. Il a vu opérer tous les grands chirurgiens de cette époque et il a plus appris ainsi que dans les livres. Il y a aussi la ressource du cinématographe.

En somme, rien ne serait plus aisé que de perfectionner sa technique opératoire en voyant opérer ceux qui ont une grande habitude de cette opération et pour lesquels il n'y a plus de difficultés.

Pour bien effectuer l'hystérectomie abdominale totale pour le traitement du cancer du col, trois conditions sont à remplir : L'opérateur doit se mettre à gauche de la malade afin de pouvoir agir plus facilement de sa main droite, recourir à la position déclive, s'assurer un bon éclairage, se servir d'un bon écarteur. Si l'on ne remplit pas strictement ces conditions, mieux vaut ne pas pratiquer cette opération. Il faut que l'opération soit impeccable. Si l'opération est incomplète ou mal faite, la récidive à brève échéance est fatale. Le nombre des guérisons durables sera en proportion de la perfection de la technique opératoire.

Les chirurgiens qui ont trouvé cette opération trop difficile et qui l'ont abandonnée ont applaudi au radium.

D'autres chirurgiens l'ont délaissée à cause de sa grande gravité. A ce reproche M. J.-L. Faure répond par les chiffres suivants : la mortalité par cette opération est de 11 p. 100 en ville et de 20 p. 100 à l'hôpital. La plus grande mortalité à l'hôpital tient peut-être à ce qu'il y fut opéré plus de mauvais cas. A quoi M. J.-L. Faure attribue-t-il ces bons résultats? A l'emploi systématique et constant du Mickulicz. C'est à ses yeux une question de la plus haute importance.

Il rappelle, à ce sujet, lors de ses précédentes communications, avoir été sévèrement critiquée par MM. Quénu et Delbet. M. Savariaud, seul, osa protester quelque peu. Quant à M. Faure, il répondit de son mieux. Mais il avait été péniblement impressionné par la rigueur des critiques de MM. Delbet et Quénu, si bien qu'il fut pris de quelques hésitations et qu'il se demanda si vraiment il ne faisait pas fausse route.

M. Faure retrace l'histoire du Mikulicz et passe en revue sa grandeur et sa décadence. Il rappelle les éminents services

qu'il lui a rendus et qu'il lui rend encore chaque jour, car c'est au Mikulicz qu'il attribue ses succès et l'amélioration très notable de sa statistique. Qu'on en juge.

Dans ses premières communications M. Faure accusait 11 p. 100 de mortalité en ville et 20 p. 100 à l'hôpital. Actuellement cette mortalité est tombée, d'abord à 3,75 p. 100 et, enfin, à 2 p. 100. Ces chiffres peuvent se passer de commentaires.

En terminant, M. Faure estime que le radium n'a pas justifié les espérances qu'on avait fondées sur lui, si bien qu'il croit pouvoir conclure que le meilleur traitement des cancers du col est l'hystérectomie abdominale totale bien exécutée.

M. Savariaud est d'accord avec M. Faure sur la faillite du radium comme traitement curatif des cancers du col. Mais il a obtenu de bons résultats d'une méthode mixte consistant à appliquer d'abord du radium, à blanchir ainsi les malades et à les opérer un mois après. M. Savariaud ajoute que la technique opératoire de M. J.-L. Faure est de tous points parfaite et qui quiconque l'imitera aura de bons résultats.

M. de Martel, sa statistique générale d'hystérectomie totale pour cancers du col portant sur 400 malades, a eu 19 morts. Dans 7 cas, il a eu recours au Mickulicz, selon le conseil de M. J.-L. Faure, et il a obtenu 7 guérisons.

M. Dujarier l'a employé dans 3 cas avec 3 guérisons.

M. Chevrier, qui a toujours été un adversaire du Mickulicz, reconnaît tous ses avantages dans le traitement chirurgical des cancers du col. Sur 4 opérations, il a eu 4 succès. Il ne saurait donc trop recommander de s'en tenir à la technique de M. J.-L. Faure dans les hystérectomies larges, totales, pour cancers.

M. Roux-Berger reconnaît la justesse des arguments de M. Faure en faveur du Mickulicz dans les hystérectomies abdominales pour cancers du col. Mais il ajoute qu'à la fondation Curie il est admis que les 9/10 des cancers du col sont justiciables du radium et du radium seul.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 MAI 1924)

Coexistence d'une épidémie de varicelle et de cas de zona. — M. Michaux rapporte une épidémie de 17 cas de varicelle et 3 cas de zona observés à la crèche de la maison de Nanterre. Un premier cas de varicelle est observé et isolé; un enfant qui entre avec un zona fessier est contaminé et seize jours après présente la varicelle, 4 autres enfants ont ensuite la varicelle et l'un un zona maxillaire supérieur avec fièvre à 40 degrés; or, cet enfant avait eu, déjà à la crèche de Nanterre en 1922, une varicelle authentique; enfin, 10 autres enfants ont la varicelle, et un nourrisson qui est entré dans la chambre du bébé ayant eu un zona présente également un zona du maxillaire supérieur. MM. Netter et Urbain ont constaté chez ces malades la déviation du complément pour le zona et la varicelle.

Discussion. — M. Marfan, qui n'a pas d'idée arrêtée sur la question, fait remarquer que ces cas tendraient à prouver que le zona ne donne pas d'immunité pour la varicelle et inversement.

Essai de traitement de la syphilis héréditaire précoce par le stovarsol. — M. Guillemot présente un nourrisson de onze mois traité par le stovarsol pour des accidents cutanéo-muqueux (condylome juxta-anal, fissure labiale infiltrée). Les accidents ont rapidement régressé. Le stovarsol est donné sous forme de comprimés de 1, 2 ou 5 centigrammes dissous dans un peu d'eau. La solution est acceptée sans difficulté par les nourrissons et la tolérance est satisfaisante. Il y a parfois de légers troubles à suspendre la médication.

L'ensemble des cas traités donne une impression satisfaisante et encourage à poursuivre les essais.

Discussion. — M. Marfan. En dehors de l'action du stovarsol cette observation est intéressante car certains auteurs ont prétendu que les plaques cutanéo-muqueuses syphilitiques ne se rencontraient pas dans la syphilis congénitale après les premiers mois (quatre à six mois); passé cette époque il s'agissait de syphilis acquise. Cette observation prouve le contraire, ce qui a une importance clinique et médico-légale.

M. Ribadeau-Dumas a employé, avec M. Clément Simon, le stovarsol à la Maternité à la dose de 3 ou 4 centigrammes. Les résultats ont été peu encourageants sans doute à cause d'une dose insuffisante. La posologie est à fixer.

Urémie à forme convulsive chez un enfant de trois ans. — MM. Apert et Huber présentent un enfant qui est arrivé à la consultation avec des accidents dramatiques : congestion de la face, convulsions d'épilepsie jacksonnienne du côté droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux, asphyxie, râles fins dans les poumons, écume rosée aux lèvres, coma. On pense à une hémorragie méningée. Mais la ponction lombaire ramène du liquide eau de roche. Les convulsions augmentant on pratique une saignée qui n'améliore pas l'état. Un lavement de laudanum-chloral ramène le calme au bout de trois quarts d'heure. L'enfant est hospitalisé dans le service de M. Apert; le lendemain le coma persiste, une paralysie flasque droite a remplacé les convulsions, traces d'œdème aigu du poumon. L'examen de l'urine montre 1g10 d'urée dans le sang et pression sanguine élevée (11). Les jours suivants la teneur d'urée s'est abaissée à 0g87, 0g35 pour remonter à 1 gramme le cinquième jour. Donc il y a lieu de craindre des rechutes. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. Wassermann et antécédents négatifs.

Discussion. — M. Genevrier croit, d'après ses recherches, que l'hypertension des jeunes sujets est plus fréquente qu'on ne pense quand on la recherche systématiquement au Pachon, dans ces cas on retrouve presque toujours l'hérédosyphilis.

Hyperostose hérédosyphilitique du fémur. — M. Huber présente une fillette de douze ans qui présenta des phénomènes douloureux de la cuisse, limitation des mouvements de la hanche, fièvre légère. La palpation montre que les deux tiers supérieurs du fémur présentent une énorme augmentation de volume. La radiographie montre une hyperostose considérable allant du col au tiers inférieur. Wassermann franchement positif. Amélioration par le traitement spécifique.

Malformations multiples des membres. — MM. Madier et P.-L. Marie présentent une enfant de treize mois chez laquelle existe une absence congénitale totale du tibia droit et une absence partielle du gauche dont le tiers supérieur assez bien conformé fait saillie sous la peau de la jambe. Les deux pieds sont en varus très accentué, plante en l'air, et accolés à la partie inférieure du péroné et en dedans d'elle. Il y a, de plus, absence d'un métatarsien et d'un orteil du pied droit.

De ce même côté, existe sur la partie inférieure du fémur, en dedans, une volumineuse exostose très saillante qui donne à l'os un aspect bifide. Les auteurs pensent qu'il s'agit là du tibia droit, rudimentaire, en synostose sur le fémur. L'articulation du genou est inexistante; enfin, il y a une syndactylie des troisième et quatrième doigts de la main droite.

Myxœdème survenu à l'âge de onze ans après séjour dans un pays de goitreux. — MM. Apert et Garcin présentent une petite myxœdémateuse de dix-huit ans ayant la taille et la morphologie d'une fillette de treize ans. Elle a été tout à fait normale jusqu'à l'âge de neuf ans, époque à laquelle elle a été pendant cinq ans habiter une haute vallée d'Auvergne où presque toutes les femmes sont goitreuses. Après deux ou trois ans de séjour elle a complètement cessé de se développer et a pris l'apparence myxœdémateuse. Le traitement thyroïdien a déjà produit une transformation. Cette fillette est ainsi depuis environ six ans figée au début de sa puberté.

Accidents vrais de la première dentition provoqués par l'infection de la cavité péricoronaire. — M. G.-L. Hallez. Si l'authenticité des accidents généraux, dus à l'éruption de certaines dents temporaires, doit être admise avec beaucoup de circonspection on ne peut nier l'existence d'accidents locaux dus à l'infection de la cavité péricoronaire et qui s'accompagnent de réactions plus ou moins vives suivant les terrains.

L'auteur rapporte à ce sujet deux observations de péricoronarite recueillies récemment et qui donnèrent lieu dans l'un et l'autre cas, chez des enfants de seize et de dix-huit mois, à

une fièvre élevée, associée à des accidents nerveux et à des vomissements répétés; l'incision cruciale de la gencive fit disparaître immédiatement la fièvre et les symptômes généraux. Dans les deux cas on put recueillir un peu de sérosité trouble qui contenait des germes septiques (streptocoques et colibacilles).

M. ROBIN fait remarquer que d'après ses recherches ces accidents se produisent sur les dents présentant des dysplasies coronaires avec érosions, irrégularités pouvant amener par traumatisme un épanchement séreux dans le sac folliculaire. C'est cet épanchement qui s'infecte et dont l'évacuation amène la guérison immédiate.

Fractures congénitales multiples et hydrocéphalie. — MM. BABONNEIX et PEIGNAUX présentent l'enfant C... (Jeannine), âgée actuellement de dix-neuf mois et qu'ils suivent depuis l'âge de huit jours. Elle présentait à cette époque de multiples fractures congénitales des membres, faciles à constater cliniquement et sur une radiographie faite à l'âge de onze jours. Les sclérotiques étaient nettement bleues à la naissance. L'observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1923, n° 36.

Elevée au sein par sa mère, cette enfant a survécu et triomphé de deux bronchopneumonies graves.

On est frappé par l'excès de volume du crâne, les déformations des membres inférieurs, enfin par le retard global et considérable de la croissance.

Périmètre cranien de 46 centimètres égal à celui d'un enfant normal de deux ans, fontanelle très large et tendue avec disjonction des sutures, obliquité en bas et en dedans des axes oculaires; cet ensemble permet d'affirmer l'existence de l'hydrocéphalie.

Les fractures congénitales se sont consolidées. Les cals hypertrophiques au début se sont amincis. Si les humérus sont de forme et de volume normal actuellement, les fémurs ont gardé beaucoup plus longtemps une forme ovoïde et les cuisses restaient en flexion sur le bassin. Les tibias présentent depuis la consolidation de leurs fractures une forte convexité antérieure, en lames de sabre.

La croissance pondérale et staturale est très retardée. Le 8 mai dernier le poids est de 5.320 grammes. La taille est d'environ 55 centimètres. Le retard du développement intellectuel est également considérable.

Depuis novembre 1922 le traitement spécifique a été régulièrement assuré par des séries de frictions à l'onguent napolitain.

L'intérêt de ce cas réside principalement dans la coexistence de l'hydrocéphalie et de fractures multiples congénitales.

Pareille association a déjà été signalée, notamment dans une observation de M. Dufour. Elle plaide évidemment en faveur de l'origine hérédospécifique.

Discussion. — M. MARFAN fait remarquer que quelquefois chez des enfants présentant l'aspect d'hydrocéphales avec grosse distension des fontanelles, exophtalmie, l'autopsie ne fait pas constater d'augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien. Il se demande si, dans ces cas, il n'y a pas développement rapide du cerveau avec développement retardé de la boîte cranienne. Ici il peut y avoir doute sur l'hydrocéphalie.

M. BABONNEIX admet l'explication de M. Marfan pour un certain nombre de cas, mais les hydrocéphalies n'en sont pas moins très nombreuses.

La preuve en est donnée par les améliorations considérables données par les ponctions ventriculaires comme on en trouve de nombreuses observations dans le livre de Cushing. Certains de ces hydrocéphales présentent des fractures multiples.

La mortalité par rougeole dans les hôpitaux d'enfants. — M. DEBRÉ donne lecture du rapport rédigé par la Commission de la Société. Il ressort des discussions antérieures sur ce sujet à la Société de pédiatrie que la mortalité considérable observée dans les hôpitaux d'enfants de l'Assistance, en 1923, dont s'est ému le Conseil municipal, résulte de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la coexistence d'une épidémie de grippe qui a singulièrement aggravé l'épidémie de rougeole, le grand nombre de nourrissons frappés chez lesquels la rougeole est particulièrement grave, l'extension de l'épidémie d'où encombrement des hôpitaux et insuffisance du personnel. De plus, en particulier, dans les quartiers pauvres, les enfants étaient amenés à l'hôpital avec de la bronchopneumonie contractée dans des taudis en ville, et mourants.

En fait, la plupart des décès ont eu lieu dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'entrée à l'hôpital.

Enfin, malgré toutes ces causes aggravantes, grâce à l'isolement et au boxage des services spéciaux, la contagion intérieure reste très faible et la mortalité de 1923 reste encore bien moindre que celle des statistiques d'il y a vingt-cinq ou trente ans.

Il propose à la Société d'émettre un certain nombre de vœux : extension du boxage à tous les services de contagieux, douteux, etc.; augmentation du personnel infirmier dans les services de contagieux, inviter les médecins à envoyer les rougeoleux à l'hôpital plus tôt, avant l'apparition des complications mortelles.

Discussion. — MM. SCHREIBER, ARMAND-DELILLE, MARFAN, Mme NAGEOTTE-WILBOUTSCHEVITCH remarquent que l'on ne peut inviter les médecins à envoyer les rougeoleux à l'hôpital que si les services y sont parfaitement organisés. Pour eux, et c'est l'opinion de la Société résumée par M. Marfan, l'essentiel à l'hôpital c'est le boxage des salles et un personnel infirmier suffisant en nombre et qualité. A ce point de vue la nécessité de créer trois équipes de huit heures a porté un coup à l'organisation des services; si l'équipe du matin est excellente, les deux autres ne sont que des équipes squelettes.

M. APERT remarque qu'à Bordeaux il y a eu récemment une discussion semblable sur le même sujet, et l'on est arrivé absolument aux mêmes conclusions.

M. TIXIER critique la manière dont est faite la répartition des malades par l'administration, et M. HUBER se plaint des baraquements précaires où l'on entasse les malades en cas d'épidémie. Chaque hôpital d'enfants, dit M. Marfan, devrait avoir un pavillon d'attente tout prêt à recevoir les malades en cas d'épidémie quelconque.

A propos de la rougeole dans les crèches et de sa prophylaxie par les injections de sérum de convalescent. — MM. Jules RENAUT et WEISSMANN-NETTER exposent les résultats de leurs essais de prophylaxie antirougeoleuse chez les jeunes enfants. Ils concluent à l'extrême efficacité de la méthode de Nicolle et Conseil à la condition que les injections de sérum de convalescent soient pratiquées selon des règles définies : injection préventive immédiate d'au moins 3 centimètres cubes chez tous les enfants présents à la crèche contaminée ou ultérieurement admis jusqu'à l'extrême limite du temps d'incubation (vingt jours). Ils souhaitent la constitution d'un stock de sérum de convalescent dans chaque service d'enfants.

Discussion. — MM. Jules RENAULT et DEBRÉ se plaignent de la difficulté qu'il y a à se procurer du sérum de convalescent de rougeoleux. Il y aurait lieu de créer des stocks et des dépôts de ce sérum à la disposition des médecins comme on le voit déjà à l'étranger (Etats-Unis, Allemagne).

PRATIQUE MÉDICALE

L'AUTO-VACCINOTHÉRAPIE (1), par M. le docteur BOULET (de Plessé).

Ce travail est basé sur 76 observations avec auto-vaccinothérapie dans les affections les plus variées (furonculose, pneumopathies diverses, infection puerpérale, dysenterie, coli-bacillose).

Les auto-vaccins ont une valeur curative très supérieure à celle des stocks-vaccins; on sait que la spécificité microbienne n'est pas une, pour une espèce donnée, et qu'elle devient, dans chaque cas, « une spécificité adaptée au porteur du germe »; dès lors, pour éviter tout phénomène de choc et pour faire utilement des vaccins curateurs, il est nécessaire

(1) BOULET. *Gaz. méd. de Nantes*, 1924, nos 4 et 5.

d'en prélever la semence sur le malade lui-même, une bactérie subissant, avec chaque malade, des modifications de ses propriétés bio-physiques et bio-chimiques. Un vaccin est d'autant plus actif qu'il est plus spécifique, ce qui explique les succès remarquables des auto-vaccins.

Pour préparer les vaccins, l'auteur utilise un raclage de cultures solides émulsionné dans de l'eau physiologique et ensuite chauffé; les vaccins préparés avec des cultures en bouillon ne sont pas à conseiller car ils donnent parfois des réactions violentes dues aux peptones des bouillons. Les doses, la répétition des injections varieront d'après les réactions observées chez le malade.

Depuis cinq ans, M. Boulet pratique l'auto-vaccinothérapie et en obtient des résultats excellents. Son mémoire sur cette thérapeutique est très intéressant, d'autant plus qu'il est écrit par un praticien, exerçant à la campagne, y préparant lui-même ses auto-vaccins. Nous trouvons là un bel exemple de ce que peut réaliser un isolé, lorsqu'il possède l'ardeur scientifique et une volonté tenace. M. BRELET.

REVUE DES THÈSES

La Réaction au sérum frais par la méthode de saturation d'Eschbach et E. Duhot pour le diagnostic de la syphilis (1), par le docteur M. POTENTIER.

La méthode de réaction au sérum frais avec saturation du pouvoir hémolytique élaborée par MM. Eschbach et E. Duhot se montre d'une application simple et d'une grande sensibilité pour le séro-diagnostic de la syphilis : elle offre un intérêt réel pour dépister l'affection à son extrême début, ainsi que pour révéler une syphilis ancienne, à localisation unique, viscérale ou nerveuse; surtout elle est précieuse pour suivre l'évolution de la maladie et l'application d'un traitement, car persistant plus longtemps que la réaction au sérum chauffé, elle indique, ainsi qu'il y a lieu, *de poursuivre l'action thérapeutique au delà de ce qu'on serait parfois tenté de faire.*

Bien que la spécificité de la réaction au sérum frais paraisse très grande, il est d'une excellente pratique d'employer parallèlement, ainsi qu'on le fait à présent à Lille, la méthode de Calmette et Massol et la méthode d'Eschbach et E. Duhot, ce qui permet l'interprétation des réactions douteuses et donne le maximum de garanties. L. G.

(1) *Th. de Lille*, 1923, imprimerie Leblanc et Durand.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS HÉPATO-BILIAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Généralites. — L'histoire des complications hépato-biliaires de la fièvre typhoïde est intéressante à plus d'un titre. Se plaçant d'un point de vue purement clinique, les anciens observateurs avaient constaté un certain nombre de symptômes ou de complications hépatiques; on n'a guère ajouté à leurs descriptions. Puis on s'est attaché surtout à l'étude anatomo-pathologique des lésions, et les travaux histologiques de Legry sont encore aujourd'hui classiques. Enfin, l'étude étiologique et pathogénique étendit largement le champ jusqu'alors assez restreint de la question; grâce à la bactériologie on put rattacher à l'infection éberthienne certains syndromes (ictères, cholécystites) qui paraissaient lui être étrangers. On put pousser très loin l'épidémiologie de la fièvre typhoïde par l'étude des porteurs de germes.

Des données de prophylaxie d'un intérêt pratique immédiat en découlèrent. En même temps se renforçait la conception



THAOLAXINE

LAXATIF-RÉGIME

agar-agar et extraits de rhamnées

PAILLETTES, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS.

Laboratoires DURET & RABY, 5, Avenue des Tilleuls, PARIS (18e)

R. C., 40.727, Seine.

actuelle de la fièvre typhoïde, maladie non pas intestinale, mais septicémique, à localisations viscérales *secondaires*.

Clinique. — 1° SYMPTOMES HÉPATIQUES AU COURS D'UNE TYPHOIDE NORMALE. — Comme les travaux anatomiques et bactériologiques ont montré que le foie est toujours touché par l'infection éberthienne, on s'est efforcé d'en trouver la traduction dans la symptomatologie normale de la fièvre typhoïde. De ce point de vue il faut retenir les faits suivants :

a. L'hépatomégalie habituellement constatée, mais qui reste toujours *discrète*.

b. Les caractères des selles. Les altérations de la bile sont peut-être responsables de la fétidité des selles, de leur coloration gris jaunâtre.

c. L'*urobilinurie* (qui manque dans les cas légers) doit être rapportée, non à une insuffisance hépatique, mais à une cholémie légère.

d. Les modifications de l'excrétion de l'urée (augmentant au début, puis baissant pendant toute la période d'état tout en restant au-dessus de la normale) ne semblent nullement prouver que le foie est touché.

2° COMPLICATIONS PROPREMENT DITES. — Plus caractéristiques, mais plus rares sont les faits suivants qui constituent les véritables complications hépatiques de la fièvre typhoïde.

a. **Ictères.** — Ils étaient considérés autrefois comme des accidents d'*angiocholite* (l'infection se faisant à partir de l'intestin, le bacille typhique ou des germes d'infection secondaire étant en cause). Aujourd'hui on a tendance à considérer que c'est la *cellule hépatique* elle-même qui est touchée. Il s'agit d'une *hépatite* d'origine infectieuse sanguine (Widal, Abrami).

Plusieurs types d'ictères peuvent se voir.

ICTÈRE LÉGER. — Au cours d'une typhoïde normale, on voit apparaître, vers le troisième ou quatrième septénaire, une légère coloration ictérique des téguments. Le foie déborde les fausses côtes et est un peu sensible. Les selles restent colorées. Dans les urines il y a des pigments et des sels biliaires. Tout se borne à ces symptômes sans gravité ; l'évolution de la fièvre typhoïde est bonne et n'est nullement modifiée par cette complication, si tant est qu'on peut appeler complication un syndrome surajouté aussi bénin.

ICTÈRE INFECTIEUX DE MOYENNE INTENSITÉ. — Parfois il s'agit d'un véritable ictère infectieux. Vers la troisième ou quatrième semaine apparaissent des frissons, une accélération du pouls, une certaine agitation, du délire même, de la sécheresse de la langue. Un ictère franc se montre en même temps. Parfois la situation semble sérieuse à tel point qu'on pense se trouver en présence d'un ictère grave et pourtant, en général, le pronostic est favorable, d'où le nom d'ictère « pseudo-grave » qui a été donné à ces faits.

ICTÈRE GRAVE. — Parfois, enfin, il s'agit véritablement d'un ictère grave. Les symptômes infectieux sont au maximum. L'agitation ou la stupeur, les hallucinations, la rapidité du pouls, les urines diminuées et albumineuses, enfin un ictère par rétention plus ou moins intense imposent immédiatement un pronostic grave. Des hémorragies, du purpura ou des érythèmes divers peuvent apparaître et la mort survient.

De ces faits il faut rapprocher ce que Roger a décrit sous le nom de *forme hépatique de la fièvre typhoïde*. C'est un syndrome analogue au précédent, mais sans ictère; il y a des érythèmes infectieux variés et des accidents de collapsus cardiaque pouvant donner une chute brusque de la température. Il s'agit là de faits intéressants à retenir, à cause des difficultés de diagnostic qui peuvent se présenter en présence d'une chute brusque de température chez un typhique.

b. **Abcès du foie.** — Sont très rares chez les typhiques.

Rarement, ce sont de grands abcès uniques analogues à l'abcès dysentérique.

Le plus souvent, il s'agit de petits abcès aréolaires multiples. Leur origine septicémique ne fait, actuellement, pas de doute. Ils sont très difficiles à diagnostiquer : un typhique, au troisième ou quatrième septénaire, a un état général qui s'altère. La température oscillante, le pouls rapide, la langue sèche permettent de supposer l'existence d'une complication que l'on cherche partout en vain. Parfois cependant quelques symptômes attirent l'attention sur le foie : une légère réaction pleurale de la base droite et surtout la constatation d'une sensibilité et d'une légère augmentation de volume du foie. L'évolution est des plus graves : sueurs, amaigrissement, puis le malade meurt dans le marasme.

Quand il s'agit de grands abcès uniques, on peut voir l'évacuation du pus dans les organes voisins (poumon, intestin, péritoine).

c. **Cholécystites.** — La cholécystite est une complication plus fréquente que les précédentes, elle est importante à connaître. Sa gravité peut être grande et le problème de l'intervention chirurgicale peut se poser.

Début. — Très rare dans les premiers jours, elle se voit ordinairement à la période d'état du septième au trentième jour. On peut la voir aussi survenir pendant la convalescence.

CHOLÉCYSTITE AIGUË. — Elle se présente avec une allure variable selon qu'elle survient en pleine période d'état, ou à la convalescence. Dans le premier cas, le diagnostic est difficile, dans le deuxième il est relativement facile.

En pleine période d'état, chez un typhique prostré, le début de la cholécystite est fort obscur.

L'aggravation de l'état général, les sueurs, la température plus oscillante ne sont guère caractéristiques; c'est l'examen quotidien du ventre qui permet de soupçonner une cholécystite. On note une certaine douleur à la palpation de la région cystique; l'examen est gêné par la défense musculaire; mais cette défense musculaire, localisée dans la région cystique, est elle-même un symptôme à retenir.

Le diagnostic est souvent très difficile, et la cholécystite peut passer inaperçue jusqu'à l'apparition brusque d'une péritonite généralisée rapidement mortelle.

Pendant la convalescence, au contraire, le tableau est très net. Brusquement, éclate une vive douleur sous l'hypocondre droit, des vomissements surviennent, la fièvre reparaît. Bientôt deux signes essentiels vont permettre de faire le diagnostic.

La *douleur* est vive, irradiée dans le dos, dans les épaules, dans les régions lombaires. Le malade la localise mal. C'est le médecin qui doit en préciser le siège par une palpation attentive : il trouve ainsi une région très sensible au-dessus du point de Mac Burney sur le bord externe du muscle droit, à l'angle du rebord costal et du muscle; il y a là de la contracture localisée.

La *tuméfaction sous-hépatique* est souvent nette. La vésicule peut former une masse arrondie accolée au bord inférieur du foie. Mais il ne faut pas compter sur la netteté de ce symptôme.

Autres symptômes. — Vomissements. Constipation. Quelquefois de l'ictère.

PRONOSTIC DES CHOLÉCYSTITES AIGUËS. — Le repos, la glace amènent souvent une amélioration, puis la guérison. Mais ici, comme pour l'appendicite, il faut se souvenir qu'une évolution en apparence bénigne peut cacher des lésions très graves, qui se démasqueront brusquement (péritonites enkystées ou généralisées, hépatite suppurative péribiliaire, pleurésie suppurée, abcès métastatique). L'accident le plus redoutable est la perforation de la vésicule.

CHOLÉCYSTITE PERFORANTE. — Mais le plus souvent la perforation de la vésicule survient d'emblée, sans phase prémonitoire.

Un typhique, en pleine période d'état est pris brusquement d'accidents graves : la température tombe à 37 degrés, le facies se grippe, le pouls devient filant; et l'on peut se demander si on est en présence d'une perforation intestinale. Seule la localisation initiale de la douleur permet le diagnostic.

Le pronostic, malgré une intervention chirurgicale, est des plus graves. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS A DEUX PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sergent, Tixier, Bensaude, Halbron, Claisse, Lecène, Darier, Foix, Ramond, Clerc, qui acceptent; Jeanselme, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — MM. les docteurs Chenut et Laffargue nommés, après concours, chirurgiens adjoints des hôpitaux, sont ainsi affectés : M. Chenut à l'hôpital Saint-André, M. Laffargue à l'hôpital des Enfants.

— M. le docteur Jeanneney, chirurgien adjoint à l'hôpital des Enfants, est nommé, en la même qualité, à l'hôpital Saint-André.

— LYON. — Le concours ouvert le 19 mai, pour une place de médecin des hôpitaux, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gravier.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Composition du jury de concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1924 :

Ligne médicale. — Président : M. le médecin général de 2e classe Bonain.

Membres : MM. les médecins principaux Barthe et Jean.

Membre auppléant : M. le médecin en chef de 2e classe Brunet.

Ligne pharmaceutique. — Président : M. le médecin général de 2e classe Bonain.

Membres : MM. les pharmaciens chimistes en chef de 2e classe Izambert et Saint-Sernin.

Membre suppléant : M. le pharmacien chimiste principal Chaix.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Bartet.

Au grade de médecin principal. — M. Althabegoïty.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Le Cann et Savès.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Par arrêté en date du 31 mai 1924, il sera ouvert, le 5 juillet 1924, un concours pour la nomination de quatre emplois d'internes à la maison nationale de santé de Saint-Maurice (section des aliénés).

— Par arrêté en date du 30 mai 1924, il seaa ouvert, le 26 juin 1924, un concours pour l'emploi d'internes en médecine à l'asile national des convalescents de Saint-Maurice.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — Par décret en date du 30 mai 1924, a été porté de 1.000 à 1.500 francs par an, à dater du 1er octobre 1924, le taux de l'indemnité non soumise à retenue, allouée au médecin de l'école nationale des mines de Saint-Etienne. (*J. O.*, 1er juin 1924.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Adeline (d'Hyères), Améric (de Toulouse), Cazin (de Vandelainville), Deffins (de Paris), Donnat (d'Avignon), le médecin-major de 1re classe Gay-Bonnet; le médecin principal de 2e classe des troupes coloniales Guillemet; Michel et Neveu (de Paris), Niclot (de Lyon), Nicolas (de la Nouvelle-Calédonie), Noé, Rousseau et Somen (de Paris), Trillat (de Lyon).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Anthony (de Pau), Aulong (de Cherchell), Bernhard (de Rothau), Bonnefoy (de Cherbourg), Chazal (d'Alger), Diez (de Neufchâteau), Dollinger (de Strasbourg), Douzain (de Toul), Dufau (de Léon), le médecin-major de 1re classe Ferron; Flu (du Lion-d'Angers), Fourcade (de Paris), Frécon (de Vienne), le médecin-major de 2e classe Gauthier; Grépin (d'Is-sur-Tille), le médecin de 1re classe de la marine Héderer; Lorcin (de Bar-le-Duc), Louvel (de la Ferté-Macé), Moisnard (de Nantes), Mollière (de Lyon), le médecin principal de 2e classe des troupes coloniales Noc; Odon (de Mézières-en-Brenne), Perrineau (de la Rochelle), Riche (de Jeumont), Rimaud (de Saint-Etienne), Thomas (de Nantes), Vignard (de Lyon).

INFRACTION AU DÉCRET DU 14 SEPTEMBRE 1916. — ARRÊT DE LA COUR D'APPEL DE PARIS CONDAMNANT DES MÉDECINS QUI AVAIENT PRESCRIT DE LA MORPHINE. — La Chambre des appels correctionnels présidée par M. Boucard vient de rendre l'arrêt suivant :

« La Cour,

En ce qui concerne le docteur D... et le docteur R... considérant que la prévention leur reproche d'avoir facilité à autrui l'usage de toxiques figurant au tableau B, annexe du décret du 14 septembre 1916, tels que la morphine, en délivrant des ordonnances notamment à la même personne, le même jour, soit sous son nom, soit sous un nom d'emprunt, et en les faisant chevaucher les unes sur les autres, afin de dissimuler les doses prescrites à la même personne et se soustraire ainsi aux dispositions de l'article 39 du dit décret ;

Considérant qu'en se targuant de leur indépendance de médecins qui ne relève que de leur conscience professionnelle, ils revendiquent la pleine liberté de prescrire à leurs malades les médicaments et leur dosage que sous leur responsabilité ils jugent nécessaires ;

Considérant que s'il ne peut, certes, être question de contester, en le restreignant, le droit absolu du médecin de diriger librement la thérapeutique qu'il a cru devoir adopter, on ne saurait confondre cette liberté de traitement avec certains agissements n'ayant pour objet que d'enfreindre les dispositions impératives de la loi dans le but de faciliter à des toxicomanes, l'usage délictueux de substances vénéneuses ;

Considérant, en effet, que les deux médecins incriminés ne peuvent sérieusement soutenir qu'ils cherchaient à poursuivre utilement des cures de désintoxication à l'égard des toxicomanes, leurs co-prévenus, qui recouraient à eux sous le prétexte de solliciter leurs soins ;

Considérant qu'il résulte de la déposition faite devant la Cour, par le professeur Balthazard, invité à formuler son avis sur ce point, qu'un médecin honnête et soucieux de sa responsabilité professionnelle ne peut se faire aucune illusion sur le résultat d'une cure de cette nature entreprise dans les conditions où la pratiquaient les docteurs D... et R... ; qu'un intoxiqué qu'on tente de soustraire à ses funestes habitudes doit être l'objet d'une discipline sévère, d'une incessante surveillance, lesquelles ne peuvent être dans la plupart des cas, efficacement exercées que si le malade est placé dans une maison de santé, dans une clinique, dans un asile où l'isolement absolu constituera la première sauvegarde susceptible de le protéger contre les entraînements du milieu dans lequel il vivait, contre les tentations souvent irrésistibles de sa passion ; que, par contre, l'intoxiqué laissé en liberté, livré à lui-même, ne résistera pas à la facilité de s'adresser à plusieurs médecins sous le fallacieux prétexte d'un traitement à suivre, et à se servir des ordonnances qu'il aura pu obtenir de leur coupable complaisance, pour se procurer la drogue qui lui manque où qu'il recherche en quantités toujours plus considérables, et satisfaire ainsi d'impérieux besoins qui dégénèreront bientôt en tyranniques exigences ;

Considérant que les docteurs D... et R... se rendaient si bien compte de la situation, ne pouvant se méprendre sur le but poursuivi par les nombreuses personnes qui se présentaient à leur cabinet, qu'ils ont usé des subterfuges les plus blâmables pour se conserver une certaine clientèle dont ils s'étaient fait les pourvoyeurs de toxiques, grâce à leur coupable spécialité ;

Considérant, en effet, qu'il résulte des débats et des données de l'information que les médecins sus-nommés ont gravement méconnu leur devoir et contrevenu aux dispositions de la loi du 12 juillet 1916 en délivrant des ordonnances à leurs clients, parfois sans les examiner, souvent aux mêmes personnes sous des noms d'emprunt, afin d'échapper au contrôle administratif auquel ils savaient soumis les pharmaciens qui exécuteraient leurs ordonnances, en prescrivant, enfin, des doses qui excédaient la durée du traitement de sept jours, délai fixé par l'article 39 du décret du 14 septembre 1916, doses qui affectaient une tendance progressive systématique, manifestement inconciliable avec un traitement médical rationnel ;

Considérant que de tels faits doivent être dans un intérêt d'ordre social sévèrement réprimés, tout en tenant compte d'une part de l'âge du docteur D... qui a plus de soixante-quinze ans, et d'autre part, de ce que le docteur R... a déjà été condamné pour les mêmes délits : adoptant au surplus les motifs des premiers juges en ce qu'ils ne sont pas contraires au présent arrêt.

Infirme le jugement entrepris à l'égard des docteurs M... et L...

Les renvoie sans dépens des fins de la prévention.

Confirme à l'égard des autres prévenus avec les modifications suivantes dans l'application de la peine :

Docteur D..., six mois de prison, 1.000 francs d'amende.

Docteur R..., deux ans de prison, 2.000 francs d'amende, confusion en ce qui concerne l'emprisonnement avec la peine de deux ans, prononcée par arrêt du 14 novembre 1921, pour trafic de stupéfiants !..... les condamne solidairement à tous les frais..... Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer. »

L'alcool cause dans notre société des ravages beaucoup plus considérables que la morphine. Sous l'influence de l'ivresse, il se commet, tous les jours, des crimes de toutes sortes et les trafiquants de l'alcool restent impunis. Il est vraiment regrettable que nos législateurs n'aient pas fait figurer ce produit chimique sur la liste du tableau B. Dr J. M. LE GOFF.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES. — Dans sa dernière séance, le Conseil, à la demande de nos confrères belges, s'est occupé de l'installation d'un bureau de l'A. D. R. M. à Bruxelles pendant les *Journées médicales* de fin juin.

Le président rend compte des démarches qu'il a faites pour soutenir des candidatures françaises à deux chaires de la Faculté de médecine de Belgrade mises au concours.

Nouveaux membres : Mme de Bar, MM. Guyonneau (de Vittel), Hontong, Jarvis et Laurens (de Paris), Lugerlöf et Rystedt (de Stockholm), Rajaonarison (de Tananarive).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Louis Poussepp, directeur de la clinique des maladies nerveuses de l'Université de Dorpat, fera une conférence en français sur le « diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs des lobes frontaux » (avec projections cinématographiques), au grand amphithéâtre de la Faculté, le mardi 10 juin 1924, à 17 heures.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — UNE SEMAINE DE GASTROLOGIE CLINIQUE à l'usage des médecins praticiens, du 6 au 14 juillet. — Le docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin, Ravina, Hirschberg, Zizine, fera dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, du 6 au 14 juillet, une série de conférences sur l'ensemble des affections gastro-duodénales et particulièrement sur les acquisitions nouvelles du traitement et du diagnostic.

Des travaux pratiques quotidiens préciseront les méthodes récentes d'exploration physique, chimique et radiologique.

Les conférences sont gratuites. Le droit d'inscription aux travaux pratiques est de 120 francs.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au service du docteur Ramond, à Saint-Antoine, avant le 1er juillet.

ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN. — L'ouverture de l'établissement aura lieu le 10 juin prochain, et comme d'habitude, la direction mettra gratuitement les différents services des thermes à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).


TANNURGYL
DU DOCTEUR LETANNEUR
Réaction HÉMOCLASIQUE
à "EFFET PEPTONE"
réalisé par le VANADIUM
Par Voie digestive (Gouttes)
Hypodermique (Ampoules)
Mode d'Emploi :
15 gouttes
à chacun des deux repas
TANNURGYL
TANNURGY
Atelier LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde PARIS (8e)
R. C. Seine, 15.638

REVUE GÉNÉRALE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE[1]

Par J.-A. CHAVANY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Formes cliniques. — Assez nombreuses sont les formes cliniques de la paralysie générale. Nous ne passerons ici en revue que les plus fréquentes et les plus intéressantes.

Forme simple. — C'est la démence paralytique. La démence est le seul signe psychique : les idées délirantes sont très frustes. Mais les signes physiques sont au grand complet.

Forme féminine. — On sait la paralysie générale plus rare chez la femme que chez l'homme. Lorsqu'elles existent elles sont teintées des préoccupations spéciales à la femme (toilette, bijoux, affectivité, préoccupations sexuelles). Son apparition se fait souvent à l'époque de la ménopause.

Forme juvénile. — Il s'agit d'hérédosyphilitiques, fils de parents ayant eux-mêmes fait une spécificité nerveuse (parfois paralysie générale). C'est une forme démentielle qui prend souvent le masque de l'arriération mentale ou de l'idiotie, teintée parfois de délire à type euphorique ou d'hallucinations. Le syndrome physique et le syndrome humoral sont présents. La paralysie générale juvénile évolue souvent sur un terrain dystrophique, sur un certain fond d'infantilisme physique.

Forme associée à d'autres manifestations de la syphilis nerveuse. — L'association avec le *tabes* doit se comprendre de la sorte : on rencontre souvent chez des paralytiques généraux des signes de la série tabétique (abolition d'un réflexe rotulien ou achilléen, troubles de la sensibilité à topographie radiculaire) et chez de tels sujets on suit, à l'étude anatomo-pathologique, des dégénérescences radiculaires qui remontent isolées dans le cordon postérieur, mais il est rare qu'ils présentent des douleurs fulgurantes, des crises gastriques, une démarche ataxique. D'autre part, on voit rarement des *tabétiques avérés devenir paralytiques généraux*; les troubles mentaux des tabétiques ressortissent plutôt de la désintégration lacunaire des noyaux gris centraux et rentrent dans le cadre des pseudo-bulbaires.

Citons l'association de la paralysie générale avec la myélite syphilitique type Erb (syndrome de Guillain-Tanon), très rare qui rentre dans le cadre de la syphilis diffuse du névraxe.

L'association avec des lésions en foyer telles qu'hémiplégie, aphasie, syndrome pseudo-bulbaire, peut se voir.

On a enfin décrit une *forme cérébelleuse* de la paralysie générale.

Forme prolongée. — Nous reproduisons à ce sujet les conclusions de la thèse d'Haguenau, inspirée par Sicard.

La paralysie générale justement appelée progressive ne connaît que des rémissions de courte durée, les formes prolongées sont exceptionnelles : les cas publiés sous ce vocable ne sont, sauf exceptions rarissimes, pas de paralysie générale. Les cas que nous avons observés personnellement sont des plus discutables. Si les accidents mentaux survenus au début et ayant nécessité l'internement ont pu paraître typiques, il n'en est pas moins remarquable de constater, outre la régression des troubles psychiques, la régression des signes physiques ou humoraux, phénomènes que l'on n'observe jamais au cours de paralysies générales indiscutables, même en cas des plus longues rémissions. Il n'est cependant pas douteux qu'il peut exister quelques cas de paralysie générale vraie, fixés spontanément, mais c'est une exception tellement rare que l'on peut dire, en pratique, qu'une maladie qui présente une évolution prolongée n'est pas une paralysie générale (Haguenau).

Forme de guerre. — Bien au contraire la guerre semble nous avoir fait assister à une éclosion de formes de paralysie générale dont le double caractère est de survenir brièvement après le chancre (un an et demi à deux ans) et d'évoluer très rapidement (un an à quinze mois) vers la mort.

Diagnostic. — Etant donné l'importance du pronostic de la maladie de Bayle, on conçoit tout l'intérêt qu'il y a à poser un diagnostic absolument certain de paralysie générale. De l'étude détaillée de la symptomatologie que nous venons de faire, il découle que ce diagnostic précis est possible dans l'immense majorité des cas. Certes, aucun signe sus-mentionné n'est par lui-même pathognomonique, mais l'ensemble forme un faisceau de signes largement suffisant pour étayer, avec toute la certitude qui est possible en médecine, son diagnostic et partant son pronostic. Au premier plan, il faut placer la nécessité absolue de la ponction lombaire et des divers examens biologiques. Voyons maintenant avec quelles maladies on pourrait la confondre.

Au début. — Le diagnostic peut être difficile et ne doit être porté qu'avec une extrême réserve en raison de la sévérité du pronostic qu'il comporte.

En présence de phénomènes dépressifs on pensera à :

— la *neurasthénie*.

— à une *crise de dépression simple* ; mais le paralytique général est plus inerte que triste, il est plus contradictoire.

— à un *accès hypochondriaque*, mais le paralytique général s'analyse moins finement, se laisse plus facilement détourner de ses préoccupations maladives.

L'étude du liquide céphalo-rachidien tranchera dans la plupart des cas nos hésitations, encore qu'il faille connaître l'existence de la neurasthénie tardive des syphilitiques décrite par Fournier.

— Les *diagnostics de manie, de confusion mentale* ne sont que des diagnostics d'attente, purement symptomatiques qui ne préjugent en rien de la cause qui les provoque : dans ces cas, l'existence du mâchonnement aiguillera vers un début de paralysie générale possible.

— Les *ictus apoplectiques ou épileptiques* qui peuvent ouvrir la scène sont susceptibles d'égarer le diagnostic : A ce sujet un simple conseil, se méfier d'un début de paralysie générale chez un individu très jeune qui fait un ictus apoplectique

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 44, p. 729.

qui rétrocède en ne laissant que de faibles traces organiques et que l'on serait tenté d'étiqueter pithiatique.

Nous voudrions, en terminant ce diagnostic de début, insister sur un point qui nous tient à cœur personnellement, et sur lequel notre maître Clovis Vincent attire journellement notre attention : Il existe une maladie nouvelle essentiellement protéiforme, l'*encéphalite épidémique*, capable de laisser après elle toutes sortes de séquelles. N'envisageons que les séquelles mentales. Nous avons vu plusieurs cas simulant la paralysie générale au début, même facies atone, même lenteur de l'idéation, mêmes tressaillements musculaires. Certes, le diagnostic est facile si l'on y pense. Le signe d'Argyll manque, le malade est un ralenti et non un dément, la ponction lombaire est utile à pratiquer (l'albuminose et la lymphocytose sont beaucoup moindres, le Wassermann est absent, le benjoin peut être subpositif). Et l'on retrouve des signes de la série encéphalitique : hypertonie faradique provoquée au niveau du trapèze, phénomène du jambier, exagération des réflexes posturaux qui aiguillent le diagnostic vers la notion d'encéphalite. L'encéphalite et ses séquelles constituent à l'heure actuelle un diagnostic que l'on doit toujours avoir présent à l'esprit.

A la période d'état. — C'est un diagnostic des différents états démentiels que l'on peut rencontrer en clinique. Il faut éliminer :

Les *tumeurs cérébrales* qui, par leur état d'obnubilation cérébrale pourraient créer une cause d'erreur; l'examen du fond d'œil, la céphalée atroce à tendance nauséeuse fixent le diagnostic. Il ne faut pas tenir compte pour éliminer ce diagnostic de la réaction de Wassermann. Car l'on sait (Clovis Vincent) que cette réaction peut se montrer positive dans les états d'hypertension intracranienne avec augmentation du taux de l'albumine rachidienne, états dans lesquels la syphilis peut ne pas être en cause.

— *Certaines méningites* telles que la méningite tuberculeuse de l'adulte, dans sa forme psychique, qui aboutit parfois à l'internement des malades.

Les gros diagnostics sont :

— Les *démences au cours des intoxications* dont le type est la démence *alcoolique*. Mais ici le déficit intellectuel est beaucoup moins marqué que dans la paralysie générale. C'est le déficit affectif qui est au premier plan. Le malade est plus abruti que diminué, sa mémoire est plus voilée qu'absente. Il n'y a pas de dysarthrie. On ne retrouve pas ici le caractère progressif de l'évolution de la paralysie générale et l'on assiste souvent à une évolution régressive. Notons encore, ici, la fréquence des hallucinations comme dans toutes les psychoses toxiques. Cette démence alcoolique présente une variante tout à fait intéressante et qui n'est pas rare, c'est le syndrome psycho-polynévritique de Korsakoff, surtout marqué par un déficit presque absolu de la mémoire de fixation (les malades oublient d'un instant à l'autre ce qu'ils ont à faire, dans une salle sont incapables de reconnaître leur lit) ; ils cherchent à pallier à ce déficit par un besoin incessant de fabulation ordinairement toujours sur un même thème très peu riche. Ils présentent le phénomène dit des fausses reconnaissances. Par leur désorientation dans le temps et dans l'espace, ils ressemblent plus à des confus qu'à des déments.

C'est ici qu'il faut ranger les *pseudo-paralysies générales*, saturnine, arthritique, brightique, diabétique, etc., si à la mode autrefois, et dont la nosographie moderne a fait table rase.

Les psychoses *toxiques* (morphine, cocaïne) sont très spéciales et n'aboutissent que tardivement à la démence.

— *Les démences au cours de l'artériosclérose cérébrale.* — L'artériosclérose cérébrale, terme très vague, est un syndrome dans lequel on peut faire rentrer les différentes manifestations que Pierre Marie a décrites sous le nom de *cerveau sénile*. Suivant que les lésions portent sur les vaisseaux (en particulier les petits vaisseaux qui, de la base, vont aux noyaux gris centraux) ou, au contraire, sur le parenchyme cérébral lui-même (cellules nerveuses de la corticalité, cit. *Th.* de Mallet), on se trouve en présence de lacunaires ou pseudo-bulbaires ou, au contraire, des déments séniles.

Chez les lacunaires ou les pseudo-bulbaires, la démence n'est jamais globale, elle est partielle, fragmentée : les troubles du caractère qui devient irritable, soupçonneux, méfiant, l'emportent sur les troubles de l'intelligence. Il y a conservation, au moins partielle de l'autocritique. Les autres troubles de la série pseudo-bulbaire, pleurer spasmodique, démarche à petits pas, palilalie, difficultés de la déglutition, dysarthrie spéciale (parole lente, monotone), aident au diagnostic de même que l'atteinte fréquente de la voie pyramidale (signe de Babinski) ou des voies extrapyramidales (hypertonie).

Chez les déments séniles, on note une désorientation complète dans le temps et dans l'espace qui co-existe avec un affaiblissement intellectuel considérable et une perte de la mémoire très remarquable qui porte surtout sur les faits récents.

Je voudrais faire ici une place à part, dans ce diagnostic, aux phénomènes aphasiques, car j'ai vu plusieurs fois des aphasiques sensoriels (type Wernicke, sans hémiplégie), pris pour des paralytiques généraux, je dois dire que je n'ai jamais vu l'erreur inverse. On sait que dans l'aphasie aux troubles d'élaboration du langage se traduisant par l'oubli du vocabulaire, par l'intoxication par le mot, par la paraphasie, la jargonophasie et l'aggramatisme s'ajoutent des troubles d'élaboration d'ordre intellectuel, comme l'oubli des notions didactiquement apprises (comme le calcul, la géographie) et même l'oubli des choses courantes de la vie journalière. Cette teinte de déficit intellectuel est même très particulière à l'aphasie. Il existe même une forme d'*aphasie dite pseudo-démentielle* qui se complique d'apraxie idéatoire; le malade (qui, bien entendu, n'est pas un paralysé) est dans l'incapacité d'exécuter certaines actions simples, telle que celle, par exemple, d'allumer une bougie. On comprend que de tels malades soient catalogués déments et placés comme tels dans un asile. Ce diagnostic entre aphasie et démence peut avoir dans certains cas une portée pratique considérable : les aphasiques, on le sait, ont le droit de tester, un tel droit est retiré par la loi aux déments.

Il convient d'ajouter que, parfois, ce diagnostic peut être excessivement difficile, voire même rester en suspens. La perte du vocabulaire sera le signe essentiel à mettre en valeur chez les aphasiques.

— *La syphilis cérébrale.* — Mais le gros, très gros diagnostic de la paralysie générale est celui de la spécificité cérébrale dont la paralysie générale n'est d'ailleurs qu'une modalité. On en conçoit

l'importance lorsqu'on sait la différence de pronostic dans les deux cas et aussi l'action tout à fait différente du traitement spécifique. En effet, les antécédents sont identiques on retrouve dans les deux la notion de la syphilis antérieure. La ponction lombaire, ici, éclaire moins bien la situation : tous les chiffres que l'on trouve dans la paralysie générale sont souvent plus forts, plus massifs, mais cela n'a rien de constant il existe bien un type paralytique et un type syphilitique de certaines réactions colloïdales, mais la ponction lombaire n'a de valeur que si on la repète plusieurs fois et si le syndrome humoral reste irréductible malgré le traitement. On s'aidera dans ce diagnostic souvent très ardu des *petites nuances de la démence* qui dans la spécificité cérébrale est parcellaire ne portant que sur certains modes de l'activité psychique, épargnant certains autres, par exemple, laissant plus intacte la personnalité. L'amnésie existe, mais ne s'accompagne pas de la fabulation colossale fantaisiste et fantastique de la paralysie générale. Dans la syphilis cérébrale, on a assez souvent la perception assez nette que la maladie évolue *par poussées*, s'opposant ainsi à la progressivité de l'évolution de la paralysie générale. Elle s'accompagne beaucoup plus souvent de *lésions en foyer*, manifestant l'artérite qui est à la base de sa production. Enfin, un signe très important, c'est la conservation de l'autocritique. Le traitement pierre de touche vient lever tous les doutes, lorsqu'il s'agit de spécificité cérébrale la maladie réagit ordinairement très bien au traitement.

Diagnostic suivant l'age. — Suivant l'âge du sujet des diagnostics divers se présenteront à l'esprit.

Chez l'adolescent, on envisagera l'hypothèse d'idiotie, d'imbécillité.

Chez l'adulte jeune, on pourra soulever celui de démence précoce qui est un diagnostic d'attente qu'émettent souvent les aliénistes dans l'embarras. Mais dans la démence précoce, le début est ordinairement brusque du jour au lendemain. On note des alternatives de stupeur et d'excitation, de la stéréotypie des attitudes, des impulsions brutales, des propos incohérents, des néologismes, des troubles de la mimique, du maniérisme. L'évolution en est beaucoup plus heurtée.

Chez le vieillard, où la paralysie générale est rare, elle se confond assez facilement avec la démence sénile.

Dans tous ces cas, la présence du signe d'Argyll, les résultats fournis par la ponction lombaire viendront lever les hésitations.

Anatomie pathologique. — Nous empruntons les données essentielles de ce chapitre à l'excellent rapport que M. Lhermitte a présenté au centenaire de la thèse de Bayle (mai 1922).

Constatations macroscopiques. — A l'ouverture de la boîte cranienne, on est frappé par :

Lésions méningées. — La *dure-mère* est épaissie, congestionnée avec, parfois, des plaques de pachyméningite hémorragique (apanage pour Klippel des paralytiques généraux alcooliques). On peut noter l'existence de kystes séreux sous-dure-mériens. La *pie-mère et l'arachnoïde* sont également épaissies avec parfois des adhérences avec la matière cérébrale ; mais ces adhérences ne sont pas fatales et tiennent parfois à un défaut de formolage. Bayle, qui avait bien vu cette lésion, l'avait dénommée arachnitis chronique.

Lésions du cerveau. — Le cerveau est manifestement *atrophié :* l'atrophie qui prédomine sur les lobes frontaux et pariétaux est, en réalité, globale et elle porte sur toutes les parties constituantes du cerveau. A la coupe, on note de la *dilatation des ventricules latéraux* avec, parfois, des lésions d'épendymite granuleuse, bien vues par Pierre Marie.

Lésions des artères. — Les lésions qui portent sur les gros troncs artériels n'ont rien de spécifique.

Les *lésions des autres organes* sont sans grande importance : on peut déceler parfois de l'aortite syphilitique.

Constatations microscopiques. — Beaucoup plus intéressantes.

La *pie-mère* épaissie est infiltrée de lymphocytes, de plasmocytes, de fibroblastes, ainsi que de corps granuleux lipophores ou pigmentophores avec prédominance de cette infiltration autour des vaisseaux :

Dans le cerveau plusieurs points sont à envisager :

a. *La charpente conjonctivo-vasculaire.* — Ici la paroi des vaisseaux est épaissie et dégénérée ; ils sont entourés d'un épais manchon où l'on trouve surtout des lymphocytes et des plasmocytes et aussi parfois les mastzellen d'Erlich, les cellules grillagées d'Alzheimer, les corps granuleux ci-dessus mentionnés. Certains de ces éléments (plasmocytes en particulier) dégénèrent parfois, suivant le mode vacuolaire ou hyalin (cellules mûriformes de Lhermitte). Cette infiltration périvasculaire est d'autant plus intense qu'on a affaire à un cas d'évolution plus rapide : elle peut dans les cas à évolution plus lente tendre vers la sclérose avec prolifération vasculaire manifeste. On peut encore noter la présence de *foyers microscopiques de nécrose corticale* où fourmille le tréponème.

b. *L'élément parenchymateux*, la cellule nerveuse et ses fibres est très atteinte et c'est cette atteinte même qui caractérise la paralysie générale et explique une bonne part de sa physionomie démentielle.

Les *cellules nerveuses* (vues sur des préparations colorées par la méthode de Nissl) présentent le chromolyse avec excentricité du noyau, la dégénération hydropique ou vacuolaire ; dans les cas plus lents, on note de l'atrophie cellulaire ou la sclérose cellulaire. Les neurofibrilles (imprégnation argentique) sont très touchées, mais le sont seulement après les grains chromophyles. Les prolongements dendritiques et cylindraxiles disparaissent et les cellules prennent un aspect arrondi.

Les *fibres nerveuses à myéline*, surtout les fibres tangentielles du réseau d'Exner sont atteintes soit d'une manière diffuse, soit par place (méthode de Marchi). Il convient de noter l'intégrité relative des cylindraxes eux-mêmes.

c. La *névroglie* prolifère d'une manière intense sous forme d'astrocytes et de cellules fibrillogènes dans les régions corticales superficielles ; dans les régions sous-corticales, ce sont les cellules amiboïdes et les cellules satellites qui l'emportent. Signalons encore la grande multiplication des cellules à bâtonnets.

Le réseau névroglique sous-épendymaire s'hyper-

plasie donnant l'aspect macroscopique de la langue de chat (au niveau du plancher du IVe ventricule par exemple).

Les *autres parties du névraxe* sont relativement peu touchées. C'est ainsi que l'on note une atteinte toujours très faible des noyaux gris de la base et du tronc cérébral.

Les *lésions de la moelle* ne se voient que si l'on a affaire à des *lésions associées*.

Bactériologie. — A ce chapitre d'anatomo-pathologie de la paralysie générale, il convient d'ajouter une notion d'acquisition récente et excessivement importante, fournie par la bactériologie.

Depuis 1913, à la suite des très importants travaux de Noguchi et Moore, de Marinesco et Minea, de Levaditi et A. Marie, on a trouvé au niveau du cerveau des paralytiques généraux la signature même de la maladie; le tréponème de Schaudinn. Sa constatation est assez fréquente (17 p. 100 des cas dans un travail tout récent de Hermel). On retrouve le microbe en plein tissu parenchymateux dans les cellules nerveuses même ou bien à leur pourtour : Fait à noter, il est rare dans le voisinage des vaisseaux, on ne le retrouve jamais dans les méninges. Pour Hermel, le spirochète n'apparaît jamais dans les processus d'endartérite isolée des petits vaisseaux, il faut qu'il y ait en plus de l'encéphalite paralytique : les données anatomo-bactériologiques ont une importance considérable dans la pathogénie de la paralysie générale.

Etiologie. — La notion de syphilis domine l'étiologie de la paralysie générale, tel est le point capital : seuls les syphilitiques deviennent paralytiques généraux. La paralysie générale est une maladie de la série syphilitique et non point un syndrome (comme cela a été soutenu et l'est encore par Klippel) reconnaissant un certain de causes parmi lesquelles la syphilis; il n'y a pas de pseudo-paralysie générale. La paralysie générale est une et elle est syphilitique. Certes l'inefficacité du traitement constitue une exception à ce qui se passe habituellement au cours des accidents de la syphilis ; mais la paralysie générale entre dans le cadre de la parasyphilis qui obéit peu ou pas du tout au traitement.

Age. — Elle frappe ordinairement les malades autour de la dixième année de l'inoculation de la maladie.

Sexe et profession. — Elle atteint surtout les hommes; les professions libérales sont souvent frappées, comme si les fatigues intellectuelles semblaient placer le cerveau dans un état de moindre résistance et créer un point d'appel au tréponème.

Antécédents. — L'hérédité mentale ne joue pas dans la paralysie générale, maladie organique et spécifique, le rôle capital qu'elle joue dans les autres maladies mentales dites vésaniques ou constitutionnelles. L'hérédospécificité, au contraire, se rencontre toujours dans les cas de paralysie générale juvénile.

L'influence du traumatisme peut être manifeste pour accélérer l'évolution de la méningo-encéphalite ; il est plus douteux qu'un trauma cranien crée chez un syphilitique un point d'appel à la paralysie générale. Jamais contrairement à ce que l'on croyait autrefois il ne l'a créé de toutes pièces.

Dualité du virus syphilitique. — Nous ne venons que citer l'opinion de certains auteurs (Levaditi et Auguste Marie) qui ont pu admettre qu'il existait deux tréponèmes, un dermotrope, un neurotrope, ce dernier agent de la paralysie générale. Cette dualité n'est pas admise par la majorité des chercheurs qui croient à l'unicité du virus syphilitique.

Pathogénie. — Les opinions divergent considérablement au sujet de la pathogénie de la paralysie générale et nombreuses et variées sont les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question. Elles sont importantes à connaître, car toutes cherchent à rendre compte d'un fait capital en pratique : l'incurabilité de la maladie.

Personnellement, nous croyons que cette question peut se centrer autour d'un fait indéniable que la clinique nous révèle grâce à la ponction lombaire : c'est la *réaction méningée* qui se manifeste toujours par la lymphocytose et l'hyperalbuminose rachidiennes.

Cette réaction méningée peut être :

a. **Secondaire à l'encéphalite parenchymateuse**, la mesurant pour ainsi dire. C'est ce que soutiennent les partisans de la théorie parenchymateuse de la paralysie générale, soutenue dès 1894, par Brissaud, développée par de Massary, dans sa thèse (Paris, 1896), reprise à nouveau par Sicard, dans son rapport sur la syphilis nerveuse à la réunion neurologique de 1920.

Pour *Sicard*, le tréponème arrive par les vaisseaux, les franchit sans les léser et se fixe dans le parenchyme cérébral; dans le milieu cérébral, il marque un temps d'arrêt, car il se trouve dans un élément défavorable à son développement, mais il acquiert de ce fait, des caractères nouveaux de résistance au traitement spécifique. « Il n'acquerra une véritable extension que lors de sa propagation secondaire au tissu pie-mérien dont l'extrême richesse vasculaire lui donnera les éléments propres à son activité. » La méningite n'est donc que secondaire à l'encéphalite.

Pour *Sézary*, « le tissu nerveux possède une immunité naturelle vis-à-vis du tréponème. Mais cette immunité ne suffit pas à le protéger contre lui, elle retarde seulement son développement. Par contre, le tissu nerveux ne participe pas, dès la période secondaire, à l'immunité que vient d'acquérir l'organisme tout entier. Aussi les tréponèmes qui l'ont envahi s'y trouvent à l'abri, ils peuvent s'y adapter, puis pulluler, déterminer enfin des lésions qui sont atypiques puisqu'elles échappent au facteur humoral qui régit les modalités classiques du processus syphilitique ». De plus, par son pouvoir réducteur le cerveau « non seulement arrêtera le début d'oxydation que le médicament aurait pu subir dans le sang, mais il le réduira énergiquement et s'opposera par là à son action microbicide » (*Revue neurol.*, 1921, n° 4).

De Massary explique l'inefficacité du traitement par la dégénérescence rapide, irrémédiable des cellules psychiques (*Revue neurol.*, 1920, n° 7).

b. **Primitive et crée les lésions cérébrales.** — Cette théorie a été brillamment soutenue par Nageotte pour le tabes, qui a montré la névrite radiculaire transverse d'origine méningée à la base de la dégénération des cordons postérieurs. Après lui, *Tinel* et surtout Ravaut s'en sont fait les propagandistes. Pour *Ravaut*, « la méningite préexiste aux premiers signes de la paralysie générale », il existe une

phase préclinique, humorale de la maladie décelable par la ponction lombaire.

c. Notre maître Clovis Vincent, qui a beaucoup étudié cette question depuis sa thèse de doctorat, résume le début dans un sens qui nous paraît logique : « Il semble acquis que dans certains cas qui évolueront vers le tabes ou la paralysie générale, la première réaction que nous soyons actuellement capables de déceler par nos investigations anatomiques et cliniques est une réaction méningée, c'est-à-dire conjonctive. Nous n'en inférons nullement que la localisation primitive du virus est méningée, nous disons seulement que la première réaction du système nerveux au virus que nous sachions déceler est méningée. » (*Paris méd.*, 20 oct. 1920.)

Traitement. — Nous serons très brefs sur le traitement de la maladie de Bayle. Il faut bien savoir que les traitements antisyphilitiques habituels sont sans grande influence sur l'évolution progressive de la paralysie générale. Nous citerons même l'opinion de certains psychiâtres qui pensent qu'il peut être nuisible et précipiter la marche de l'affection en créant de véritables poussées congestives du côté du cerveau.

Nous pensons, quant à nous, qu'il y a lieu de traiter de tels malades ne serait-ce que pour éviter l'erreur avec une syphilis cérébrale possible qui, elle, obéit bien au traitement. On se servira des sels mercuriels, cyanure de mercure, biiodure de mercure : on fera des séries de sels de bismuth dont on sait la grande efficacité en matière de syphilis nerveuse. On emploiera très prudemment le novarsénobenzol que l'on peut employer par la méthode des injections sous-cutanées de 0g15 tous les deux jours, pendant un laps de temps plus ou moins long (Sicard) ou bien par la méthode ordinaire des injections hebdomadaires de 0g15 à 0g60 (sans montrer plus haut) et en arrivant à un total de 4g50 à 5 grammes par série.

Disons pour terminer que la méthode des injections sous-arachnoïdiennes des médicaments n'a pas donné jusqu'ici de résultats très encourageants et que porter chez un malade un diagnostic de paralysie générale, c'est du même coup fixer, dans l'état actuel de la science, un pronostic tout à fait sombre dans un intervalle plus ou moins rapproché.

XXXVIIe CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE[1]

(Paris, 12-15 mai 1924.)

TROUBLES OCULAIRES D'ORIGINE DENTAIRE

Rapporteur : M. le docteur Camille Fromaget (de Bordeaux).

Les troubles oculaires d'origine dentaire, signalés depuis plus d'un siècle, sont l'objet de recherches intéressantes que l'ophtalmoscopie associée à la radiographie et à la bactériologie a permis d'envisager sous un jour nouveau, depuis la découverte de lésions péri-apexiennes invisibles, origines d'accidents septicémiques décrits en Amérique sous le nom de « focal infection ».

Ces troubles se montrent, soit au moment de l'éruption dentaire, qui s'accompagne de multiples perforations de la gencive qui sont des portes d'entrée pour tous les germes de la cavité buccale en particulier pour la tuberculose qui atteint si souvent dans l'enfance les ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Toutes les maladies de la dent et de l'alvéole sont des causes importantes ; la carie avec ses complications : péri-odontites, abcès, fistules, fluxions, ostéopériostites circonscrites ou diffuses, ostéomyélites, pyorrhée alvéolaire, corps étrangers.

La thérapeutique dentaire est aussi un facteur important. Les désastres occasionnés par des extractions malheureuses sont trop nombreux. Maintenant s'ajoutent les infections *péri-apexiennes silencieuses* qui résultent de soins conservateurs insuffisamment aseptiques, les foyers recouverts par les amalgames, les couronnes d'or, les bridges et les dentiers donnent naissance à des foyers infectieux péri-apexiens : granulomes, kystes, abcès profus qui ne peuvent être reconnus que par la *radiographie.*

Les troubles oculaires sont relativement peu fréquents en raison des lésions dentaires si nombreuses qui siègent dans toutes les bouches. Mais celles-ci peuvent devenir une cause prédisposante qui permet la localisation dans l'œil d'un germe de toute autre origine.

Les complications qui les déterminent sont : 1° *des complications de voisinage*; 2° *des complications à distance.*

Les premières apparaissent, soit du côté de l'appareil lacrymal, soit du côté de l'orbite.

Les complications orbitaires sont les plus graves. Les péri-odontites, ostéopériostites, ostéomyélites et sinusites aboutissent quelquefois à la fluxion orbitaire, plus souvent au *phlegmon* qui peut entraîner la perte de la vision, la destruction du globe et même la mort par méningites, abcès du cerveau et par les phlébites des veines ophtalmiques et des sinus caverneux.

Le mécanisme de ces complications est bien connu. La propagation se fait par *continuité* et par *contiguïté* par les voies ostéopériostée, cellulaire, lymphatique et veineuse

Ces lésions orbitaires graves peuvent se compliquer d'infections du globe oculaire. La pénétration du germe infectieux se fait par les voies veineuses et lymphatiques rétrogrades.

Les *complications à distance* entraînent du côté des annexes de l'œil des troubles *sensitifs, moteurs, sécrétoires.*

Celles qui intéressent l'œil même peuvent atteindre toutes les parties, mais plus particulièrement la *cornée*, l'*uvée*, le *nerf optique* et la *rétine.*

Les kératites revêtent surtout la forme ulcéreuse avec troubles anesthésiques qui peuvent les faire regarder comme du type neuroparalytique.

Les uvéites sont les complications les plus communes sous forme d'iritis, de cyclite, de choroïdite, d'irido-cyclite, de choriorétinite, de panophtalmie. Elles s'accompagnent souvent de modifications de la tension oculaire et revêtent le type glaucomateux.

Les *névrites* et les *névrorétinites* ont été souvent observées. Dans la rétine on a noté des phlébites, des artérites, des embolies, des décollements.

Toutes ces affections oculaires déterminent en définitive, du côté de l'appareil visuel, des troubles *sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, ophtalmotoniques, sécrétoires, trophiques* et *sensoriels.*

Les premiers sont dus à l'irritation ou à l'infection du trijumeau.

Les seconds dépendent des troubles réflexes des centres moteurs : excitation ou paralysie.

Les autres sont tous sous l'influence du sympathique d'où émanent les vaso-moteurs qui règlent le calibre des vaisseaux.

C'est le sympathique qui tient sous sa dépendance le tonus oculaire.

Les troubles sécrétoires dépendent du parasympathique cranien. Le rôle du sympathique s'affirme encore dans les troubles trophiques.

Tous ces troubles à distance, à part ceux purement mécaniques, *ont pour origine une infection microbienne.*

Tantôt le foyer dentaire agit localement en irritant et en infectant les terminaisons du trijumeau et du sympathique et détermine les troubles réflexes, sans pénétration du germe dans l'œil.

(1) *Service spécial de l'Association de la Presse médicale française.*

Tantôt le germe, sorti du foyer infectieux, est transporté par la circulation dans l'œil même où il détermine des troubles plus ou moins graves.

Dans presque tous les cas, on constate que la lésion oculaire siège du même côté que le foyer dentaire.

Cette *unilatéralité*, la première loi des réflexes, indique déjà le rôle important du système nerveux dans les troubles oculaires.

Les troubles réflexes, sans infection oculaires, s'expliquent facilement par l'irritation des filets du trijumeau.

La voie centripète du réflexe est constituée par lui, les voies centrifuges peuvent affecter, soit les *nerfs de la vie de relation*, soit les *nerfs de la vie organo-végétative*. Les premiers touchent les nerfs moteurs des yeux et des paupières.

Mais le rôle le plus important paraît dû à la réaction de la *vie organo-végétative* qui porte sur le parasympathique et le sympathique.

Les troubles visuels passagers peuvent s'expliquer par les modifications de la pupille, de l'accommodation et par les perturbations circulatoires qui se produisent dans le nerf optique, la rétine de la choroïde.

Les troubles vaso-moteurs persistants pourront déterminer des troubles trophiques.

Souvent, ces troubles réflexes se compliquent d'infection oculaire réalisant la « focal infection ».

Comment se fait cette infection? Une seule théorie est possible.

Les bactéries puisées dans la pulpe ou dans l'alvéole par les lymphatiques et les veines dentaires sont entraînées dans la circulation générale et transportées dans l'œil ou dans toute autre partie du corps par la voie artérielle.

Ce sont les artères ciliaires et l'artère centrale de la rétine qui les introduisent dans la coque oculaire.

L'infection oculaire *est d'origine hémosporique* ou septicémique, la localisation du germe dans l'œil est favorisée par le tropisme du microbe et par le *milieu favorable* qui résulte des perturbations réflexes du sympathique.

L'infection est la cause déterminante, la réaction sympathique est la cause prédisposante, localisatrice.

Les troubles oculaires d'origine dentaire ne paraissent pas être très fréquents.

Peut-être le seraient-ils davantage s'ils étaient recherchés d'une façon constante; beaucoup ont dû passer inaperçus parce que de nombreux oculistes ne soupçonnent pas leur importance. Il est souhaitable, à l'avenir, que l'étiologie dentaire soit recherchée avec autant de soin que toutes les autres, en particulier pour les uvéites si nombreuses dont nous ignorons les causes, malgré les investigations les plus minutieuses.

Mais, il ne suffit pas pour affirmer l'étiologie dentaire de constater que le malade possède une bouche en mauvais état. Il faut établir non la concomitance des deux affections, mais leur relation de cause à effet.

Pour y arriver on doit rechercher la lésion dentaire ou péri-apexienne, pratiquer des examens bactériologiques des foyers dentaires, péri-orbitaires, orbitaires et même oculaires. Dans les hémosporiques il sera nécessaire de faire des hémocultures.

Enfin, lorsque les examens radiographiques et bactériologiques n'ont pas été pratiqués il est indispensable qu'une thérapeutique *uniquement dentaire* amène rapidement une guérison que n'avaient pu obtenir aucune de celles employées jusqu'alors. Quand les foyers infectieux ne sont pas visibles, il faut avoir recours à la *radiographie*.

C'est le seul moyen de déceler tous les foyers dentaires ou péri-apexiens. Lui seul permet de préciser l'existence, le siège, la forme et l'étendue des lésions.

Le *traitement curatif* consiste dans l'avulsion de la dent *coupable et la désinfection du foyer alvéolaire*.

Cette extraction s'impose dans tous les cas graves, à marche rapide provenant, soit d'une infection de voisinage, soit d'une hémosporie.

Quand il n'y a pas de danger immédiat, on peut essayer de *conserver l'organe en supprimant les foyers infectieux*.

Le traitement local pourra être complété par l'autovaccination, bien que les résultats obtenus n'aient pas encore été très démonstratifs. On pourra très utilement employer les injections intraveineuses ou intramusculaires mercurielles et arsenicales.

Le *traitement prophylactique* est de la plus haute importance. Il consistera dans une hygiène dentaire sévère, dans l'extirpation de toutes les racines, de toutes les dents découronnées, dans le traitement des dents cariées de la pyorrhée, des abcès alvéolaires et des foyers périapexiens.

Grâce aux moyens modernes de désinfection des canaux dentaires, aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie dentaires, il est inutile de sacrifier toutes les dents malades; on peut arriver à les conserver.

Si la stérilisation absolue est un leurre, en pratique, on obtient des résultats durables indéniables.

L'infection péri-apexienne n'est pas fatale, elle peut même devenir exceptionnelle si le dentiste accomplit aussi aseptiquement que possible tous les actes de la pulpectomie, de la désinfection et de l'oblitération.

D'ailleurs ces résultats devront être contrôlés par la radiographie qui mettra en évidence l'habileté ou l'insuffisance de l'acte opératoire. Plus tard, des examens radiographiques pratiqués de temps en temps permettront de s'assurer du maintien de la guérison ou de l'apparition de foyers périapexiens qu'on pourra détruire par un traitement chirurgical approprié bien préférable à la röntgenthérapie et à la curiethérapie qui n'ont donné aucun résultat encourageant.

La radiographie est un moyen de diagnostic et de contrôle aussi indispensable pour le dentiste que l'ophtalmoscopie pour l'oculiste.

Troubles oculaires et kystes radiculo-dentaires. (Projections.) — M. L. Dor (de Lyon).

Troubles oculo-dentaires. (Projections, communications diverses.) — M. Polliot (de Besançon).

Critique des qualités optiques d'une lentille sphérique à correction de la réfraction de l'œil humain. (Projections.) — MM. Newcomer et van der Pyl (de Philadelphie).

Le rôle de la vergence en dioptrique. — M. Marcel Dufour (d'Alger).

Anophtalmos. (Projections.) — M. Gallemaerts (de Bruxelles).

L'éléphantiasis des paupières. — M. Fage (d'Amiens). Cette affection rare dépend de trois facteurs : le traumatisme, la puberté, l'inflammation, le tissu conjonctif situé au-dessous de la couche musculaire est hypertrophié; les vaisseaux y sont dilatés, les lymphatiques enflammés, on y trouve des cellules adipeuses abondantes et des cellules conjonctives jeunes.

Statistique des 290 dacryocystorhinostomies plastiques (procédé de Dupuy-Dutemps et Bourguet). — M. Dupuy-Dutemps (de Paris). 276 guérisons complètes, 13 guérisons partielles, 10 échecs même dans ces derniers, jamais la suppuration lacrymale n'a reparu, le résultat est donc semblable à celui de l'extirpation du sac.

Remarques sur la technique de la dacryocystorhinostomie. — M. Duverger (de Strasbourg) emploie pour la trépanation de la branche montante une fraise de dentiste et suture la muqueuse nasale au sac à l'aide de soies perdues.

A propos de l'opération lacrymale de Dupuy-Dutemps et Bourguet. — MM. Husson (de Saint-Quentin) et Jeandelize (de Nancy).

Au sujet de certaines manifestations oculaires des foyers infectieux à l'exclusion de celles que l'on attribue communément à ce facteur étiologique. Etude clinique. — M. de Schweinitz (de Philadelphie). Ce travail, appuyé principalement sur des expériences et des observations personnelles, a pour but d'établir les relations étiologiques qui relient certains troubles oculaires à des foyers infectieux. Il laisse de côté, en grande partie, ces maladies de l'œil que, de l'avis général, on attribue à de telles infections, à savoir l'iritis, l'iridocyclite, l'uvéite et la choroïdite.

Bien qu'il admette qu'au point de vue strictement bactériologique la preuve évidente n'est pas tout à fait complète,

l'auteur suppose acquis les points suivants. La relation des foyers infectieux et de beaucoup de maladies oculaires est établie. Dans un certain nombre de cas, la suppression d'une infection chronique locale est suivie, rapidement ou lentement, de la disparition de la maladie oculaire métastatique. Les éléments microbiens eux-mêmes sont transportés par le courant sanguin jusque dans la région intéressée, et dans la grande majorité des cas ce sont ces microbes et non des toxines microbiennes indéterminées et incertaines qui sont les agents responsables de l'infection oculaire. Les foyers d'infection sont souvent multiples et la destruction de plusieurs foyers est nécessaire pour guérir l'œil et pour éviter les rechutes. De nombreux microorganismes pathogènes (staphylocoque, pneumocoque, streptocoque, colibacille, etc.) sont probablement responsables de ces infections, quoique dans certains cas apparaisse une relation définie entre un organisme particulier et une lésion métastatique : par exemple entre le streptococcus viri dans de l'infection dentaire et l'iritis. Parfois, des zones d'apparence insignifiante servent de portes d'entrée à l'infection et sont tout aussi importantes que celles que l'on envisage d'habitude en premier lieu, à savoir les dents, les amygdales, l'intestin, etc.

Laissant de côté, sans les mentionner de façon particulière, les maladies habituelles du tractus uvéal, l'auteur étudie les altérations séniles de la macula (choroïdite et rétino-choroïdite centrales) et discute leurs relations possibles avec certaines affections non spécifiques de la prostate ou avec d'autres localisations infectieuses. Il rapporte des observations, particulièrement une dans laquelle on suit les premiers signes de l'altération maculaire sénile (période du scotome central pour le bleu jusqu'aux manifestations ultimes de la rétino-choroïdite maculaire exsudative (type H. Coppez et M. Denis); il y retrace le résultat de la suppression des foyers infectieux pendant le stade initial, au stade hémorragique et au stade d'exsudation.

Ensuite, l'auteur, après une brève allusion à la tendance croissante des médecins de rattacher la sclérose en plaques à une maladie infectieuse, et après avoir rappelé la similitude des symptômes oculaires dans cette maladie et dans la névrite rétrobulaire, discute leur origine infectieuse à point de départ sinusien. Cette hypothèse a été d'abord suggérée par son chef de clinique, docteur E. A. Shumway. Cette théorie est appuyée par l'observation d'un malade que Shumway a suivi pendant neuf ans. Il décrit alors différents types de scotome : ceux de la névrite axiale d'origine sinusienne, ceux de la sclérose en plaques. Puis il montre le rapport d'un foyer infectieux avec la sclérose disséminée en y comparant l'action d'une infection générale. Il suggère que les sinus peuvent être la porte d'entrée, mais, en s'appuyant sur quelques observations, il montre que les infections amygdaliennes peuvent être en cause.

L'auteur rapporte aussi quelques cas de névrites optiques du type de la névrite optique infectieuse et qui semblaient se rattacher à une infection dentaire, par abcès apical. Puis il rapporte quelques cas de névrite rétrobulbaire qui étaient en relation avec des dents à évolution vicieuse et avec des kystes dentaires infectés.

L'orateur rappelle brièvement l'opinion des anciens auteurs, Horner et Sachs par exemple, qui pensaient que l'ablyopie tabagique et alcoolo-tabagique ne sont pas dues, tant à l'action directe de ces poisons qu'aux troubles variés qu'ils produisent, en particulier au catarrhe gastro-intestinal. Le tube digestif serait le point de départ d'éléments toxiques qui vont intéresser le nerf optique. Il rappelle ses travaux personnels et ceux du docteur Esall et pense que ce côté de la question n'a pas été suffisamment mis en valeur dans ces derniers temps. Il cite à l'appui de cette idée une observation, prise parmi beaucoup d'autres, et qui montre que cette hypothèse est rationnelle. Il discute alors la manière dont le tube digestif devient une porte d'entrée de l'infection dans ces circonstances.

Conjonctivite à catarrhalis. — M. Morax (de Paris) rapporte deux observations de conjonctivite modérée sans étiologie possible qu'un coryza chez l'un d'eux. Il n'y avait aucune urétrite. L'évolution fut bénigne, la durée ne dépassa pas dix jours. La sécrétion oculaire contenait des diplocoques ne prenant pas le gram ressemblant au gonocoque mais que les cultures montrèrent se différencier par quelques minimes caractères du méningocoque et du gonocoque chez un des malades l'examen bactériologique du pharynx d'isoler le même microorganisme.

Filaire sous-conjonctivale. — M. Genet (de Lyon).

Contribution à l'étude des tumeurs næviques de la conjonctive. — MM. Duclos et Mawas (de Paris).

Tumeurs épibulbaires à multiples récidives. — MM. Jacqueau et Bujadoux (de Lyon). Observation d'une femme ayant présenté de petites tumeurs isolées légèrement adhérentes à la sclérotique ayant récidivé indéfiniment depuis neuf ans malgré des destructions réitérées du galvano-cautère. Histologiquement, il s'agit de kératose épibulbaire.

Transformation maligne des nævi et des tumeurs épibulbaires. — M. Monthus.

L'importance de la forme locale du faisceau lumineux dans l'examen à la lampe à fente. — M. Birkhaeuser (de Bâle).

Cornée, iris et cristallin au microscope cornéen avec la lampe à fente. — M. Viterbi (de Bergame).

Etude au microscope cornéen des kératites parenchymateuses évoluées. — MM. Duverger et Lampert (de Strasbourg). L'examen avec la lampe à fente montre dans les kératites interstitielles anciennes syphilitiques la présence d'une vascularisation profonde qui manque dans les kératites traumatiques.

De la paracentèse de la chambre antérieure dans les irido-choroïdites chroniques. — M. Perrin (de Lyon).

Sarcome annulaire irido-ciliaire. — MM. Truc et Dejean (de Montpellier).

(A suivre.) J. DAIRIEUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1924)

M. Lejars donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Farabeuf.

Traitement de la diarrhée infantile. — M. D. Doumer (de Lille) a montré déjà que par l'amidon paraffiné on pouvait guérir, presque à coup sûr, la diarrhée estivale, cause si grave de la mortalité infantile. Il montre aujourd'hui que l'on a, dans la faradisation abdominale, un moyen aussi bon contre cette terrible maladie. Il fournit plusieurs observations à l'appui.

Radiographie et cinématographie du cœur de l'homme. — MM. Lamon et Commandon montrent des films cinématographiques très intéressants. Les auteurs ont obtenu une représentation radiographique et cinématographique des mouvements du cœur. C'est la première fois que ce résultat, d'une haute difficulté technique, a été obtenu.

Anévrisme artério-veineux de la carotide interne dans la portion extracranienne. — M. Rouvillois (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un blessé âgé de vingt-deux ans, qu'il a opéré pendant la guerre pour un anévrisme artério-veineux, de la carotide interne dans sa portion extracranienne. Il a pratiqué une quintuple ligature avec extirpation complète de l'anévrisme qui comprenait, outre la communication artério-veineuse, un sac artériel qui adhérait à la paroi du pharynx. La guérison a été si complète que la pension temporaire qui avait été allouée à ce blessé, après la guerre, a été supprimée.

L'intérêt de cette observation réside, non seulement dans la rareté de la lésion, et dans le résultat, éloigné de l'inter-

vention, mais encore dans le mécanisme de la formation de l'anévrisme. Contrairement à ce qui s'observe le plus souvent dans les anévrismes artério-veineux, où les vaisseaux sont directement atteints par l'agent vulnérant, le blessé de M. Rouvillois ne présentait aucune plaie, même minime, du cou, de la bouche ou du pharynx. Il avait été violemment projeté à terre par l'éclatement d'un obus de gros calibre; c'est à la suite de ce traumatisme violent que les signes anévrismaux avaient fait leur apparition. Il est donc logique de penser que la communication artério-veineuse a été produite par le mécanisme exceptionnel d'une contusion violente du paquet vasculaire.

Recherches sur la propriété contractile des fibres lisses de l'utérus. — M. Bar analyse un travail de M. Keiffer sur ce sujet.

Présence d'un némathelminthe dans le foie d'un indigène du Gabon. — MM. Pettit et Sicé.

Un nouveau type de gastroscope. — M. Bensaude. La gastroscopie a été relativement peu étudiée en France. Moure a été seul à pratiquer des recherches systématiques. On ne saurait cependant oublier que lorsque Kussmaul, en 1868, introduisit, pour la première fois, un tube rigide dans l'estomac, il s'est servi de l'endoscope de Désormeaux, qu'il avait fait acheter à Paris.

Depuis un très grand nombre d'appareils ont été inventés. Les plus répandus sont ceux de Elsner, Schindler, Sternberg.

Dans les deux premiers appareils, on fait passer le gastroscope à travers une gaine introduite préalablement et, pour faciliter l'introduction, on se sert d'un bout de caoutchouc adapté soit à la gaine, soit à un mandrin. La gaine a l'inconvénient d'augmenter le diamètre du gastroscope et, d'autre part, le bout de caoutchouc peut se couder ou se casser.

L'instrument de Sternberg n'a ni gaine ni bout en caoutchouc; il est coudé comme un cystoscope et on l'introduit simplement par le palper. Mais, l'introduction à l'aveugle d'un instrument rigide et coudé dans l'estomac n'est pas exempte de danger.

Le gastroscope présenté par M. Bensaude remédie aux inconvénients signalés ci-dessus. Il se compose de trois parties :

1° Un tube contenant l'appareil optique.

2° Une tête qui porte la lampe et dans laquelle est disposé un canal de guidage.

3° Un fil d'acier terminé par une boule métallique.

On introduit d'abord le fil métallique qui sert de fil de guidage et, ensuite, on fait glisser sur ce fil le gastroscope proprement dit, en faisant passer le fil à travers le canal aménagé dans la tête.

Dans un autre dispositif, la lampe est introduite séparément avec le fil conducteur; dans ce cas, le tube du gastroscope est dépourvu de lampe.

L'examen se fait dans la position genu-cubitale ou dans la position à califourchon de Mouret. La position genu-cubitale — que l'auteur emploie depuis plusieurs années pour l'œsophagoscopie — a l'avantage de faciliter l'écoulement des liquides, de rapprocher l'estomac de l'œil de l'observateur et de dégager le cardia.

Des coupes en série, faites sur le cadavre, montrent que dans cette position, le foie bascule et vient se glisser contre la paroi abdominale qu'il sépare de l'estomac et des anses intestinales.

La communication est illustrée par une série de projections qui montrent avec une grande netteté des images de l'estomac normal et pathologique vues à la gastroscopie.

La facilité avec laquelle on introduit dans l'estomac les instruments actuels, ainsi que la netteté des images qu'on voit sur le vivant ne permettent pas de douter de l'avenir de l'endoscopie gastrique. C'est une méthode qui, malgré les

difficultés qu'on éprouve à s'orienter dans l'estomac, est appelée, à rendre de grands services dans le diagnostic précoce du cancer, celui de l'ulcère, de tumeurs rares et même de certaines gastrites.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Vallin, décédé.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Renault obtient 51 suffrages; M. Lesage, 17; M. Brouardel, 4 et M. Courtois-Suffit, 2.

En conséquence, M. Jules Renault est proclamé élu.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RECOUVREMENT D'HONORAIRES

COMMISSION ALLOUÉE A UNE AGENCE. HONORAIRES REÇUS DIRECTEMENT PAR LE MÉDECIN ; COMMISSION DUE

Les médecins sont, malheureusement pour eux, obligés dans maintes circonstances de recourir à l'intervention d'agences de recouvrement pour parvenir à faire payer les honoraires qui leur sont dus : certains clients sont, en effet, récalcitrants. Ces agences leur demandent une commission souvent élevée ; dans l'espèce que nous rapportons ci-dessous, celle-ci était de 15 p. 100.

Il ne fait pas de doute que cette commission est due quand l'agence touche et remet les honoraires dus au médecin ; c'est la rémunération de ses soins et démarches qui ont abouti au résultat désiré. Mais la commission va-t-elle être également due dans le cas où, l'agence ayant fait certaines démarches, les honoraires sont payés directement au médecin ?

La question est discutable ; elle est entièrement de fait et laissée à l'appréciation des tribunaux qui ont à rechercher la part de chacun dans le recouvrement. Le tribunal civil de la Seine a rendu, le 11 mars 1924, un jugement qui permet de se rendre compte de la question. Le voici :

« Attendu que M... et R..., directeurs de l'Office général de recouvrements, ont, par exploit de G..., huissier à Paris, du 4 janvier 1922, assigné le docteur L... en paiement de la somme de 876 fr. 25, représentant le montant de la commission à laquelle ils prétendent avoir droit pour le recouvrement d'honoraires qu'ils auraient effectué pour le compte du docteur;

Attendu que celui-ci a chargé M... et R,.. de recouvrer des honoraires s'élevant pour une cliente à 7.487 fr. 65 et pour une autre à 850 francs;

Attendu que, ainsi que le reconnaît d'ailleurs le docteur L..., les demandeurs ont fait des démarches auprès de ces deux débiteurs pour arriver à un règlement ; attendu qu'il prétend toutefois ne leur rien devoir, bien qu'il ait touché les honoraires qui lui étaient dus en raison de ce qu'il a lui-même, *à la suite de démarches personnelles*, reçu directement de ses deux clientes le montant de ses honoraires;

Mais attendu que si le docteur L... a chargé M... et R... du recouvrement de notes dues par des clients récalcitrants depuis plusieurs années, c'est qu'il a estimé que leur ministère lui était nécessaire, ses démarches personnelles étant jusqu'alors restées sans résultat ;

Qu'on ne saurait conclure du fait qu'il a lui-même encaissé directement les sommes qui lui étaient dues que l'agence de recouvrement n'a pas mené à bonne fin le mandat dont il l'avait chargée ;

Qu'il est certain, au contraire, que ce règlement de deux notes en souffrance depuis longtemps et qui a eu lieu peu de temps après les démarches de l'agence en est la conséquence;

Qu'il importe peu, dès lors, que les sommes que réclament le docteur L... lui aient été versées à lui-même;

Attendu que les parties étaient convenues qu'une commission de 15 p. 100 serait allouée à l'agence sur les recouvrements ;

Mais attendu que M.,. et R... consentent au docteur L... une réduction sur la commission convenue et se bornent à lui réclamer la somme de 876 fr. 25;

Attendu que leur demande est justifiée et qu'il échet, en conséquence, d'y faire droit. »

Le tribunal a, en conséquence, prononcé condamnation contre le docteur. Mais on remarquera que les directeurs de l'agence de recouvrements avaient consenti une réduction sur le montant de la commission qui avait été stipulée antérieurement. Ils avaient estimé que le taux de 15 p. 100 ne serait vraisemblablement pas admis par le tribunal ; il est, en effet, de jurisprudence constante que les tribunaux se réservent le droit d'apprécier si la commission convenue est ou non exagérée et de la réduire, s'il y a lieu. Le tribunal de la Seine n'avait pas eu à prendre une détermination à ce sujet, la réduction ayant été faite *proprio motu*.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique..............	17 gr.
Phosphate de soude...............	24 gr.
Eau distillée .... Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 9 JUIN AU 14 JUIN 1924)

THÈSES

Mardi 10 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Teissier, Ribierre et Duvoir. — M. LE BRIGAND (Jean). Contribution à l'étude des syndromes aigus de condensation pulmonaire (première enfance). — M. MATHIAS (André). Etude de la néphrite érysipélateuse. — M. HAZEMANN (Robert). L'isolement dans les consultations des hôpitaux. — M. KARSENTY (André). Les réservoirs du virus de la peste. — M. PRIEUR. La maladie de Sternberg.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Lecène, Velter et Mondor. — M. PLICHON (Jean). Du syndrome de la fente sphénoïdale d'origine traumatique. — M. MARSSET (Henry). Essai sur un traitement des tuberculoses externes.

Mercredi 11 juin. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Delbet, Sebileau, Couvelaire et Lemaître. — M. GOLDENBERG (M.). Evolution de radiographie des ostéites tuberculeuses du tarse antérieur chez l'enfant. — M. BLOTNIK (H.). Etude obstétricale du bassin chez les femmes. — M. BONNECAZE (Jacques). Du volvulus de l'intestin grêle. — M. MÉRINE (Louis). Du traitement chirurgical de l'ozène.

Jeudi 12 juin. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Jeanselme et Lereboullet. — M. BANTCHEWSKY (A.). Mort subite au cours de l'eczéma chez les nourrissons. — M. VUILLAUME (M.). Le signe d'Argyll Robertson est-il pathognomonique de la syphilis? — Mlle ARCHAWSKI (Olga). Etude de l'oléothorax. — M. BRUNIER (J.-B.). Contribution à l'étude des retentissements des affections de l'intestin sur le foie.

L'Année psychologique, 23e année (1922), par Henri PIÉRON, professeur au Collège de France. In-8 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine de XVI-644 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, F. Alcan.

Les Microbes pathogènes et l'organisme animal. Conceptions nouvelles sur la symbiose somato-parasitaire, par le docteur Henry MANDEL. Un volume de 72 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 47. — MARDI 10 & JEUDI 12 JUIN 1924. 97e ANNÉE. MARDI 10 & JEUDI 12 JUIN 1924. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Projet de règlement du concours de l'externat des hôpitaux de Paris. (Ce projet adopté par le Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ne sera définitif qu'après approbation de M. le Préfet de la Seine) :

« Le jury du concours pour les places d'élèves externes en médecine se compose de neuf membres, savoir :

1° Quatre médecins et quatre chirurgiens des hôpitaux désignés d'office. Seront tout d'abord désignés les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés dans l'année en commençant par les moins anciens, puis à défaut d'un nombre suffisant de ces membres les médecins et chirurgiens des hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'externat, et, enfin, les médecins et chirurgiens des hôpitaux ayant été déjà juges de l'externat en commençant par les moins anciens et dans l'ordre ci-après : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception toutefois de ceux qui auraient fait partie du jury de l'externat de l'année précédente.

2° Un membre désigné par la voie du sort et pris parmi les accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux, les moins anciens de ceux n'ayant jamais été juges de l'externat, à défaut de ceux ayant été une fois juges, puis de ceux ayant été deux fois juges, et ainsi de suite, à l'exception toutefois de ceux qui auraient fait partie du jury de l'externat de l'année précédente.

Les médecins, chirurgiens, accoucheurs et spécialistes des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ne seront plus appelés à faire partie des jurys de l'externat.

Les épreuves du concours pour les places d'élèves externes consistent en trois compositions écrites et anonymes portant :

La première sur cinq questions d'anatomie;

La deuxième sur six questions de pathologie médicale;

La troisième sur quatre questions de pathologie chirurgicale.

Une question de petite chirurgie pourra, au gré du jury, remplacer une question de pathologie médicale ou chirurgicale.

Ces quinze questions sont arrêtées par l'ensemble du jury réuni à cet effet une heure et demie au moins avant l'ouverture de la séance. Elles doivent comporter autant que possible des réponses courtes et précises. Par dérogation aux dispositions de l'article 203, le jury ne sera pas tenu d'établir trois séries différentes de questions.

Programme des matières. — Le programme des matières qui pourront faire l'objet de questions posées par le jury est arrêté ainsi qu'il suit :

I. Anatomie. — 1° *Ostéologie.* — Le squelette en entier. — 2° *Arthrologie.* — Les articulations de la clavicule, scapulo-humérale du coude, radio-carpienne, métacarpo-phalangienne du pouce, coxo-fémorale, du genou, tibio-tarsienne, médio-tarsienne. — 3° *Myologie.* — Tous les muscles des membres, sauf la plante du pied. Les muscles masticateurs. Sterno-cléido-mastoïdien. Trapèze. Pectoraux. Grand dorsal. Grand dentelé. Muscles de la paroi abdominale. Diaphragme. Psoas iliaque. — 4° *Vaisseaux.* — Aorte (tronc et point d'origine des branches). Carotides primitive et externe. Artère sous-clavière. Artères des membres (en entier). Veines superficielles des membres. — 5° *Nerfs.* — Troncs nerveux des membres et leurs branches. — 6° *Splanchnologie.* — Cœur (configuration extérieure et intérieure, vaisseaux de la base du cœur). Trachée (configuration, généralités, rapports). Poumon (description macroscopique, rapports, pédicule). Estomac, Foie, Duodénum, Reins (généralités, configuration extérieure et principaux rapports). Lobule pulmonaire, hépatique, Tubes du rein (description succincte de leur structure). Cerveau (configuration extérieure).

II. Pathologie médicale. — 1° Oreillons, Varicelle, Vaccine, Rougeole, Scarlatine, Fièvre typhoïde, Diphtérie (signes, diagnostic et principales complications). Erysipèle de la face, Dysenterie, Tétanos (signes). Diabète sucré (signes fondamentaux). Rhumatisme articulaire aigu (signes et principales complications). Maladie de Basedow (symptômes). Chancre syphilitique (caractères cliniques). — 2° Angines aiguës, Ulcères de l'estomac et du duodénum, Cancer de l'es-

tomac, Sténoses du pylore, Péritonite tuberculeuse, Cirrhose de Laënnec, Colique hépatique (signes et diagnostic). Hématémèse, Melæna, Ascite, Ictères par rétention (sémiologie). Percussion et palpation des organes abdominaux. — 3° Colique néphrétique. Examen clinique des urines. Sémiologie des œdèmes. Les grands symptômes de l'urémie. — 4° Pneumonie franche aiguë, Coqueluche, Tuberculose pulmonaire chronique (signes et diagnostic). Pleurésie aiguë séro-fibrineuse, Pleurésies purulentes (signes et caractères du liquide). Pneumothorax, hydro et pyo-pneumothorax (symptômes). Sémiologie physique des organes intrathoraciques (inspection, palpation, percussion, auscultation). Hémoptysies. Vomiques. Expectoration. — 5° Insuffisance aortique, Insuffisance mitrale, Rétrécissement mitral (signes physiques, inspection, percussion, palpation, auscultation). Asystolie (principaux symptômes). Phlegmasia alba dolens. — 6° Coma, Paraplégie (définition, caractères cliniques essentiels). Tabes (symptômes principaux). Hémiplégie (caractères cliniques). Attaques convulsives (caractères cliniques). Méningites aiguës, Méningites tuberculeuses, Paralysie faciale, Paralysie radiale (signes et diagnostic). Examen clinique de la motilité, de la sensibilité et des principaux réflexes. — 7° Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien. Ponctions exploratrice et évacuatrice de la plèvre et du péritoine. Vaccination. Saignée. Injections sous-cutanées, intramusculaires et intraveineuses. Technique des autopsies.

III. Pathologie chirurgicale. — 1° Abcès chaud. Abcès froid. Brûlures. Lymphangite aiguë. Adénites aiguës. Adénites tuberculeuses. Anthrax. Furoncle. Classification élémentaire des principales tumeurs. — 2° Classification des anévrismes. Anévrismes artériels circonscrits, Anévrismes artério-veineux (signes cliniques). Varices (symptômes et principales complications). Signes cliniques de la paralysie tronculaire des nerfs : médian, radial, cubital, grand sciatique, sciatique poplité externe. — 3° Epistaxis. Ulcérations de la langue (diagnostic clinique). Accidents de la dent de sagesse. Fractures de côtes et leurs complications. Mal de Pott dorso-lombaire (étude clinique). Abcès du sein. Cancer du sein (formes cliniques et diagnostic). — 4° Hernie inguinale. Hernie crurale. Etranglement herniaire. Les grands signes cliniques de l'hémorragie interne. Occlusion intestinale aiguë (sémiologie). Péritonites par perforation. — Le kyste hydatique (généralités). Cancer du rectum (formes cliniques, examen, diagnostic). Hémorroïdes. Abcès péri-anaux. Fistule à l'anus. Fissure à l'anus. — 5° Hématuries, Rétention vésicale d'urine (sémiologie). Hydrocèle vaginale. Diagnostic différentiel de la tuberculose, de la syphilis et du cancer épididymo-testiculaire. Métrorragies (sémiologie). Rupture des grossesses tubaires (signes cliniques). Kyste de l'ovaire, Fibrome utérin, Cancer de l'utérus (signes cliniques). Principales complications de la blennorragie (dans les deux sexes). — 6° Fractures de la clavicule, de la diaphyse humérale, de l'extrémité inférieure du radius, du col du fémur, de la diaphyse fémorale, de la rotule. — Fractures dites de jambe (diaphyse des deux os de la jambe). Fracture dite de Dupuytren (bimalléolaire). Luxations de l'épaule. Panaris. Phlegmon des gaines synoviales de la main. Ostéomyélite aiguë. Hydarthrose. La tumeur blanche (principaux caractères anatomo-pathologiques). Coxalgie, Tumeur blanche du genou (signes et diagnostic). — 7° Traitement d'urgence des hémorragies externes. Technique générale des anesthésies. Désinfection des mains et du champ opératoire. Transfusion du sang (principes généraux, principales indications). Sérum artificiel (différentes méthodes d'administration). Technique générale des appareils plâtrés. Lavage de l'estomac. Cathéthérisme de l'urètre. Principes généraux de la stérilisation du matériel chirurgical.

Rédaction des copies. — Les candidats rédigent sur trois copies séparées leurs réponses aux trois ordres de questions (anatomie, pathologie interne et pathologie externe). Les copies doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. Sur chacune d'elles le candidat inscrit ses nom et prénoms à l'angle supérieur droit de la première page.

Il est accordé une heure et demie pour la rédaction de l'ensemble des trois compositions.

Jugement des compositions. — Le jury est divisé par la voie d'un tirage au sort effectué à l'ouverture de la séance et en présence des candidats, en trois sections, pour juger les trois séries de copies : 1° pour l'anatomie : deux chirurgiens et un médecin; 2° pour la pathologie médicale : trois médecins; 3° pour la pathologie chirurgicale : deux chirurgiens et le spécialiste ou accoucheur.

Dans les trois sections, la lecture des copies est faite devant le jury par l'un de ses membres. Les séances du jury ne sont pas publiques. Le maximum des points attribué pour chacune des 15 questions est fixé à 5, soit 75 points au total.

Classement des candidats. — Ce classement est établi suivant la somme des points obtenus par les trois copies du même candidat et arrêté conformément aux règles fixées par l'article 218 complété par l'arrêté des 17 mai-14 juin 1922.

Si à la suite de ce classement, le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour la nomination comporte un excédent par rapport au nombre des places mises au concours, tous les candidats ayant obtenu ce point limite, seront également proclamés admis.

Epreuve supplémentaire. — Les vingt-cinq candidats classés les premiers sont appelés à subir, en vue de leur classement définitif, une épreuve supplémentaire que jugent les trois sections réunies et à laquelle prennent également part tous les candidats ayant obtenu le même total de points que le vingt-cinquième.

Cette épreuve consiste en trois compositions écrites anonymes pour l'ensemble desquelles il est accordé une heure et demie de rédaction après une demi-heure de réflexion. La première question porte sur l'anatomie, la deuxième sur la pathologie médicale, la troisième sur la pathologie chirurgicale.

Pour chacune des compositions, le sujet est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par l'ensemble du jury avant l'ouverture de la séance.

La lecture des copies est faite en séance publique par un interne des hôpitaux désigné par l'Administration.

Chaque épreuve est cotée de 0 à 15. La note acquise qui sera inscrite sur la copie par le représentant de l'Administration est la note moyenne obtenue en additionnant la note donnée par chacun des juges et en divisant le total des points par le nombre des votants.

La lecture terminée, il est procédé par l'Administration, en présence du jury et en séance publique, au dévoilement de l'anonymat et à la totalisation des points obtenus par chacun des concurrents.

Le classement définitif est obtenu en totalisant les points obtenus au concours de nomination et à l'épreuve supplémentaire.

Les candidats qui se trouveraient ex æquo ou ceux qui auraient renoncé à prendre part à l'épreuve supplémentaire seront classés d'après les règles définies à l'article 218 du règlement sur le service de santé.

Le présent règlement sera mis en vigueur dès le concours d'externat de l'année 1924, mais par mesure exceptionnelle et par dérogation à l'article 201 du règlement général sur le service de santé, la date d'ouverture de concours sera reportée *au lundi 20 octobre 1924.* »

— Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Sergent, Tixier, Bensaude, Halbron, Claisse, Lecène, Darier, Foix, Ramond, Clerc et Babinski.



C D α β E F

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

I. DIAGNOSTIC. CLINIQUE

Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. (G. GIRAUD et A. SEDAD. *Revue de la tub.*, 1924, V, n° 1.). — Excellente analyse des différentes théories allemandes, dont la terminologie, sinon l'esprit, est si loin de nos habitudes.

La première partie est consacrée aux travaux de Ranke. Pour celui-ci, la tuberculose évolue en trois périodes : 1° Une phase de primo-infection caractérisée par le « complexe primaire », chancre et adénopathie caséeuse, par l'apparition de la sensibilité à la tuberculine, et pendant laquelle la propagation se fait par voie lymphatique; 2° une phase d'hypersensibilité et de généralisation, qui répond à l'enfance et au début de l'adolescence, où la généralisation se fait surtout par voie sanguine, et où apparaît l'hypersensibilité des organes : la tuberculine donne des réactions focales et locales intenses, sans réaction générale ; 3° une phase d'immunité relative et de localisation des lésions ; c'est la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte ; il y a immunité des organes et hypersensibilité générale ; la propagation se fait par continuité, surtout par voie bronchique. Cette conception de Ranke, à laquelle se sont ralliés la plupart des phtisiologues allemands, et bien qu'à notre avis les faits cliniques la débordent à chaque instant, est nécessaire à bien connaître, pour pouvoir suivre et apprécier les travaux d'outre-Rhin.

Dans une deuxième partie, à laquelle il faut se reporter, car les détails y prennent une importance primordiale, Giraud et Sedad étudient les conceptions anatomo-pathologiques d'Aschoff et sa division en tuberculose productive et tuberculose exsudative. M. LÉON-KINDBERG.

La transmission des bruits pulmonaires du côté malade au côté sain. (GÉNÉVRIER et DUVAL-ARNOULD. *Revue de la tub.*, IV, n° 6.) — Pour éviter l'erreur, il faut ausculter « par cheminement », d'un côté à l'autre, avec un stéthoscope à tige souple; l'examen radioscopique au premier chef, accessoirement l'étude de l'inégalité pupillaire, en dernier ressort l'établissement d'un pneumothorax « d'essai » permettent de résoudre les cas les plus difficiles. Le phénomène peut être dû, soit à la présence de masses ganglionnaires, soit à l'hépatisation du côté malade, ou à une caverne adjacente au plan osseux. M. LÉON-KINDBERG.

La lobite supérieure droite. (Léon BERNARD et BEYTHOUX. *Revue de la tub.*, sept. 1923. n° 5.) — Etude de ce processus non exceptionnel, qui paraît être une des meilleures indications pour le pneumothorax artificiel.

M. LÉON-KINDBERG.

Lower lobe pulmonary tuberculosis. (W. S. MIDDLETON. *Amer. Rev. of tub.*, juillet 1923, VII.)

Statistischer Beitrag zur Beziehung zwischen der von Phtisie befallenen Lungenseite und dessen Krankheitsverlaufe. (K. AOYAMA. *Zeitsch. f. tub.*, avril 1923, Bd 38, H 1.)

L'atteinte du poumon gauche semble beaucoup plus grave, surtout chez la femme; elle donne en moyenne une survie deux fois moindre. M. LÉON-KINDBERG.

A study of hilum gland enlargement in group of tuberculous children. (E. ANDERSON. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 6 oct. 1923.) — Etude de 90 enfants, porteurs d'adénopathies tuberculeuses avec signes généraux, sans tuberculose pulmonaire apparente ; 34 fois, la radioscopie fut négative, les signes cliniques étant présents ; de ceux-ci le meilleur, quand il est très net (mais cela est fort rare) est la zone de matité interscapulaire. Il faut avouer qu'aucune méthode actuelle de diagnostic de l'adénopathie hilaire n'est satisfaisante. M. LÉON-KINDBERG.

Tuberculose infantile et hérédité. (P. LEREBOULLET. *Progrès méd.*, 3 fév. 1923.)

La tuberculose pulmonaire de l'enfant. Ses formes aiguës. (P LEREBOULLET. *Bull. méd.*, 12-15 déc. 1923.)

La tuberculose pulmonaire chronique de l'enfant. (P. LEREBOULLET. *Bull. méd.*, 19-22 déc. 1923.)

Clinical types of tuberculosis in infancy. (M. WOLLSTEIN and F. BARTLETT. *Arch. pediat.*, juillet 1923.)

Die Erkennung, Behandlung und Verhütung der Kindlichen Tuberkulose. (H. LANGER. *Klin. Woch.*, 1923, n° 29.)

Excellents articles de généralités et de mise au point.

M. LÉON-KINDBERG.

La première poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire. (J. PARAF. *Ann. de méd.*, nov. 1923, XIV, n° 5.)

Etude clinique du début de la tuberculose humaine. (DEBRÉ et LAPLANE. *Presse méd.*, 2 fév. 1924.)

Paraf, dans son article, résume les recherches faites par Debré, lui-même et leurs collaborateurs : la cutiréaction permet, après la période anté-allergique, d'étudier et de surprendre la formation de la lésion primitive. Puis, dans la période suivante, il montre le rôle des maladies anergisantes, l'aspect de la lésion qui se constitue, lors de cette première poussée évolutive. Il pense qu'il s'agit presque toujours de réinfection endogène : c'est le fléchissement de l'organisme qu'il faut éviter, et la prophylaxie des maladies anergisantes (rougeole, coqueluche, etc.) prend ainsi une importance considérable.

C'est au contraire la clinique de la « primo-inoculation », classiquement considérée comme immédiatement mortelle ou comme silencieuse, que Debré et Laplane ont tenté d'établir : par des observations extrêmement minutieuses, des enquêtes familiales détaillées, la recherche en série de la cutiréaction, ils ont pu établir que chez les nourrissons infectés, mais résistants (ceux chez lesquels la période anté-allergique dépasse deux mois et demi), il existe cependant des symptômes généraux qui traduisent cette infection : état fébrile passager, chute de poids, troubles digestifs (selles vertes), tous signes qui peuvent précéder quelquefois la première cuti-positive. Les radiographies en série, dans deux exemples, ont permis de saisir l'apparition, puis la disparition du chancre et de son adénopathie satellite. L'invasion se comporte donc comme une véritable poussée évolutive.

M. LÉON-KINDBERG.

Tuberkulose und Schwangerschaft. (WINTER und OPPERMANN. *Deutsch. med. Woch.*, 1923, nos 1, 2, 3 et 4.)

Schwangerschaft und Lungentuberkulose. (F. MELION. *Zeitsch. f. Tub.*, juillet 1923, Bd XXXVIII, H. 5.)

Hysterectomy in certain cases of pulmonary tubercuaosis, particularly as an alternative for therapeutic bortion. (BALDWIN. *Surg. Gyn. and Obst.*, août 1923.) —

La discussion sur la question « grossesse et tuberculose »

n'est pas close; tandis qu'en France, avec des nuances, on est d'ensemble assez « conservateur », les Allemands paraissent presque tous interventionnistes : sans doute, Winter et Oppermann admettent-ils que la tuberculose latente n'est pas influencée par la grossesse dans les 4/5e des cas; mais il ne faut pas attendre : « Au premier bacille trouvé dans les crachats », c'est l'avortement rapide; à plus forte raison, lorsque la phtisie est manifeste : dans ce cas, et dans tous les stades, c'est l'avortement avant le septième mois; on n'aurait le droit d'attendre que l'enfant soit viable que si la lésion pulmonaire était du tout premier stade; cependant dans les deux derniers mois, surtout si la phtisie maternelle est grave, l'intérêt de l'enfant peut faire temporiser. Ils envisagent la fréquente opportunité de l'hystérectomie, que Baldwin recommanderait aussi volontiers « à titre préventif », pour éviter toute grossesse future. M. LÉON-KINDBERG.

La cutiréaction. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge (A. MARFAN. *Presse méd.*, 8 déc. 1923.) — **Les enseignements de la cutiréaction. L'immunité antituberculeuse.** *Presse méd.*, 22 déc. 1923.)

Leçons générales sur ces questions capitales, et leur mise au point actuelle, à laquelle l'auteur a contribué d'une façon prépondérante. M. LÉON-KINDBERG.

Complement fixation in pulmonary tuberculosis. (A. L. PUNCH and A. H. GOSSE. *Brits. med. Journ.*, 22 sept. 1923) — Etude d'ensemble sur la réaction de fixation, qui paraît aux auteurs avoir une grosse valeur diagnostique; les antigènes à « bacilles totaux » auraient une supériorité manifeste. M. LÉON-KINDBERG.

Die Wildbollzsche Eigenharnreaktion. (AHRENS. *Deuts. med. Woch.*, 31 août 1923.)

The Wildbolz auto-urine reaction in tuberculosis. (G. ORNSTEIN. *Amer. Rev. of Tub.*, déc. 1923, VIII, n° 4.)

Ces derniers articles confirment la faillite de la réaction qui n'apparaît nullement spécifique.

M. LÉON-KINDBERG.

The autoserumtest for tuberculosis. (HENRICHSEN and SWEANY. *Amer. Rev. of Tub.*, déc. 1923, VIII, n° 4.) — Modification du Wildbolz : 10 centimètres cubes de sang, précipités, évaporés, etc. sont inoculés sous la peau et l'on étudie la papule consécutive. Cette réaction ne paraît ni plus sûre ni plus spécifique que la réaction princeps. M. LÉON-KINDBERG.

La réaction de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose; sa valeur diagnostique et pronostique (DELHAYE. *Revue de la tub.*, 1923, n° 6.)

Ueber die Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen und ihre Ursachen. (MUSA. *Klin. Woch.*, 1923, n° 34.)

Ueber die Klinische Bedeutung der Blutkörperchensenkungsprobe für die Diagnose der Lungentuberkulose. (E. A. SCHMIDT. *Beitr. z. Klin. der Tub.*, 1923, Bd LV, H. 3/4.)

Ueber den praktischen Klinischen Wert der Senkungs geschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei der Lungentuberkulose. (F. KRIMHOFF. *Beitr. z. Klin. d. tub.*, 1923, Bd LV, H. 3/4.)

Ueber die Senkungs geschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei der Lungentuberkulose. (L. ALTERTHUM. *Beitr. z. Klin. der tub.*, 1923, Bd LV, H. 3/4.)

Die Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten bei Kindlicher Tuberkulose. (DELOFF. *Deuts. med. Woch.*, 1923, n° 18.)

Lorsque l'on étudie la sédimentation du sang citraté, celle-ci variera selon un certain nombre de facteurs, dont les plus importants paraissent être : 1° La composition du milieu, facteur capital; 2° la composition physicochimique, le volume, le nombre des hématies; 3° la tension superficielle. A la suite des travaux de Westengrien, Katz, on a tenté d'appliquer cette étude au diagnostic des maladies, en particulier de la tuberculose. (On trouvera les premiers articles parfaitement résumés dans le mémoire Delhaye.)

La valeur horaire de la sédémentation serait, chez les tuberculeux plus élevée que la normale; un chiffre particulièrement élevé traduirait une tuberculose en évolution; dans les cas douteux, une valeur horaire normale exclurait le diagnostic de tuberculose.

Ici encore les premiers espoirs semblent déçus : Seul Deloff est enthousiaste; pour lui, la réaction a une grosse valeur diagnostique et pronostique; elle permet « d'approfondir et de détailler les résultats biologiques de la thérapeutique spécifique » (!) et d'économiser de coûteuses plaques radiographiques. Pour tous les autres, il n'y a aucun fonds à faire sur elle : pour Schmidt, qui est le plus modéré, il y a trop de causes d'insécurité comme dans toutes les réactions non spécifiques. Pour Krimhoff, pour Alterthum elle n'a aucune espèce de valeur, ni diagnostique, ni pronostique et ne présente, en particulier, aucun rapport avec les réactions à la tuberculine. M. LÉON-KINDBERG.

The value of the Rœntgenogram in the diagnosis and prognosis of pulmonary tuberculosis. (G. ORNSTEIN. *New-York med. Journ.*, 3 janv. 1923.)

X Ray study of tuberculous lungs. (T. FRAZER and J.-D. MACRAE. *New-York med. Journ.*, 3 janv. 1923.)

X Ray examination of the chest. (B. HUDSON and P.-G. SUTTON. *Lancet*, 17 mars 1923.)

Principes de l'examen radiologique du thorax. Les auteurs s'efforcent surtout : 1° de différencier les lésions tuberculeuses des lésions d'autre nature; 2° de préciser les signes qui permettent d'affirmer qu'une lésion tuberculeuse est ou non en évolution. On ne saurait sur ces deux points avoir que des directives générales, et un dogmatisme excessif serait des plus dangereux. M. LÉON-KINDBERG.

La disparition radiologique des cavernes pulmonaires. (A. PIGUET et A. GIRAUD. *Ann. de méd.*, nov. 1923, XIV, n° 5.) — Il s'agit de la disparition dans cinq cas d'images radiologiques dont l'aspect impose le diagnostic de caverne. Pour les auteurs, sans s'attacher à l'irrégularité du syndrome d'auscultation, il s'agit bien de caverne et non pas de pneumothorax partiel. Cette rare évolution serait due avant tout à la sclérose cicatricielle rétractile et à la compression de la lésion par l'emphysème vicariant. Ils paraissent ignorer les travaux américains sur les « ombres pleurales annulaires » (Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 57) récemment discutées par S. de Jong à la Société médicale des hôpitaux de Paris. M. LÉON-KINDBERG.

Inégalité pupillaire et tuberculose pulmonaire. (W. JULLIEN. *Ann. de méd.*, fév. 1924, XV, n° 2.) — Travail critique très minutieux fait dans le service du docteur Rist sur l'inégalité pupillaire, son importance diagnostique et pronostique, sur laquelle surtout a insisté M. Sergent. J'insiste sur les difficultés techniques, la nécessité de la photographie très délicate à mener à bien pour mesurer les minimes anisocories, le caractère souvent tendancieux de l'interprétation : quel est le côté pathologique? S'agit-il de compression, de réflexe, d'action toxi-infectieuse? L'inégalité pupillaire provoquée de Cantonnet n'écarte pas tous les obstacles : l'égalité des doses instillées dans les deux yeux est souvent douteuse, de plus l'œil instillé le premier réagit davantage. Les photographies qui illustrent le mémoire nous paraissent légitimer bien des hésitations.

En fait, chez les tuberculeux, si Jullien a trouvé dans 26 p. 100 des cas une inégalité apparente, et a obtenu cette inégalité dans 71 p. 100 des cas par la mydriase provoquée, il lui paraît impossible d'en tirer des conclusions fermes : en particulier, il n'y a aucune dépendance entre l'anisocorie et le siège apical d'une lésion; la règle « lésion ancienne : destruction, myosis; lésion récente : excitation, mydriase » est souvent en défaut; enfin, et la recherche a été faite régulièrement dans les cas susceptibles du pneumothorax artificiel, on ne peut en déduire aucun renseignement sur l'état de la plèvre.

Grosso modo, il existe deux catégories d'inégalités pupillaires : les unes sont petites, souvent transitoires et on ne peut leur attacher aucune signification précise; les autres sont marquées, permanentes, mais s'accompagnent le plus

souvent d'autres troubles tels que l'altération des réflexes, et la syphilis doit être le plus souvent incriminée.

M. LÉON-KINDBERG.

The diagnosis of doubtful cases of Tuberculosis by examination of bile obtained through the duodenal tube. (H. FREED and L.-T. BLACK. *Amer. Rev. of tub.*, 3 mai 1923, VII.) — Les auteurs ont recherché simultanément le bacille de Koch dans les crachats, le suc gastrique, le suc duodénal et la bile. Dans quelques cas, le bacille a pu être mis ainsi en évidence.

M. LÉON-KINDBERG.

Technique d'inoculation des fèces bacillifères au cobaye. (E. MOREAU. *Rev. de la tub.*, sept. 1923, n° 5.) — 60 grammes de matières sont triturées dans une solution de Nacl à 2,5 p. 100. On passe sur une gaze et on ajoute 2 centimètres cubes d'éther ligroïne; après agitation et centrifugation on prélève le gâteau de 1 à 2 millimètres d'épaisseur qui se trouve juste au-dessous de l'éther et où sont rassemblés presque tous les bacilles.

M. LÉON-KINDBERG.

Etude clinique et anatomique d'un cas de syphilis pulmonaire. (F. BEZANÇON et P. JACOB. *Section d'Et. sc. de l'Œuvre de la tub.*, séance du 4 avril 1923.)

Un cas de syphilis pulmonaire avec tuberculose associée. (LETULLE, BEZANÇON, M. P. WEIL (de Gennes). *Ibid.*, 12 mai 1923.)

Rapports de la tuberculose et de la syphilis du poumon. (Léon BERNARD. *Ibid.*, 12 mai 1923.)

Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. (P. JACOB. *Ibid.*, 12 mai 1923.)

Syphilis et tuberculose fibreuse. (E. SERGENT et P. COTTENOT. *Bull. Acad. de méd.*, 1er mai 1923.)

An extreme case of diffuse syphilitic fibrosis of the lungs. (WEBER. *Brit. med. Journ.*, 23 juin 1923.)

Ueber den Einflusz der Lues auf Verlauf und Entstehung der Lungentuberkulose. (SAMSON. *Zeitsch. f. Tub.*, déc. 1923, Bd XXXIX, H. 3.)

La classique question des rapports de la tuberculose et de la syphilis continue d'être discutée, et l'accord ne semble pas se faire. Pour Léon Bernard, la coexistence est rare : il ne l'a constatée que dans 32 cas, et il n'a relevé aucune particularité chez aucun d'eux; de même pour Samson, en Allemagne : l'influence d'une syphilis survenant au cours d'épisodes évolutifs est impossible à saisir; il n'aurait d'autre part jamais constaté l'action favorable et sclérosante d'une syphilis ancienne. Pour Sergent, au contraire, la syphilis imprime sa marque à la tuberculose : elle est la cause la plus fréquente (mais non pas la seule) de la phtisie fibreuse : la lenteur de son évolution, la conservation de l'état général, surtout la constatation aux rayons X d'une image thoracique « fibrocalcaire » auraient presque pour lui la valeur de l'aortite et de la leucoplasie buccale, et comporteraient la sanction du traitement. En attendant que l'accord se fasse parmi les phtisiologues, l'étude de cas particuliers et semble-t-il indiscutables comme ceux de Bezançon ou de Weber est d'un intérêt capital et permettra seule d'approcher progressivement la solution du problème.

M. LÉON-KINDBERG.

Pulmonary fibrosis. Report of a case. (FONTAINE. *Journ. Amer. med. Ass.*, 21 avril 1923.) — Observation d'une femme de cinquante et un ans, ayant présenté depuis quinze ans des hémoptysies à intervalles irréguliers, une pleurésie droite suivie de signes de bloc fibreux pulmonaire. Toutes les recherches relatives à la syphilis et à la tuberculose (y compris les réactions à la tuberculine) ont été négatives.

M. LÉON-KINDBERG.

A syndrome simulating pulmonary tuberculosis. (A. L. HARTAND and W.-A. GEKLEN. *Amer. Rev. of tub.*, sept. 1923, VIII, n° 1.) — Trois observations où des hémoptysies à répétition avaient fait porter le diagnostic de tuberculose. Il s'agissait d'association de rétrécissement mitral et d'hyperthyroïdisme.

M. LÉON-KINDBERG.

Narbengeraüsche bei geheilter Lungentuberkulose. (SIEGFRIED. *Deut. med. Woch.*, 1923, n° 41.) — L'auteur attire l'attention sur les gros signes d'auscultation qui peuvent persister après la parfaite guérison cicatricielle des lésions bacillaires.

M. LÉON KINDBERG.

A clinical study of the gassed ex-soldier with special reference to pulmonary tuberculosis. (H. HARRISON COLE. *Amer. Rev. of tub.*, 4 juin 1923, VII.) — Etude détaillée des différents gaz, et des accidents immédiats ou tardifs qu'ils conditionnent. Dans l'ensemble, ils ne paraissent pas jouer un rôle important dans l'éclosion ultérieure de la tuberculose.

M. LÉON-KINDBERG.

Associated diseases in pulmonary tuberculosis. (H. C. SWEANY. *Amer. Rev. of tub.*, 1er sept. 1923, VIII.) — Trois observations où la tuberculose (crachats positifs) était associée à de la dilatation bronchique, à une suppuration pulmonaire non bacillaire, à un sarcome du thymus.

M. LÉON-KINDBERG.

Actinomycosis of the lungs simulating tuberculosis. (BESSER. *New-York med. Journ.*, 16 mai 1923.)

A case of actinomycosis with recovery. (BIGLAND, A. SERGEANT. *Brit. med. Journ.*, 14 juil. 1923.)

II. ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. PROPHYLAXIE

Zur primären extrapulmonalen Infektion bei der Kindertuberkulose. (A. GHON und E. WERTHEIMER. *Med. Klin.*, 1923, n° 1.)

The primary complex in human tuberculosis and its significance. (A. GHON. *Amer. Rev. of tub.*, juillet 1923, t. VII, n° 5.)

Zur Frage über die Haüfigkeit der primären pulmonalen und extrapulmonalen Tuberkulose infektion beim Saügling und Kind. (A. GHON und F. WINTERNITZ. *Zeit. f. Tub.*, mars 1924, Bd XXXIX, h. 6.)

On sait toute l'importance, dans les idées de Ranke que nous analysons plus haut, du « complexe primaire », chancre et ganglions correspondants. Il représente la porte d'entrée de la tuberculose. On peut en retrouver la trace dans la plupart des autopsies.

Ghon a repris son étude sur de nouvelles bases et confirme ainsi ses anciens résultats (et ceux de la thèse de Küss). Le chancre pulmonaire est chez l'homme de beaucoup le plus fréquent : Ghon l'a trouvé 567 fois sur 581. Dans les autres cas, 11 fois il s'agissait d'infection intestinale (avec Wertheimer il étudie deux cas très curieux de chancre de l'iléon) et trois fois d'infection nasale primitive.

M. LÉON-KINDBERG.

Contribution à l'étude expérimentale de l'infection tuberculeuse à porte d'entrée dentaire. (J. MENDEL. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1923.) — Les inoculations ont été faites dans la pulpe des dents de lait chez le singe ou celle des dents permanentes chez le lapin. On obtient des lésions très comparables à celles de la phtisie humaine. Mendel insiste sur l'importance prophylactique de l'intégrité de l'appareil dentaire.

M. LÉON-KINDBERG.

Experimentelle Untersuchungen über die Mundhöhle als Eintrittspforte des Tuberkel bacillus. (A. PUPPE. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1923, Bd LV, h. 1.) — Expériences faites chez des animaux où trachéotomie et œsophagotomie empêchaient toute déglutition ou aspiration. On n'obtiendrait pas d'infection sanguine d'origine buccale : il y aurait passage des bacilles dans les lymphatiques, même à travers la muqueuse saine.

M. LÉON-KINDBERG.

Beobachtungen über Tuberkulose ansteckung und Tuberkuloseerkrankung. (F. HAMBURGER. *Münch. med. Woch.*, 12 janv. 1923.) — Observation familiale (il s'agit des propres enfants de Hamburger) en faveur de la théorie de Flügge sur le rôle des « gouttelettes » dans la propagation de la tuberculose.

M. LÉON-KINDBERG.

Uber die Infektiosität der Saüglingstuberkulose. (BRATUSCH MARRAIN. *Münch. med. Woch.*, 1923, n° 34.) — Pneumonie caséeuse chez un enfant de quatre semaines. Contami-

nation de trois autres enfants qui n'avaient eu avec le petit malade que des rapports intermittents.

M. LÉON KINDBERG.

Beitrag zur Frage der exogenen Reinfektion bei Tuberkulose. (BRAEUNING. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1923, Bd LV, h. 2.) — A l'opposé de la majorité des phtisiologues, l'auteur croit à la grande fréquence chez l'adulte des réinfections exogènes.

M. LÉON-KINDBERG.

Apical tuberculosis. (H. BROWN. *Amer. Rev. of tub.*, 2 avril 1923, Bd VII.) — Revue générale et discussion des principales théories de la localisation apicale de la tuberculose pulmonaire.

L'auteur insiste sur les communications lymphatiques entre les ganglions cervicaux profonds, médiastinaux et trachéo-bronchiques. Il existe presque toujours à la phase « prétuberculeuse » des infections rhino-pharyngées et bronchitiques catarrhales, et c'est à leurs germes sans spécificité que seraient dus les premiers changements que décèlent les clichés radiographiques : « Le sol est préparé par les pyogènes ordinaires. » Inutile de souligner toute la part d'hypothèse que contient cette théorie.

M. LÉON-KINDBERG.

Die Lungentuberkulose unter den Schulkindern in Charlottenburg im Yahre 1921. (POELCHAU. *Klin. Woch.*, 1923, n° 6.) — A l'opposé de la plupart des auteurs allemands (à Mannheim on aurait constaté une augmentation de 73 p. 100), l'auteur n'a pu mettre en évidence aucune influence de la guerre sur la tuberculose scolaire.

M. LÉON-KINDBERG.

The reproductive mechanism as a factor in the female phtisis death rate. (S. L. CUMMINS. *Tubercle*, juin 1923.) — Les statistiques montrent que la mortalité féminine par tuberculose, inférieure à la mortalité masculine avant quinze ans et après trente ans, lui est au contraire supérieure pendant cette période. Cummins incrimine la menstruation, les grossesses et aussi la vie « à l'intérieur » qui, en cas de tuberculose ouverte de voisinage, rend l'infestation et plus intense et plus fréquente.

M. LÉON-KINDBERG.

Carbon monoxyde, a predisposing cause of pulmonary tuberculosis. (E. HAZLETON. *Brit. med. Journ.*, 27 oct. 1923.) — L'intoxication par CO, dans des logements confinés, rendrait l'organisme plus sensible à la tuberculose (par diminution de l'activité leucocytaire??).

M. LÉON-KINDBERG.

An investigation into the distribution of pulmonary tuberculosis and other respiratory diseases in the West Riding of Yorkshire. (Mac DOUGALL. *Tubercle*, janv. 1923.) — Etude statistique d'une population de 3 millions d'habitants, groupés selon des industries très diverses, dans un pays de topographie très variée. Il en ressort surtout le rôle relativement favorable de l'altitude, du vent et des pluies régulières, et le rôle particulièrement néfaste des ateliers (haute mortalité dans le textile, en opposition avec la moindre mortalité dans les mines depuis leur ventilation).

M. LÉON-KINDBERG.

The influence of Industrialism upon the age incidence of Phtisis. (E. L. COLLINS. *Tubercle*, mars 1923.) — Il semble que l'industrie en elle-même joue un rôle moindre que l'accroissement de la vie sédentaire à l'intérieur des maisons d'une part, et l'alcoolisme d'autre part.

M. LÉON-KINDBERG.

Alcoolisme et tuberculose. (E. ARNOULD. *Revue de la tub.*, sept. 1923, n° 5.) — On connaît la formule de Bertillon : « C'est l'alcool qui dicte la carte de la tuberculose en France. » Pour Arnould, cela est fort douteux : si au lieu de prendre les statistiques globales on les examine en détail : campagnes, petites villes, grandes villes, cette action phtisiogène de l'alcool devient de plus en plus difficile à saisir. En fait, les statistiques « n'établissent en aucune manière l'existence d'un parallélisme appréciable dans l'espace ou dans le temps entre la tuberculose et l'alcoolisme ».

M. LÉON-KINDBERG.

III. BIOLOGIE

Die Reaktion des tuberkulösen Organismus auf intrakutane Verimpfung von Alttuberkulin, von Tuberkulin säurefester Saprophyten und von unspezifischen Körpern. (E. LANGE. *Zeitsch. f. tub.*, juil. 1923, Bd XXXVIII, H. 5.) — La tuberculine des différents saprophytes acidorésistants produirait chez les tuberculeux les mêmes réactions que l'authentique tuberculine du bacille de Koch, réaction spécifique qu'aucun autre corps ne peut provoquer. On sait que ces recherches, qui se mêlent à la question toujours brûlante du remède de Friedmann, sont en Allemagne l'objet de controverses souvent violents.

M. LÉON-KINDBERG.

Seltene Vorkomnisse im Verlaufe der diagnostischen und therapeutischen Anwendung des Tuberkulins. (E. HOKE. *Zeitsch. f. tub.*, juil. 1923, Bd XXXVIII, H. 5.) — L'auteur cite un certain nombre de réactions anormales au cours de la cure tuberculinique (zona, œdème de Quincke, etc.), entre autres un cas de mort « par choc anaphylactique » (?) chez un malade « très amélioré ».

M. LÉON KINDBERG.

Ueber eine Fieberendemie durch Einatmen von Tuberkulin. KOLLERT. *Beitr. Journ. klin. a. tub.*, 1923, Bd LIV, H. 4.) — Le fait a été observé dans un service de neurologie où l'on tentait la thérapeutique « par la fièvre » au moyen d'injections de tuberculine. Les injections étant faites à la fin de la matinée, médecins et infirmières ont présenté de gros accès fébriles au cours de l'après-midi. Kollert incrimine l'aspiration de fines gouttelettes de tuberculine. Des faits analogues ont d'ailleurs été rapportés et discutés à la Société d'études scientifiques de la tuberculose à Paris, un peu avant la guerre.

M. LÉON-KINDBERG.

Demineralization in tuberculosis. (O. BARKUS. *Amer. Rev. of tub.*, 2 avril 1923, VII.) — Etude expérimentale. Barkus n'a jamais pu constater par des dosages très précis aucune perte de Ca, évidente, non plus que l'augmentation de Ca dans la tuberculose qui guérit, ni une fixation de Ca dans de nombreux essais thérapeutiques.

M. LÉON-KINDBERG.

The influence of silica compounds on experimental tuberculose. (E. MAVER and G. WELLS. *Amer. Rev. of tub.*, 4 déc. 1923, VIII.) — Expériences faites sur le cobaye avec le silicol (produit contenant 25 p. 100 de $Sc\ O^2$). Aucune influence quelconque n'a pu être mise en évidence.

M. LÉON-KINDBERG.

Note on « defatting » of the acidfast bacilli of leprosy and tubercle by injections of chaulmoogrates and morrhuates. (L. ROGERS. *Brit. med. Journ.*, 7 juil. 1923.) — On sait que l'on a dans la lèpre obtenu quelques succès avec les sels des acides gras non saturés de l'huile de Chaulmoogra ou de l'huile de foie de morue. Pour Rogers il y aurait exaltation du pouvoir lipasique du sérum, répondant à l'action expérimentale de ces sels sur l'activité lipasique d'un extrait pancréatique. Il était tentant de les essayer dans la tuberculose, et Rogers aurait eu quelques résultats cliniques intéressants dans des tuberculoses chirurgicales.

M. LÉON-KINDBERG.

IV. THÉRAPEUTIQUE. PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL. CHIRURGIE

Artificial pneumothorax in tuberculosis. (J. SINGER. *Amer. Journ. med. sc*, janv. 1923.)

Reflections upon nine and one half Years's experience with artificial pneumothorax. (P. H. RINGER. *New-York med. Journ.*, 3 janv. 1923.)

The advantages and disavantages of artificial pneumothorax in the treatment of pulmonary tuberculosis. (BURRELL. *Tubercle*, avril 1923.)

The advantages and disavantages of artificial pneumothorax in the treatment of pulmonary tuberculosis. (SOLTAN. *Tubercle*, avril 1923.)

Beobachtungen und Dauererfolge in der Pneumothorax

behandlung der Lungentuberkulose. (UNVERRICHT. *Münch. med. Woch.*, 13 avril 1923.)

Notes on artificial Pneumothorax. (B. HUDSON and J. MANNIE. *Brit. Journ. of tub.*, juillet 1923.)

Treatment of pulmonary tuberculosis by means of artificial Pneumothorax. (R. W. MATSON, R. C. MATSON and M. BISAILLON. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1er sept. 1923.)

Articles de généralités. L'unanimité tend évidemment à se faire parmi les phtisiologues : le pneumothorax est à l'heure actuelle notre arme de beaucoup la plus puissante, sinon la seule partout où il est applicable. Retenons de l'ensemble imposant des observations et statistiques accumulées depuis plusieurs années la tendance de plus en plus nette à ne pas le considérer comme une ultime ressource, mais à le proposer de bonne heure. Retenons aussi l'amélioration générale des statistiques : encore ne doit-on pas les considérer en bloc. Dans une série de 77 cas de Unverricht, concernant des malades à collapsus total, on compte 40 p. 100 de guérison complète après sept ans. Enfin, retenons aussi la variabilité infinie des cas : le traitement, nous dit Burrell, est « individuel », on ne peut avoir que de très générales directives.

M. LÉON-KINDBERG.

Le pneumothorax guérit-il la phtisie? (R. BURNAND. *Presse méd.*, 26 mars 1924.) — Étude très détaillée de 237 malades soignés et suivis personnellement par l'auteur depuis 1911. Une telle étude est donc particulièrement suggestive. Mais il faut pour interpréter les chiffres et leur donner leur valeur exacte se rappeler : 1° que dans les premières années, Burnand ne tentait le collapsus que dans des cas extrêmement graves, en dernier recours ; à l'heure actuelle il en étend de plus en plus les indications, comme d'ailleurs, nous venons de le voir, tout phtisiologue rompu à la méthode ; 2° dans les décès, il existe un certain nombre de cas où la mort est survenue après plusieurs années de vie normale, ce qui est déjà un considérable succès. Ceci dit, sur 237 malades, Burnand en compte à l'heure actuelle 129 vivants, 82 décédés, 25 dont le sort est inconnu. Sur les 129 vivants, 101 constituent de « bons cas » (c'est le 40 p. 100 environ auquel parviennent, comme nous-même, la plupart des auteurs) dont 61 avec capacité de travail complète ; 20 ont un pneumothorax abandonné depuis plus ou moins longtemps; certains poumons ont repris leur complète transparence et ne se distinguent à aucun degré d'un poumon normal. Il est donc permis de parler de guérison de la phtisie, et de guérison non exceptionnelle.

Burnand fait à propos de ses observations un certain nombre de remarques : le résultat définitif dépend moins de la gravité que de l'unilatéralité des lésions ; il insiste sur la durée de trois ans qui doit être un minimum. Enfin, il insiste sur les avantages sociaux : reprise plus ou moins rapide du travail, cure ambulatoire, stérilisation rapide de l'expectoration chez un bon nombre de sujets, etc.

M. LÉON-KINDBERG.

So called selective collapse in artificial Pneumothorax. (H. HENNELL and P. STIVELMANN. *Amer. Revue of tub.*, 5 juillet 1923, t. VII.)

Collapsus pulmonaire partiel dans le pneumothorax artificiel. (M. LÉON-KINDBERG. *Presse méd.*, 15 mars 1924.)

On sait qu'il y a deux ans deux Américains, Barlow et Kramer, ont prétendu renouveler toute la méthode de Forlanini (cf. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 941) : ne recherchant et n'obtenant que des compressions partielles, ils n'hésitent pas à intervenir dans presque tous les cas de tuberculose, voire à faire souvent des pneumothorax bilatéraux. De telles affirmations avaient soulevé quelque scepticisme. Hennell et Stivelmann ont repris la question expérimentalement : et ils ont vu que si dans l'insufflation ce sont bien les parties saines qui se compriment les premières, par contre les parties lésées sont moins réexpansibles lorsque le gaz se résorbe graduellement. Appliquant ce résultat à la clinique, ils recherchent de façon précoce la réexpansion avec activité fonctionnelle d'un lobe sain, tout en maintenant exacte la compression du lobe voisin malade. Malheureusement les faits cités et les radiogrammes présentés par les auteurs ne sont pas tous faits pour entraîner la conviction, et de plus il existe trop de faits contradictoires. Tout n'est cependant pas à rejeter dans leurs affirmations : c'est ainsi qu'étudiant à ce point de vue ses cas personnels, Kindberg en a trouvé quatre qui répondent au « selective collapse » des Américains; dans trois cas — deux cas de tuberculose, un de dilatation bronchique — le pneumothorax partiel s'établit rapidement, dès après les premières insufflations, réduisant au minimum les troubles fonctionnels, permettant dans un cas la reprise presque immédiate du travail; dans le quatrième cas, il s'agissait de pneumothorax datant de plus d'un an, chez lequel, sans préméditation, on vit se décomprimer le seul lobe primitivement sain, décompression partielle que l'on put respecter par la suite. Dans l'ensemble, si le « sélective collapse » reste rare et chaque fois imprévisible, il peut rendre plus aisée l'application de la méthode de Forlanini, et peut, de temps à autre, en étendre les indications.

M. LÉON-KINDBERG.

Les paradoxes du pneumothorax thérapeutique : hémoptysies de compression, foyers évolutifs dans le poumon comprimé. (A. PIGUET et A. GIRAUD. *Presse méd.*, 16 avril 1924.) — Conformément à l'expérimentation qui montre, chez le lapin par exemple, que le poumon collabé se tuberculise comme l'autre; il peut y avoir chez l'homme, au sein du poumon comprimé, des poussées évolutives qui se traduisent par des hémoptysies ou des processus ulcératifs. Les accidents, infiniment moins graves que la bilatéralisation des lésions, sont du reste exceptionnels et n'empêchent nullement Piguet et Giraud d'être parmi les plus chauds partisans du Forlanini.

M. LÉON-KINDBERG.

Zur endothorakalen Pneumolyse. (KORBSCH. *Münch. med. Woch.*, 8 juin 1923.) — La section des adhérences, selon la méthode de Jakobœus, permet, dans le pneumothorax artificiel, d'achever dans certains cas l'action de la compression gazeuse.

M. LÉON-KINDBERG.

Le traitement du pneumothorax ouvert par la thoracoplastie extrapleurale. (F. DUMAREST et A. FARJON. *Presse méd.*, 19 mars 1924.) — On sait que la fistule pleurobronchique est une des plus graves complications du pneumothorax artificiel : il n'existe pas de traitement médical, la pleurotomie simple n'est qu'un palliatif, l'oléothorax ne paraît pas tenir les promesses qu'on avait un moment pu fonder sur lui; en vue : 1° de supprimer la cavité suppurante par l'accolement des parois ; 2° de reconstituer le collapsus thérapeutique des lésions pulmonaires causales, Dumarest a tenté la thoracoplastie extrapleurale, en un temps, intéressant toutes les côtes y compris la première.

Il en rapporte cinq observations avec trois guérisons. Sur les deux décès, l'un se produisit trois jours après l'opération ; dans l'autre l'épanchement se reforma avec persistance de la fistule.

M. LÉON-KINDBERG.

Observations on the treatment of pulmonary hemorrhages by artificial Pneumothorax. (M. J. FINE. *Tucercle*, fév. 1923.) — La compression gazeuse est le meilleur et souvent le seul traitement des hémoptysies graves; il est rare, du reste, que l'hémorragie soit bilatérale. Souvent une seule insufflation est suffisante.

M. LÉON-KINDBERG.

Pneumothorax artificiel et changement d'altitude. (Ch. MANTOUX. *Revue de la tub.*, 1923, t. IV, n° 6.) — Un malade est insufflé à Chamonix (altitude, 1.042 mètres; pression barométrique, 712 millimètres); on lui insuffle 310 centimètres cubes d'azote avec une pression terminale de + 9. Il excursionne en chemin de fer au Montenvers (altitude, 1.914 mètres; pression, 656 millimètres); là il n'éprouve qu'une gêne respiratoire momentanée, on entend du côté opposé quelques frottements pleuraux, on trouve une pression intrapleurale de + 17. Il redescend à Chamonix : les frottements ont disparu, on trouve une pression intrapleurale de 0 qu'on ramène à + 9 avec 100 centimètres cubes d'azote. Cette curieuse observation démontre bien la rapidité d'adaptation à l'altitude du pneumothorax artificiel; celle-ci s'obtient par résorption du gaz intrapleural, gaz qui n'est pas récupéré à la descente. Il convient cependant de conseiller la prudence, car dans une observation parallèle de Petz (que

nous avons rapportée in *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 57) la mort suivit une ascension rapide de 265 mètres à 1.220 mètres. Il est vrai que la différence barométrique était dans ce cas de 86 millimètres au lieu de 56. M. LÉON-KINDBERG.

Surgical treatment in cases of pulmonary tuberculosis. (H. M. DAVIES. *Brit. med. Journ.*, 27 janv. 1923.)

Surgery in the treatment of pulmonary tuberculosis. (C. RIVIÈRE. *Lancet*, 17 mars 1923.)

Thoracoplastic compression of the lung in pulmonary tuberculosis. (BROWN and ELŒSSER. *Arch. int. med.*, 15 mai 1923.)

Recent phases of thoracic surgery. (GRAHAM. *Journ. amer. med. Assoc.*, 23 juin 1923.)

Discussion on the present position of the surgical treatment of pulmonary tuberculosis. (GRAVESEN. *Brit. med. Journ.*, 22 sept. 1923.)

Ueber die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose. (G. BAËR. *Klin. Woch.*, 1923, n° 34.)

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. (A. COURCOUX et B. DESPLAS. *Revue de la tub.*, 1923, t. IV, n° 6.)

Surgical intervention in pulmonary tuberculosis. (ELŒSSER and KING BROWN. *Amer. Revue of tub.*, fév. 1924, t. VIII, n° 6.)

Les succès incontestables du pneumothorax artificiel devaient inciter à rechercher le collapsus et l'immobilisation du poumon par d'autres voies lorsque l'insufflation intrapleurale était impossible ou inefficace. Ces interventions, inaugurées par Brauer, puis par Sauerbruch, se multiplient à l'heure actuelle et sont l'objet de nombreux travaux critiques. Trois ordres d'opération ont été proposées : l'exérèse du phrénique, certainement insuffisante à elle seule; la compression pulmonaire extrapleurale (par plombage paraffiné, par greffe graisseuse, etc.) qui paraît de moins en moins employée; enfin, le Sauerbruch type, thoracoplastie totale avec section de toutes les côtes y compris la première, faite en un ou deux temps. Il semble que ce soit l'intervention de choix : tous les chirurgiens et phtisiologues qui l'ont pratiquée en ont connu des succès inespérés, et les quatre malades présentés récemment à la Société médicale des hôpitaux de Paris par Ameuille et Lardennois (30 nov. 1923) en illustrent nettement la portée. Mais il ne faut pas se dissimuler que c'est une opération à la fois très dramatique, très choquante et très grave et qui laisse une mutilation importante. Il faut pour la décider être sûr, et de la résistance du sujet et de la très stricte unilatéralité des lésions : il faut sur ce point être autrement intransigeant que dans la décision d'un pneumothorax. Enfin, il faut considérer le milieu où l'on opère : en particulier le milieu hospitalier parisien exposerait, selon Courcoux et Desplas, à des désastres. Ce ne peut donc être qu'une intervention rare; mais le cas échéant, tous risques bien pesés, il ne faut pas hésiter à y avoir recours; dans une série particulièrement heureuse, Elœsser et Brown, sur 10 cas, ont 3 guérisons définitives avec reprise du travail et 4 grandes améliorations; il n'ont eu aucun décès.

M. LÉON-KINDBERG.

Zur Frage der Phrenikotomie als Therapie der Lungentuberkulose. (FRISCH. *Klin. Woch.*, janv. 1923.)

Kritische Bemerkungen zur Behandlung von Lungenerkrankungen durch Künstliche Lähmung des Zwerchfelles. (SAUERBRUCH. *Münch. med. Woch.*, 1er juin 1923.)

Indikationen und Erfolge der radikalen Prenikotomie. (H. FISCHER. *Klin. Woch.*, 1923, n° 12.)

Zur Phrenikotomiefrage. (H. SCHULTZ-TIGGES. *Zeit. f. Tub.*, juillet 1923, Bd XXXVIII, h. 4.)

Zur Kombinierten chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose. Phrenikusexairese und Pneumothorax. (ZADEK. *Med. Klin.*, 1923, n° 29.)

Der Einflusz der Phrenikusexairese auf Stand und Beweglichkeit der Zwerchfelles. (E. LANDE. *Zeit. f. Tub,*, mars 1924, Bd XXXIX, h. 6.)

La phrénicotomie est une des opérations proposées pour suppléer au pneumothorax impossible. On s'aperçut bien vite que la simple section était insuffisante : il faut l'exérèse de plusieurs centimètres du tronc nerveux. Surtout la paralysie de l'hémidiaphragme n'entraîne pas le repos complet du poumon de ce côté et ne peut donc arrêter une évolution tuberculeuse. Par contre, dans les cas d'adhérences surtout de la base rendant incomplet le collapsus, la phrénicotomie s'est montrée une très utile opération complémentaire du Forlanini. Elle est de plus parfaitement bénigne. Pour Zadek, la combinaison pneumothorax-phrénicotomie serait même à recommander en principe : elle permettrait d'espacer très vite les réinsufflations et ferait courir moins de risque lors de la réexpansion pulmonaire. Il nous paraît que son rôle complémentaire doive être seulement retenu, surtout dans les lésions du lobe inférieur insuffisamment affaissées.

M. LÉON-KINDBERG.

« Lung splinting » in the treatment of pulmonary tuberculosis. (H. STEWART. *Brit. med. Journ.*, 10 mai 1923.) — Dans les cas où le pneumothorax était impossible, l'auteur a eu l'idée d'immobiliser l'hémithorax malade par un appareil à sangles et leviers. Il y ajoute souvent l'excision d'une portion de la deuxième côte. M. LÉON-KINDBERG.

Die intrapleurale chemotherapie der Lungentuberkulose. (HEILMANN. *Münch. med. Woch.*, 13 avril 1923.) — Le tubercule étant avasculaire, ce n'est que par la voie lymphatique que la chimiothérapie peut espérer l'atteindre. Pour Heilmann, la vaste surface pleurale est une idéale et directe voie d'absorbtion : il a essayé des injections de petites quantités (pour échapper à la pesanteur et mieux tapisser la plèvre) d'une solution à 2 p. 100 de diméthylglycolate de cuivre, et en aurait eu quelques résultats que nous ne pouvons apprécier. M. LÉON-KINDBERG.

Climate in the treatment of pulmonary tuberculosis. (H. SCHWATT. *New-York med. Journ.*, 3 janv. 1923.)

Les cures climatiques et hydrominérales chez les tuberculeux pulmonaires. (Léon BERNARD. *Presse méd.*, 3 nov. 1923.)

Il n'y a aucun climat « idéal toute l'année » pour toute tuberculose. Chaque climat a ses avantages, chaque malade pose ses indications. On trouvera, en ce qui concerne la France, dans l'article de Léon Bernard les raisons qui peuvent dans tel ou tel cas guider notre choix.

M. LÉON-KINDBERG.

A case of diabetes complicating chronic pulmonary tuberculosis treated with insulin. (L. HART and ERCHAL CREEL. *Amer. Revue of tub.*, août 1923, t. VII, 6.)

The treatment of severe diabetes complicated by severe tuberculosis with insulin. (D. SAMSUM. *Amer. Revue of tub.*, août 1923, t. VII, 6.)

Il ne faut pas hésiter à recourir à l'insuline dans le cas d'association tuberculose et diabète : elle permet avant tout de nourrir le tuberculeux selon les règles habituelles; « il redevient aussi curable, nous dit Samsum, que s'il n'y avait pas eu de diabète. M. LÉON-KINDBERG.

XXXVIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE[1]

(Paris, 12-15 mai 1924.)

COMMUNICATIONS ET PRÉSENTATIONS

Etude cyto-bactériologique expérimentale de l'immunité locale oculaire. — M. CARRÈRE (de Montpellier), s'inspirant des travaux de Besredka, démontre que : 1° par l'inoculation d'un vaccin approprié dans le sac conjonctival, il est possible en vingt-quatre à quarante-huit heures d'immuniser l'œil contre les inoculations dans la cornée ou dans la chambre antérieure de cultures microbiennes qui provoquent dans l'œil

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 46, p. 765.

témoin une infection plus ou moins grave, ce mode de vaccination protège, par contre, l'inoculation de cultures microbiennes dans le vitré; il s'agit d'une immunité seulement localisée à l'œil qui a reçu le vaccin; 2° L'inoculation sous-conjonctivale de vaccin approprié protège l'œil contre l'inoculation dans la cornée ou la chambre antérieure de cultures microbiennes qui provoquent dans l'œil témoin une infection plus ou moins grave, ce mode de vaccination ne protège pas contre l'inoculation dans la cornée ou la chambre antérieure de cultures microbiennes qui provoquent dans l'œil témoin une infection plus ou moins grave; ce mode de vaccination ne protège pas contre l'inoculation d'épreuve dans le vitré, seule la vaccination par inoculation dans la chambre antérieure paraît protéger contre l'inoculation d'épreuve dans le vitré.

Instrumentation et technique de l'opération de la cataracte à la double pique. — M. Jean SÉDAN (de Marseille). L'incision de la cornée avec deux piques introduites simultanément dans la chambre antérieure permet une section, très biseautée, à coaptation immédiate et très régulière, l'œil restant tendu et résistant pendant tout le temps de la manœuvre, ce qui n'est pas réalisé dans la technique à la simple pique avec agrandissement latéral. Le professeur Aubaret (de Marseille), qui l'utilise depuis août 1923, l'associe à l'extraction simple. Utiliser deux piques à tranchants et piquants parfaits ayant au sommet un angle de 60° et une longueur de 12 millimètres. Il persiste parfois un petit pont cornéen intermédiaire que l'on sectionnera au couteau de Graefe boutonné.

Sédan a publié en avril 1924 les beaux résultats obtenus par l'association de cette technique et de la phaco-érisis (extraction de la cataracte par la ventouse aspirante érisiphaque de Ignatio Barraquer).

Opération de la cataracte au double couteau lancéolaire. Indications et résultats. — M. le professeur AUBARET (de Marseille) démontre que son procédé d'opération des cataractes aux doubles piques est dans la tradition de la méthode primitive découverte par Daviel à Marseille et dont approche le bi-centenaire.

Il démontre que ce procédé consacre désormais d'une manière définitive l'emploi des piques et prononce la condamnation sans appel du couteau droit. Il étudie les indications du procédé à doubles piques et indique qu'il ne doit pas substituer ni s'opposer à l'usage de la simple pique. Il en étudie les résultats sur plus de 150 opérations récentes de cataractes et montre la part qui doit être faite désormais à la méthode de l'extraction totale par l'érisiphaque de Barraquer.

La kystectomie large dans l'opération de la cataracte. — M. ROCHON-DUVIGNEAU (de Paris). L'ablation large à la pince de la cristalloïde antérieure doit être préférée à la descision de cette capsule dans le but d'éviter les cataractes secondaires immédiates ou tardives.

Le déterminisme morpho-physiologique dans les maladies des yeux. — M. ROSSI (de Naples).

Ophtalmie sympathique guérie, amblyopie et surdité passagères. — M. PATRY (de Genève).

Anatomie pathologique et pathogénie de l'excavation glaucomateuse. (Projections.) — MM. F. LAGRANGE et BEAUVIEUX (de Bordeaux) ont étudié la nutrition vasculaire de la lame criblée, qui dépend du cercle artériel et non de l'artère centrale de la rétine; la lame criblée présente d'abord de vastes espaces laqués qui se réunissent pour former l'excavation glaucomateuse.

Glaucome aigu traumatique persistant, guérison après iridectomie et alcérectomie. (Présentation d'opérée.) — M. LAVAT (de Paris). Glaucome aigu, très douloureux, traumatique, peu amélioré par les myotiques, par l'iridectomie. Une sclérectomie n'empêche pas une nouvelle hypertonie qui ne cède définitivement aux myotiques qu'après une paracentèse cornéenne.

Symptômes objectifs et subjectifs de la rétinite exsudative maculaire sénile au début. — MM. H. COPPEZ et M. DANIS (de Bruxelles). Le scotome central rapidement progressif ne s'accompagne au début que de lésions ophtalmoscopiques à peine perceptibles, saillie vésiculeuse recouvrant quelques taches jaunâtres.

Chorio-rétinite maculaire et hérédo-syphilis de deuxième génération. — M. René ONFRAY (de Paris) rapporte une observation de choro-rétinite unilatérale survenue chez une jeune fille issue de grands-parents paralytiques généraux et dont toute la famille a été étudiée au point de vue sérologique. Le Wassermann chez cette malade a été momentanément positif, le liquide céphalo-rachidien était normal. Il s'agissait, sans discussion possible, d'une hérédo-syphilis de deuxième génération. L'auteur pense qu'il y a à la deuxième génération deux catégories de cas, dans les uns (kératite interstitielle) le spirochète a été transmis aux petits enfants par une mère atteinte d'hérédo-syphilis violente; dans les autres, comme celui de la malade, on ne peut que constater une sensibilisation humorale prédisposant à des infections spirillaires banales.

Transsudats choroïdiens aigus et décollements de la rétine. — M. KALT (de Paris) a observé dans un œil myope, dont la vision se réduisit brusquement à la perception des doigts, une tumeur choroïdienne simulant un sarcome, s'accompagnant de décollement rétinien, huit jours après cette tumeur avait disparu, le décollement rétinien persiste, ce fait permet de penser que l'hypothèse de l'œdème choroïdien provoquant le décollement est exacte.

Décollement de la rétine. Fièvre typhoïde, guérison. — M. GRIBERT (de Laroche-sur-Yon).

Complications oculaires du paludisme. — MM. WORMS et J. PESME (de Paris).

Des types histologiques du rétinocytome (gliome de la rétine) et leur importance au point de vue du pronostic. (Projections.) — M. MAWAS (de Paris).

Note sur la nature des cellules du gliome de la rétine. (Projections.) — M. ASCINE (de Bilbao).

Considérations anatomiques sur le neuro-épithéliome rétinien. (Projections.) — MM. JEANDELIZE et CORNIL (de Nancy).

Cancers intraoculaires méconnus. Radiothérapie ou curiethérapie orbitaires préventives. — M. CAZALIS (de Béziers).

Exophtalmie inflammatoire et hypertension orbitaire. — M. ROLLET (de Lyon).

Double stase papillaire. Ponction du IIIe ventricule à travers le corps calleux. Guérison. (Présentation d'opéré.) — M. BOURGUET (de Paris).

Troubles fonctionnels des nerfs optiques et infection subaiguë et latente des fosses nasales, sinus sphénoïdaux et cavum rhinopharyngien. — M. VINSONNEAU (d'Angers).

Lésions des sinus postérieurs dans les névrites optiques. Etude clinique et thérapeutique. — M. LIÉBAULT (de Paris).

Sur l'abortion du phlegmon de l'orbite. — M. A. TERSON (de Paris).

Sarcome lymphoïde sinuso-orbitaire. (Projections.) — M. VELTER (de Paris).

Tumeur de l'hypophyse. Opération par voie endonasale. (Présentation d'opéré.) — M. BOURGUET (de Paris).

Traitement des lésions hypophysaires par la radiothérapie profonde. — M. VILLARD (de Montpellier).

Traitement des affections oculaires syphilitiques par les sels de bismuth. — M. VEDJOWSKI (de Brno).

Essai de tuberculinothérapie par ingestion en thérapeutique oculaire. — M. AUBINEAU (de Nantes).

J. DAIRIEUX.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS HÉPATO-BILIAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE[1]

Cholécystites chroniques. — Ne se manifestent ordinairement, au cours d'un examen méthodique que par de la sensibilité vésiculaire, et de légers troubles dyspeptiques.

On a aussi décrit une forme hydropique et une forme scléro-atrophique comme dans la lithiase.

3° Complications survenant en dehors d'une typhoide diagnostiquée. — Toutes les complications que nous venons de décrire se voient au cours d'une typhoïde en évolution et dûment diagnostiquée.

A côté de ces faits, il faut en placer d'autres qui n'ont été isolés et compris que depuis l'ère bactériologique.

On peut voir, en effet, des ictères infectieux survenir chez des individus apparemment sains et pour lesquels on ne peut légitimement faire le diagnostic de complication typhique; et cependant il s'agit d'ictères dus au bacille d'Eberth ou aux bacilles paratyphiques. Il est probable que dans ces cas la phase septicémique a passé inaperçue et que seule, la manifestation hépatobiliaire, qui en est la conséquence, apparaît.

Même explication pour certaines cholécystites à bacilles d'Eberth ou à paratyphiques apparaissant primitivement et qui rentrent dans le cadre de ce que Bezançon et Philibert ont appelé : formes extra-intestinales de l'infection éberthienne. Dans certains cas on retrouve bien, dans les antécédents du malade, une typhoïde; mais il y a eu un intervalle considérable de bonne santé (plusieurs semaines, plusieurs mois même) entre la maladie causale et la complication qui semble alors primitive.

Séquelles hépato-biliaires de la typhoïde. — De nombreux auteurs (Dupré, Gilbert et Girode, Tuffier) ont incriminé la typhoïde comme facteur de lithiase biliaire ; quelques arguments qui plaident dans ce sens sont à retenir.

a. Au centre de calculs biliaires, on a pu déceler la présence de bacilles d'Eberth.

b. On a injecté des bacilles d'Eberth dans les voies biliaires de cobayes, et on a ainsi provoqué la formation de calculs.

Mais pour Chauffard, le rôle de la typhoïde dans l'étiologie de la lithiase biliaire est des plus minimes ; il n'a pas trouvé que la typhoïde fût particulièrement fréquente dans les antécédents des lithiasiques.

Comme autres « séquelles de la typhoïde » on a décrit aussi des *ictères infectieux chroniques* (Hayem) et des *cirrhoses biliaires splénomégaliques* (Gilbert et Lereboullet).

Anatomie pathologique. — A l'autopsie d'un typhique mort dans les premiers jours de la maladie, on trouve que le foie est d'apparence normale, ou qu'il est seulement un peu congestionné.

Si la mort a été tardive, on trouve ordinairement le foie décoloré, pâle et grisâtre, de consistance molle. Si la mort a été très tardive le foie peut être trouvé gras.

On peut trouver de plus :

Des *ecchymoses sous-capsulaires* de volume variable (Legry).

Des *taches blanches* caractéristiques du foie infectieux.

Des *nodules de Wagner*, petits corpuscules mous grisâtres, brillants, sans membrane enveloppante.

Au microscope on y trouve des noyaux en abondance; Legry considère que ce sont des débris de cellules hépatiques.

Histologie. — On trouve des lésions cellulaires plus ou moins importantes : dégénérescence granulo-graisseuse, moins considérable que ne le ferait supposer l'aspect macroscopique. On peut voir aussi de la tuméfaction trouble, ou de la tuméfaction transparente, de la prolifération nucléaire, de la nécrose de coagulation.

Toutes ces lésions sont à prédominance périportale.

Dans les espaces portes on voit parfois des travées leucocytiques. Les veines sont quelquefois touchées ; les artères le sont rarement, les canaux biliaires sont intacts.

En résumé, il s'agit de lésions d'*hépatite diffuse* dont l'importance et l'étendue sont plus ou moins considérables, selon les cas.

Quant aux abcès du foie, ils sont rares, l'étude clinique nous l'a montré; ce sont les *petits abcès multiples* que l'on rencontre le plus souvent. Les lésions anatomo-pathologiques n'en ont rien de particulier.

Les voies biliaires. — La *bile* est diminuée de quantité, pâle, décolorée, fluide et de faible densité.

Vésicule. — On trouve tous les degrés de cholécystite depuis la cholécystite catarrhale jusqu'à la cholécystite purulente et la cholécystite perforante. On trouve, dans ce dernier cas, les parois amincies avec des ulcères non perforants disséminés.

Canaux biliaires. — Ce sont les *gros canaux* qui sont pris. Les lésions comme intensité étant parallèles à celles de la vésicule.

Il y a quelquefois oblitération plus ou moins complète des canaux cystique et cholédoque avec distension de la vésicule préparant la perforation.

Pathogénie. — Toutes les manifestations anatomiques et cliniques que nous venons d'étudier prouvent surabondamment que le foie est souvent touché dans la typhoïde : l'étude bactériologique montre qu'il est toujours infecté par le bacille d'Eberth. Chantemesse et Widal, Gilbert et Gnode, Dupré, Gilbert et Dominici ont toujours trouvé, à l'autopsie des typhiques, du bacille d'Eberth dans la bile de la vésicule. C'est là la constatation princeps dont on est parti pour établir l'importance et le rôle de l'infection éberthienne des voies biliaires. Il est probable que les bacilles sont amenés par voie sanguine dans les parois de la vésicule, formant une localisation typhique *secondaire* comme il s'en produit dans l'intestin; puis ils infectent la bile.

Cette conception de l'infection descendante ne s'est pas imposée d'emblée. Des expériences anciennes de Gilbert et Dominici avaient paru plaider contre elle ; ces auteurs avaient obtenu des cholécystites suppurées en injectant des cultures d'Eberth dans le cholédoque d'animaux. Mais la théorie de l'infection descendante s'imposa bientôt. Les expériences de Lemierre et Abrami furent en sa faveur. Des injections intraveineuses furent faites à des lapins; les animaux étant sacrifiés au bout de *vingt-quatre* ou *quarante-huit heures*, on ensemençait leurs organes, et on constatait que la bile contenait le bacille d'Eberth. Au contraire, en faisant ingérer des cultures, on n'obtenait jamais d'infection de la bile et des voies biliaires.

En faveur de cette idée que les microbes sont amenés aux voies biliaires par la circulation plaident encore les faits suivants : *a.* Des examens anatomo-pathologiques de cholécystites typhiques ont montré des amas microbiens dans la muqueuse et la sous-muqueuse; *b.* Sur un lapin dont on a lié la cystique, on fait une injection intraveineuse de bacilles d'Eberth : on retrouve le bacille dans les parois de la vésicule. La présence de bacilles dans l'intestin s'explique donc en grande partie par l'apport incessant d'une bile infectée. Ce n'est pas la seule voie cependant; et il faut tenir compte aussi de l'élimination, à travers la muqueuse intestinale, de bacilles amenés par la voie sanguine; des expériences de contrôle avec ligature préalable du cholédoque l'ont prouvé.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Luxeuil-les-Bains et ses environs, guide historique, médical, touristique, par le docteur L.-M. Pierra, médecin consultant à Luxeuil. In-8 coquille de 144 pages avec cartes, plans et dessins originaux. — Prix : 6 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 45, p. 752.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 7 fr.	— 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 10 fr.	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Rhenter.

UNE FÉDÉRATION DES EXTERNES DES HOPITAUX DE FRANCE. — Le 4 juin 1924, à Bordeaux, a eu lieu une réunion des délégués des associations des externes de Paris, Bordeaux, Lyon, Marseille, Toulouse, Nantes. Ils ont posé le principe de la création d'une Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France. Les statuts de cette future Fédération ont été établis dans leurs grandes lignes. Ont été mises à l'ordre du jour d'un prochain Congrès qui aura lieu à Paris au début de 1925 les questions et les vœux suivants :

1° Assurance, conclue par l'administration, contre les risques professionnels des externes;

2° Les soins gratuits pour toutes les maladies contractées en service; le traitement maintenu pendant la durée de celles-ci;

3° Un traitement suffisant pour tous les externes de tous les hôpitaux de France (il en est qui touchent 8 fr. 33 par mois);

4° Un mois de vacances payé entre juillet et octobre; huit jours à Pâques, huit jours à Noël dans les mêmes conditions (le service devant dans tous ces cas être assuré par la moitié de l'effectif normal des externes);

5° Dans l'intérêt des malades, le nombre des externes admis au concours ne devra pas excéder les deux tiers du nombre des candidats prenant part aux épreuves; pour pourvoir, si besoin en est, au nombre total des places, que soient nommés pour un an des provisoires n'ayant pas le droit de concourir à l'internat, mais payés et protégés comme les titulaires;

6° Un tarif minimum de 40 francs par jour pour les remplacements.

Le bureau du Congrès de 1925 est ainsi composé : président, M. Justin Bezançon (de Paris); vice-présidents : MM. Girou (de Bordeaux) et Cossa (de Paris).

Trois délégués de Lyon, Marseille, Toulouse, un trésorier et un secrétaire parisiens restent à désigner.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire de physique médicale est déclarée vacante.

— STRASBOURG. — La chaire de clinique chirurgicale A est déclarée vacante.

GUERRE. — L'ÉTAT DES OFFICIERS DE RÉSERVE. — Le *Journal officiel* du 12 juin publie un décret ainsi conçu :

« ARTICLE PREMIER. — En attendant qu'une loi spéciale vienne régler l'état des officiers de réserve, les deux cadres des « officiers de réserve » et de « l'armée territoriale » seront réunis en un seul cadre qui sera dénommé « cadre des officiers de réserve ».

ART. 2. — Les règles spéciales fixées par les lois et règlements en vigueur, à l'égard, soit des « officiers de réserve », soit des « officiers de l'armée territoriale », seront applicables au nouveau cadre des « officiers de réserve », ainsi qu'il suit :

Recrutement. — Le recrutement sera assuré dans les conditions fixées par les articles 30 et suivants de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée.

Avancement. — Les dispositions à appliquer seront celles actuellement prévues pour les « officiers de réserve » et les « officiers de l'armée territoriale » par le décret du 10 décembre 1907 et par les règlements spéciaux aux diverses armes et services.

Chaque fois que les conditions imposées pour l'accès à un même grade seront différentes pour les deux catégories d'officiers jusqu'ici distinctes, les conditions à exiger des officiers du nouveau cadre seront les conditions imposées par la réglementation en vigueur à celle des catégories la plus favorisée.

Conseil d'enquête. — Les dispositions du décret du 8 novembre 1903 continueront à être appliquées, compte tenu, pour le choix des deux officiers les moins élevés en grade, de la fusion en un seul cadre prévu à l'article 1er ci-dessus.

Radiation des cadres. — La radiation des cadres sera faite dans les conditions prévues par les dispositions du décret du 31 août 1878 et de la loi du 2 avril 1918, étant entendu que

les dispositions de ce décret relatives, soit au passage des officiers de la réserve dans l'armée territoriale, soit au maintien dans l'ancien cadre des officiers de réserve, cesseront d'être appliquées. »

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. (Professeur : M. Marcel LABBÉ.) — COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION. — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin, médecin des hôpitaux, et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront le mercredi 11 juin 1924, à 3 heures, au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours, à 3 heures, et sera terminé en un mois.

Le montant du droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés dès à présent, jusqu'au 11 juin au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. (Asile Sainte-Anne.) — Un cours de perfectionnement aura lieu à la clinique des maladies mentales, du 30 juin au 5 juillet.

Les leçons seront faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 3 heures. Les principaux sujets traités seront les suivants : Les constitutions. Les manifestations de l'automatisme mental. La démence précoce. Les états schizophréniques. Les variations psychologiques des dégénérés. La périodicité délirante. L'exploration du système neuro-végétatif. La psychanalyse. Notions modernes concernant l'épilepsie. L'hystérie au point de vue psychiatrique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté et auprès de MM. les chefs de clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barrois, médecin radiologiste à Toulon, victime du devoir professionnel; Limichin (de Conty, Somme) et Antoine Marin, médecin principal de la marine.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE. — Les Journées médicales de Toulouse, organisées à l'occasion de l'Exposition des pays latins, auront lieu à la Faculté de médecine du 10 au 13 juillet.

Placée sous les auspices de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, ainsi que du Corps médical et du Corps pharmaceutique toulousains, cette manifestation d'activité médicale et d'expansion régionale comprend dans son Comité d'honneur les personnalités officielles de Toulouse qui se sont toutes vivement intéressées à leur succès.

Dans le Comité d'organisation, à côté du professeur Abelous, doyen de la Faculté de médecine, président; du médecin inspecteur Teissier, directeur du Service de santé du XVIIe corps, vice-président; du professeur Bardier, secrétaire général, figurent tous les présidents et secrétaires généraux des associations médicales de Toulouse (scientifiques ou professionnelles).

Citons parmi les principaux conférenciers et dans l'ordre du programme :

MM. le professeur Bézy : « La puériculture au point de vue social »; le professeur Argaud : « La néoplasie chordale »; le docteur Beckers (de Bruxelles) : « Les acquisitions récentes sur le traitement du cancer du sein »; le professeur Gerber : « La communauté des chirurgiens de Toulouse au XVIIIe siècle »; le médecin inspecteur général de l'armée Vincent, membre de l'Institut : « Le colibacille, agent pathogène »; le docteur V. Pauchet : « Communication avec projection de films chirurgicaux »; le professeur Cestan : « Technique et indications de la sérothérapie intraventriculaire »; le professeur Maurin : « Les principales étapes de la législation pharmaceutique »; le professeur Gley, du Collège de France : « Le problème de la sénescence et la doctrine des glandes à sécrétion interne »; le doyen Abelous : « Les fonctions de la rate »; les professeurs Audebert et Garipuy : « Traitement du cancer du col pendant la grosssesse »; le professeur Sorel : « Médecine légale et police scientifique »; le professeur Serr : « Etude de l'Œuvre hydrologique du professeur Garrigou »; le docteur Molinéry : « L'hydrologie en 1924 »; le professeur Aloy : « L'origine des eaux arsénicales »; le docteur P. Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France : « L'organisation du Corps médical. »

Le dimanche 13 juillet sera constituée une Société d'hydrologie et de climatologie, sous la présidence d'honneur de M. le doyen Sabatier, membre de l'Institut. Le lundi 14 aura lieu une excursion scientifique à Luchon et Superbagnères.

Pendant la durée des Journées, une exposition sera organisée dans les locaux de la Faculté, réservée exclusivement aux produits pharmaceutiques, stations thermales, instruments de chirurgie, appareils, etc.

Les congressistes seront reçus officiellement par la municipalité et seront invités à une soirée de gala au théâtre du Capitole où sera représenté *Le Malade imaginaire* (représentation intégrale).

Des visites artistiques dans Toulouse sont prévues sous la direction des personnalités compétentes. Un Comité de dames sera à la disposition des dames congressistes pour tous les renseignements susceptibles de les intéresser. Il organisera des promenades et des excursions pendant les travaux du Congrès.

Pour tous les renseignements s'adresser à M. le professeur Bardier, secrétaire général, 10, rue Saint-Etienne (cotisation : 10 francs; dames : 5 francs).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 16 JUIN AU 21 JUIN 1924)

THÈSES

Lundi 16 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Legueu, Bernard et Couvelaire. — M. PRIEUR (André). Etat actuel de la question du mal de mer. — M. FRANÇOIS (Elie). Des anomalies du décollement du placenta après l'accouchement. — M. PERRIN (Jean). Résultats éloignés de la prostatectomie sus-pubienne. — M. MARTIN (Robert). Descartes, médecin.

Jeudi 19 juin. — Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Carnot et Villaret. — M. ROUSSEAU (Julien). Syphilis tertiaire de la rate. — M. AXEL (Marcu). Gangrène dans l'intoxication oxycarbonée. — M. MARX (Georges). Etude du chancre syphilitique des gencives. — M. DARDANNE (André). Etude comparée sur la prophylaxie de la blennorragie.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Brindeau, Desgrez et Lecène. — Mlle LABEAUME. Hygiène sociale des enfants du premier âge. — M. LARRIBÈRE (C.). Sur une forme rare de nævus angio-fibromateux de la face. — M. POTEL (Emile). Iode ionisé et iode non ionisé. — M. BARDON (Robert). Etude du traitement des cavités ostéomyélitiques.

Samedi 21 juin. — Jury : MM. Claude, président; Guillain, Roussy et Philibert. — M. ROUSSELIER (Guillaume). Cyclothymie et périodicité neuro-végétative dans les fugues infantiles. — M. MAGNOL (C.). Etude des psychoses observées à la suite de l'ablation des ovaires. — M. MARIE (André). Etude comparée des troubles sensitifs d'origine cérébrale.


PARAFFINE DENSIFIÉE
DU DOCTEUR LE TANNEUR
Viscosité lubrifiante 10 Fois +> que l'Huile.
LAXATIFS
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
2 à 3 Globules le soir (=) 1 Cuill. d'Huile.
GLOBULES LAXATIFS
DU DOCTEUR LE TANNEUR
PARAFFINE DENSIFIÉE
(NOM DEPOSE)
Per Os
AL. LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde — PARIS (8e) R. C. Seine, 15.638

REVUE GÉNÉRALE

LES BRONCHITES DES CARDIO-RÉNAUX

Par le docteur André JACQUELIN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Historique et définition. — Alors que les œdèmes pulmonaires des cardio-rénaux ont fait l'objet de recherches cliniques et physiopathologiques nombreuses, il semble que les accidents bronchitiques de ces malades aient été moins étudiés.

Laënnec dans sa description des catarrhes pituiteux ne paraît pas avoir individualisé ceux qui relèvent d'une insuffisance rénale. Lasègue (17) a confondu dans ses « bronchites albuminuriques » les manifestations les plus disparates : bronchites, bronchopneumonies, œdèmes pulmonaires, voire même infarctus. Germain Sée (12), en notant le siège ordinaire de la « bronchite albuminurique » aux parties déclives du poumon, a opéré, semble-t-il, le même rapprochement.

Dieulafoy (7) au contraire précisa davantage la notion des bronchites brightiques et montra qu'une « soi-disant bronchite » n'est souvent qu' « un épisode du mal de Bright ».

Huchard et ses élèves Tournier (30) et Picard (28) étudièrent surtout les dyspnées cardiaques et les « dyspnées toxiques d'origine alimentaire ».

Mais c'est seulement à la suite des travaux de Achard et de Widal et de leur école sur la physiopathologie des néphrites que les épreuves de chloruration et de déchloruration permirent à F. Bezançon et S. I. de Jong (1) d'établir de manière rigoureuse la nosographie des catarrhes pituiteux et des bronchites albuminuriques.

Le rôle des éliminations chlorurées bronchiques de décharge a été encore confirmé par la notion des rhinopharyngites de même nature; déjà mentionnées par Fauvel (9) Lasègue (16) Dieulafoy (8) c'est Jacquet (14) qui le premier a rapporté à la rétention chlorurée un cas de coryza apparu chez un albuminurique. Puis Lermoyez (18) et récemment H. Flurin (10) et son élève Ragouneau (29) ont confirmé l'importance et la fréquence relative de ces faits.

Parallèlement à ces travaux sur les bronchites chroniques chlorurémiques, l'asthme cardio-rénal fut étudié dans ses rapports avec l'insuffisance ventriculaire gauche par P. Merklen (25), Lian (24), Vaquez (31).

Nathan (26) insista sur le rôle du terrain pulmonaire ancien dans l'orientation des accidents du brightisme vers le type respiratoire.

Récemment enfin, F. Bezançon, S.-I. de Jong et A. Jacquelin (3) ont repris l'étude du syndrome de l'asthme cardio-rénal, insistant sur sa fréquence par rapport au grand œdème aigu du poumon, sur ses caractères, sur sa pathogénie. Ils ont en outre noté, chez un grand nombre de cardio-rénaux avérés et latents, l'influence de la chloruration expérimentale sur les phénomènes bronchitiques de ces malades (4).

Gallavardin (11), reprenant dans une étude d'ensemble, le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, a confirmé ces faits.

Il faut encore mentionner les recherches de divers auteurs anglais [Lewis (21) Ryffel, Wolff, Cotton et Barcroft (22)], qui attribuent la dyspnée paroxystique nocturne à l'acidose sanguine des cardio-rénaux. C'est aussi à une origine humorale que les observations récentes de Lhermitte, Cornil et Peyre (23) tendraient à rattacher cette dyspnée.

Nous aurons l'occasion de revenir sur la plupart de ces travaux. Quoi qu'il en soit, leur orientation succinctement évoquée montre qu'il faut étudier aux bronchites des cardio-rénaux :

I. Une forme aiguë, paroxystique, très dyspnéisante, voisine de l'asthme vrai; c'est l' « asthme cardio-rénal ».

II. Des formes chroniques, tenaces, constituées par une hypersécrétion hydro-muqueuse ou mucopurulente, sans dyspnée marquée.

Ces manifestations proprement bronchitiques sont à distinguer des dyspnées sine materia des cardio-rénaux d'une part et des œdèmes pulmonaires d'autre part, avec lesquels elles ont été parfois confondues.

Symptômes. — I. L' « asthme cardio-rénal » avec bronchite aiguë simple. — L'accès paroxystique de dyspnée asthmatiforme des cardio-rénaux survient en général de la manière la plus brutale : un malade qui n'accusait la veille de la crise qu'une oppression très légère, un peu de toux et d'abattement, est réveillé vers une heure ou deux heures du matin par une gêne respiratoire extrême qu'aggrave une toux quinteuse très pénible. Cette soif d'air rappelle absolument celle de l'asthme vrai, et, au premier examen, les symptômes observés paraissent bien être ceux de cette affection.

Assis en orthopnée, le cardio-rénal met en jeu tous ses muscles respiratoires; son thorax est dilaté, et, hypersonore, paraît présenter cet état de distension qui se manifeste dans presque tous les grands paroxysmes dyspnéiques. A la palpation les vibrations vocales sont normales. A l'auscultation on perçoit une pluie de râles musicaux, ronflants et sibilants, disséminés dans toute l'étendue des champs pulmonaires. Quant aux bases, elles sont libres, et l'examen le plus attentif ne peut y déceler le moindre râle sous-crépitant fin, ce qui distingue immédiatement ce syndrome de celui de l'œdème aigu du poumon.

Mais ce qui permet vraiment de séparer l'asthme cardio-rénal des états dyspnéiques voisins c'est : 1° le nombre des mouvements respiratoires; 2° l'étude précise de l'expectoration; 3° l'infection trachéo-bronchique aiguë; 4° les symptômes cardio-rénaux; 5° l'évolution du syndrome et les épreuves thérapeutiques.

1° Le *nombre des mouvements respiratoires* est très accru : on en compte par minute 30, 35, 40 et plus; cette tachypnée s'oppose donc à la bradypnée de l'asthme vrai;

2° L'*expectoration* ne manque jamais : elle est abondante et peut atteindre 50, 100, 150 centimètres cubes en quelques heures; mais au lieu d'être séreuse, spumeuse, « saumonnée » comme dans l'œdème aigu, elle a plutôt l'aspect muco-purulent observé dans la bronchite banale. Si on effectue avec ces crachats l'albumino-réaction on n'y découvre que des traces infimes d'albumine. Enfin l'étude cytologique y décèle des polynucléaires neutrophiles en général peu altérés, des réseaux de cellules bronchiques desquamées, mais pas d'éosinophiles. Cette absence de réaction éosinophilique locale va d'ailleurs de pair avec une formule san-

guine dans laquelle le taux des éosinophiles est normal; on ne note dans le pourcentage leucocytaire qu'une tendance légère à la polynucléose en rapport avec l'infection bronchique concomitante.

3° L'*infection trachéobronchique aiguë* saisonnière dont témoignent à la fois les signes stéthoscopiques, l'expectoration et la formule sanguine, se traduit encore par une élévation thermique qui peut atteindre 39 degrés, mais ne dépasse en général pas 38 degrés ou 38°5. Cette infection aiguë légère nous a paru presque constante et nous reviendrons sur son rôle dans la production du paroxysme dyspnéique;

4° Les *symptômes cardio-rénaux* que l'on trouve à la base de ce syndrome sont constitués par de l'hypertension ordinairement considérable, portant à la fois sur la T. Mx et sur la T. Mn (24-11, 26-12 1/2 au Pachon par exemple). Cette hypertension s'accompagne souvent d'une chlorurémie rendue évidente par les œdèmes ou seulement décelée par l'épreuve de chloruration. L'albuminurie est fréquente, ainsi que la cylindrurie. Cette néphrite hypertensive, plus ou moins chlorurémique n'entraîne pas, dans le type clinique actuellement étudié, d'insuffisance cardiaque importante, du moins dans les premières crises d' « asthme cardio-rénal » : le rythme du cœur reste régulier et son accélération ne dépasse pas notablement celle qu'explique l'élévation thermique. L'orthodiagramme dessine un ventricule gauche hypertrophié; mais les cavités cardiaques ne paraissent pas dilatées. Seul un bruit de galop gauche marque le début de la fatigue myocardique. Le foie n'est pas tuméfié, le taux de la diurèse ne paraît pas diminué si l'on tient compte de l'état rénal et de la poussée thermique;

5° L'*évolution de la crise dyspnéique* est généralement plus lente que dans l'asthme vrai; elle se prolonge souvent deux à trois jours, à moins qu'un traitement approprié n'y mette fin. Le traitement constitue, dans les cas d'interprétation difficile, un moyen précieux de diagnostic : la belladone, les antispasmodiques ne calment pas le malade atteint d'asthme cardio-rénal; l'adrénaline est plus efficace mais son action est en général seulement passagère [Mlle Javouhey (14)]. Par contre le véritable traitement de la crise dyspnéique, celui qui amène presque immédiatement sa rétrocession, est la saignée abondante jointe aux ventouses scarifiées largement appliquées sur le thorax.

Tel est l'asthme cardio-rénal, comme nous l'ont montré la plupart de nos observations faites en collaboration avec MM. F. Bezançon et S. I. de Jong (5).

L'évolution lointaine tend à se faire vers la répétition des crises (nous avons pu en suivre jusqu'à six chez le même malade). Mais peu à peu ces crises se modifient, et, si on les étudie seulement à ce stade avancé, on méconnaît leur caractère initial : elles revêtent, en effet, peu à peu l'aspect de l'œdème pulmonaire paroxystique, puis continu, cependant, que s'avère l'insuffisance cardiaque à laquelle, plus ou moins tard, succombe le malade.

II. Les bronchites chroniques des cardio-rénaux. — Ces bronchites s'opposent par la ténacité et la chronicité de leur évolution au caractère aigu, paroxystique de l'accès de trachéo-bronchite passagère qui est à la base de l'asthme cardio-rénal.

La plus typique de ces bronchites chroniques est la bronchite hydro-muqueuse que nous décrirons d'abord d'après le cas princeps de MM. F. Bezançon et S. I. de Jong de 1909 (1) et d'après nos propres observations (13).

1° *Bronchite hydro-muqueuse.* — Cette forme n'est pas très fréquente, quoique en deux années nous ayons pu en réunir 7 cas; mais ses symptômes ont des caractères précis.

Le principal consiste en une *hypersécrétion bronchique d'abondance extrême*, puisque dans un de nos cas, elle atteignait 450 et 500 centimètres cubes par jour, à certains moments. Ces crachats sont presque uniquement hydro-muqueux; nous verrons, en effet, que leur purulence fait presque toujours défaut et que l'absence d'albumine les sépare nettement de l'expectoration de l'œdème pulmonaire avec lesquels un examen superficiel risque de les confondre.

Rassemblés dans le crachoir, ils sont formés d'un liquide relativement clair, presque translucide et incolore, au-dessus duquel flottent quelques rares crachats muco-purulents. Ce liquide ressemble beaucoup à du blanc d'œuf non coagulé : il en a la densité et la viscosité, telles qu'il est presque impossible de séparer de la masse totale de l'expectoration les quelques centimètres cubes que l'on veut étudier : quand on incline le récipient qui la contient, sa presque totalité s'écoule d'un seul coup.

Si l'on recherche l'albumino-réaction, on se rend compte que l'acide acétique à froid précipite une quantité considérable de mucine, mais, après filtration, le chauffage ou tout autre moyen de précipitation de l'albumine, fait apparaître un louche insignifiant. Cette expectoration ne renferme donc, du moins pendant très longtemps, que des quantités infimes d'albumine, contrastant avec sa forte teneur en mucine.

A l'examen microscopique, on ne peut y mettre en évidence que quelques cellules de l'épithélium bronchique ou trachéal, de très rares polynucléaires, et pas d'éosinophiles (l'éosinophilie sanguine manque d'ailleurs aussi). Cette pauvreté cellulaire des crachats confirme donc l'absence de purulence que l'examen direct y avait fait constater.

Cette expectoration est le signe dominant de cette forme.

L'*examen du thorax* montre des râles de bronchite ordinairement discrets et, par contre, un degré intense d'emphysème, avec, parfois, comme dans le cas de F. Bezançon et de Jong, une zone apicale de sclérose pulmonaire.

L'*exploration cardio-rénale* révèle souvent des signes évidents d'insuffisance cardiaque marquée qui assombrit le pronostic : l'état fonctionnel, les dimensions de l'ombre orthodiagraphique du cœur, les extrasystoles, la netteté du galop et parfois l'existence d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, avec hépatomégalie douloureuse, indiquent l'importance du retentissement cardiaque.

En ce qui concerne l'état des reins, l'hypertension manque fréquemment, ce qui s'explique bien par l'atteinte myocardique. L'azotémie ne paraît pas entrer en ligne de compte; la chlorurémie, au contraire, semble avoir le rôle essentiel dans l'hypersécrétion bronchique; nous reverrons que la chloruration du régime de ces malades, par ses variations, peut modifier considérablement le taux des crachats : en période de déchloruration ceux-ci dimi-

nuent parfois de moitié, ce qui prouve l'utilité considérable du régime hypochloruré pour améliorer l'état de ces bronchitiques.

L'*évolution* de cette forme de bronchite est relativement grave à cause de l'état précaire de la fonction myocardique. Elle se fait à brève échéance, en général, vers l'insuffisance cardiaque irréductible. C'est à celle-ci bien plus qu'à l'insuffisance rénale que succombent ces malades.

2° *Bronchite muco-purulente.* — Ce type est plus banal; aussi insisterons-nous moins sur sa description. Il s'agit de malades qui plusieurs fois, chaque hiver, sont atteints de poussées aiguës de bronchite. En réalité, un interrogatoire plus précis apprend qu'entre les phases aiguës l'hypersécrétion bronchique ne se tarit qu'incomplètement : même quand on a employé contre elle les traitements habituels des bronchites, la toux et l'expectoration matinale persistent. Cette évolution tenace qui ne cède qu'à la diététique des néphrites, est, nous le reverrons, le meilleur élément de diagnostic de cette forme que sa banalité même risque de laisser méconnaître.

En effet, à l'examen de ces malades, on trouve les signes ordinaires de l'emphysème avec ou sans sclérose pulmonaire d'un sommet et râles sibilants de bronchite. L'expectoration est hydro-muco-purulente : elle est constituée par des crachats jaunes verdâtres qui flottent à la surface d'un liquide clair et que surmonte une spume épaisse. Tantôt la couche de muco-pus est considérable et occupe, par exemple, les 4/5e de l'expectoration, tantôt, au contraire, elle est minime, et, chez un même malade, ces variations peuvent être notées en fonction de la chloruration du régime.

L'examen histo-chimique est celui des bronchites banales. Seul le dosage de NaCl montrerait l'existence des éliminations bronchiques de décharge.

Mais, le plus souvent, c'est seulement l'évolution qui permet d'établir le diagnostic. Après avoir cru à de la tuberculose pulmonaire avec prédominance d'emphysème et multiplié en vain les recherches des bacilles de Koch, après avoir administré sans succès au malade tous les médicaments asséchants de la muqueuse bronchique, on pense à l'origine rénale possible des accidents. On découvre alors une tendance à la chlorurémie que met en valeur l'épreuve de la chloruration. Il y a un peu d'albumine, la tension artérielle est un peu élevée. Ces signes justifient une cure diététique hypochlorurée, dont l'efficacité remarquable confirme le diagnostic jusque-là hésitant.

Diagnostic. — Nous n'insisterons pas sur les difficultés de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu ces manifestations bronchitiques des cardio-rénaux.

En décrivant leurs symptômes, nous avons déjà tenu à mentionner certaines des erreurs d'interprétation auxquelles ils exposent.

Rappelons seulement que la forme aiguë, celle de l'asthme cardio-rénal risque surtout d'être confondue avec l'asthme vrai ou avec l'œdème pulmonaire aigu (*). Pour la distinguer de l'asthme vrai, Vaquez (31) mentionne la fréquence de prodromes dyspnéiques dans les jours qui précèdent la crise, le début généralement plus soudain de celle-ci, le caractère plus violent, plus pénible de l'oppression qu'elle occasionne, la gêne de l'inspiration aussi marquée que celle de l'expiration, la tachycardie plus intense.

Il s'agit là de signes distinctifs souvent légers, dont certains sont inconstants et il nous semble utile de leur ajouter : l'âge ordinairement plus avancé des malades qu'atteint l'asthme cardio-rénal ; la polypnée qui s'oppose à la bradypnée de l'asthme vrai et nous paraît un des meilleurs éléments de différenciation ; l'expectoration qui, au lieu du crachat perlé de Laënnec, bourré de cristaux de Charcot-Leyden et d'éosinophiles, est constituée par des crachats muco-purulents de bronchite banale, sans albumine ; la longue durée des crises ; l'action curatrice de la saignée contrastant avec l'inefficacité des antispasmodiques. Mais il faut se souvenir qu'à côté de cas caractéristiques, dont le diagnostic est facile, nombreux sont les faits de transition, tels ceux dits de l' « asthme intriqué » [F. Bezançon et S. I. de Jong (6)] où, chez les asthmatiques âgés, se constitue sournoisement l'insuffisance cardio-rénale. Nous reverrons, d'ailleurs, à la pathogénie, que, dans l'asthme des cardio-rénaux, l'épine pulmonaire a presque autant d'importance que dans l'asthme vrai, et qu'un mécanisme probablement assez voisin explique les analogies cliniques de ces deux syndromes.

Quant aux œdèmes pulmonaires, ils sont très proches, eux aussi, de l'asthme cardio-rénal, cliniquement et pathogéniquement. Il existe, en effet, entre eux, des cas de transition : ce sont les œdèmes aigus, légers, partiels que décèle une simple dyspnée paroxystique asthmatiforme, et, inversement, les faits d'asthme cardio-rénal qu'une évolution progressive vers l'insuffisance myocardique transforme en poussées d'œdème pulmonaire.

Néanmoins, la démarcation clinique reste facile entre ces deux états; en effet, pour diagnostiquer l'œdème pulmonaire il suffit de trouver, à l'auscultation des poumons, le râle humide et, dans les crachats, l'albumino-réaction positive (à condition de pouvoir éliminer, comme l'a montré Roger, la tuberculose pulmonaire).

Quant aux bronchites chroniques, on ne les prendra ni pour la forme bronchitique de la tuberculose, ni pour les bronchites infectieuses, ni pour la dilatation des bronches à laquelle pourrait faire penser l'abondance des crachats, commune aux deux affections.

Anatomie pathologique. — On connaît mal les lésions locales de ces manifestations bronchitiques des cardio-rénaux. Cependant, dans leur cas de

(*) Nous ne ferons que rappeler la différenciation facile à établir entre l'asthme cardio-rénal et les dyspnées sine materia des cardio-rénaux ; celles-ci n'ont, à vrai dire, pas de frontières très précises, mais, théoriquement au moins, relevant d'une imprégnation toxique des centres nerveux, elles ne s'accompagnent d'aucun signe anormal à l'auscultation des poumons et se séparent par conséquent de la forme typique de l'asthme cardio-rénal. Leur pathogénie a été rapportée par Lewis, Ryffel, Wolff, Cotton et Barcroft à une intoxication acide d'origine hépato-rénale complexe.

Plus récemment, Ch. Laubry et S. Bloch (*Les variétés respiratoires du type de Cheyne-Stokes dans l'insuffisance cardiaque*, *Bull. méd.*, t. XXXVIII, 2 et 5 janv. 1924) ont rapporté plusieurs variétés de rythmes respiratoires voisins du type de Cheyne-Stokes, et qui, chez les insuffisants cardiaques, peuvent être rapprochés des troubles respiratoires périodiques réalisés expérimentalement par Pachon, et rapportés avec vraisemblance aux perturbations circulatoires cérébrales.

bronchite hydro-muqueuse, F. Bezançon et de Jong (2) ont trouvé une hypertrophie excessive des glandes muqueuses des bronches de moyen et de gros calibre. En dehors de cette altération un peu particulière, aucun détail histologique ne permet de reconnaître à l'autopsie l'origine cardio-rénale d'une bronchite. La congestion et même l'œdème considérable de la muqueuse et de la sous-muqueuse ne lui sont, en effet, pas propres..

Pathogénie. — La pathogénie des bronchites des cardio-rénaux est plus importante et en même temps difficile à fixer : nous allons étudier séparément celle de l'asthme cardio-rénal et celle des bronchites chroniques.

1° L'*asthme cardio-rénal* survient, nous l'avons vu, sur un terrain complexe. Tout d'abord une de ses conditions essentielles de production paraît être le passé broncho-pulmonaire du malade. Nathan (26) a insisté sur l'importance de ce facteur pathogénique pour expliquer l'orientation des accidents du brightisme vers le type respiratoire. De notre côté, avec le professeur F. Bezançon et S. I. de Jong (4) nous avons toujours constaté chez les sujets que nous avons observés, soit une sclérose pulmonaire nette, soit des signes cliniques et radioscopiques de bronchite chronique et d'emphysème, lésions qu'expliquait d'ailleurs bien le passé respiratoire chargé de ces sujets (pneumonie, broncho-pneumonie grippale, bronchites à répétition, gaz de combat, et surtout tuberculose pulmonaire).

Etudiant par comparaison de nombreux brightiques sans manifestations broncho-pulmonaires antérieures (13) nous avons constaté chez ces derniers l'absence totale d'accidents asthmatiques, malgré une hypertension extrêmement élevée ou une chlorurémie intense.

C'est donc sur un terrain bronchique déjà modifié que les désordres généraux créés par la néphrite chronique produiront essentiellement la grande dyspnée paroxystique. Mais quels sont les désordres d'origine rénale qui semblent les plus responsables à cet égard? L'azotémie n'est pas en cause, car elle manquait chez la plupart de nos malades. *Par contre, tous étaient des hypertendus chlorurémiques en imminence d'insuffisance ventriculaire gauche.* Cette insuffisance cardiaque nous a paru légère, difficile à prouver dans le syndrome de dyspnée asthmatiforme avec bronchite pure, mais sans œdème pulmonaire. En d'autres termes, l'asthme cardio-rénal pur nous semble appartenir au début de la défaillance du myocarde comme l'œdème pulmonaire appartient au stade avéré de cette défaillance.

Mais comment expliquer, chez de tels malades, le déclenchement paroxystique subit des crises dyspnéiques? Ces crises, rappelons-le, par leurs caractères cliniques, par l'expectoration qui les accompagne paraissent bien avoir pour substratum une poussée congestive bronchique et bronchiolique aiguë n'allant pas jusqu'au processus alvéolaire de l'exsudation œdémateuse, mais pouvant, au cours de certains accès, s'en compliquer, dès que la faiblesse du cœur s'accentue. Cette sorte d'éréthisme aigu bronchique et bronchiolique, cause de dyspnée, rapproche, croyons-nous, la pathogénie de l'asthme cardio-rénal de celle de l'asthme vrai. Au cours de ce dernier on incrimine en effet l'obstruction bronchique à laquelle participent la congestion de la muqueuse, l'exsudation d'un mucus visqueux, et le spasme intense. Il est vraisemblable de penser que certains au moins de ces éléments se trouvent réunis dans l'asthme cardio-rénal, la congestion bronchique notamment. Cette dernière peut résulter à la fois d'un coup d'hypertension passagère (*) d'une légère augmentation de la gêne cardiaque créée par un repas copieux [Vaquez (31) Lian (24)], par le décubitus [Merklen (25)] et enfin d'une infection aiguë des voies respiratoires dont nous avons retrouvé l'importance, après P. Merklen. En territoire bronchique modifié par des atteintes antérieures, une trachéobronchite aiguë peut créer une congestion fluxionnaire intense, qu'expliquent les néoformations capillaires analogues à celles développées au voisinage des zones de sclérose pulmonaire et produisant les hémoptysies pour ainsi dire mécaniques au cours de la tuberculose [F. Bezançon et M. P. Weil (32)].

On est même allé plus loin dans la voie des analogies pathogéniques de l'asthme vrai et de l'asthme cardio-rénal. On a en effet noté dans ce dernier l'influence curatrice remarquable des injections intraveineuses de solutions sucrées hypertoniques [Lhermitte, Cornil et Peyre (23)]. Ces injections faisant cesser la dyspnée par les modifications brusques de l'équilibre physico-chimique humoral qu'elles entraînent, semblent étendre à l'asthme cardio-rénal la conception actuelle des phénomènes de choc, telle que Widal l'a établie à l'origine de la crise d'asthme vrai. L'efficacité de l'injection hypodermique d'adrénaline soit pure, soit associée à l'extrait hypophysaire, efficacité qui se retrouve, quoique à des degrés divers [Mlle Javouhey (14 *bis*)], au cours de ces paroxysmes dyspnéiques voisins, plaide encore dans le même sens (**).

2° Les *bronchites chroniques* semblent, dans leurs diverses variétés, hydro-muqueuses et hydro-mucopurulentes, produites moins par l'hypertension que par les éliminations de décharge que rend nécessaires l'imperméabilité rénale. Mais ici encore le passé bronchitique des malades se retrouve à l'origine de la voie prise par ce drainage de fortune.

En vue de mettre en évidence l'action déchlorurante de l'hypersécrétion bronchique, F. Bezançon

(*) Nous avons vu que l'heure habituelle du début de l'asthme cardio-rénal était, comme dans l'asthme vrai, le milieu de la nuit. Dans l'une comme dans l'autre de ces deux dyspnées paroxystiques le malade est généralement atteint par l'accès en plein sommeil. Ce n'est donc pas dans l'influence du décubitus, mais dans celle du sommeil qu'il faut chercher la cause des accidents.

Or le problème a été récemment étudié par J.-A. Mac William. (*La pression artérielle et le fonctionnement cardiaque au cours du sommeil et des rêves*, analysé dans la *Presse méd.* du 23 fév. 1924) qui a montré que, si le sommeil normal s'accompagne d'un ralentissement du pouls et de la respiration, d'une réduction des échanges et d'une chute de la tension artérielle qui peut atteindre 30 et même 45 millimètres chez les hypertendus, le sommeil pathologique au contraire, modifié par des excitations réflexes, des rêves, des cauchemars, entraîne des troubles circulatoires variés (accélération et irrégularité du pouls, élévation de la tension artérielle) qui peuvent présenter une certaine importance pathogénique.

(**) Nous pouvons enfin relever, en faveur de ce rapprochement pathogénique de l'asthme cardio-rénal et de l'asthme vrai les récents travaux de M. Le Calvé (de Redon) qui a montré (*crise vasculo-sanguine par le chlorure de sodium chez les cardio-rénaux. Acad. de méd.*, 27 nov. 1923) la possibilité de faire apparaître chez les cardio-rénaux, par ingestion de lait salé, les modifications humorales habituelles de l'état de choc (perturbations de la coagulabilité sanguine, de la quantité des albumines du sérum, etc.).

et S.-I. de Jong ont analysé la teneur en Nacl des crachats de leur malade (1) et nous-même avons effectué la même recherche dans plusieurs cas analogues (13). Tous ces dosages ont montré qu'en période de régime sans sel la quantité des crachats s'abaisse considérablement ainsi que leur teneur en Nacl. Au contraire l'épreuve de chloruration accroît leur abondance au point de la doubler dans certains cas et y fait apparaître une élimination chlorurée qui peut atteindre 2 à 3 grammes par vingt-quatre heures. Chez un même malade, plusieurs chlorurations successives donnent un résultat identique.

Le passage du sel à travers les glandes bronchiques ne s'opère pas sans les irriter, d'où l'hypersécrétion muqueuse presque pure qui, dans certains cas, traduit seule cette irritation. Mais chez d'autres cardio-rénaux on voit l'irritation bronchique d'ordre toxique se manifester par un véritable catarrhe muco-purulent et, en étudiant en série de nombreux cas, nous avons pu voir parfois la purulence de l'expectoration varier exactement en fonction de la chloruration du régime, augmentant et diminuant en même temps qu'elle. [F. Bezançon, S.-I. de Jong et A. Jacquelin (4)]. Ces faits s'apparentent aux autres réactions purulentes aseptiques que l'on observe en pathologie (méningite puriforme aseptique de Widal et Philibert, pleurésies, etc.).

Cette pathogénie toxique se comprend encore plus aisément si l'on compare aux bronchites des cardio-rénaux, les rhino-pharyngites de ces malades. Fauvel (9), Lasègue (16), Joal (15), Lœri, Hanot, Dieulafoy (8) ont depuis longtemps insisté sur leur importance et leur précocité. Mais c'est surtout L. Jacquet (14), Lermoyez (18) et, récemment H. Flurin (10) et son élève Ragouneau (29) qui, à la lumière des travaux sur la physiopathologie des néphrites, ont dissocié une rhinopharyngite hypertensive, azotémique et surtout chlorurémique. Cette dernière peut être du type muco-purulent ou être constituée d'hydrorrhée nasale.

D'autre part le rapprochement que nous avons essayé d'établir entre les deux syndromes distincts de l'asthme vrai et de l'asthme cardio-rénal se retrouverait ici puisque, à côté de l'hydrorrhée nasale brightique, on a décrit un coryza apériodique en rapport avec des phénomènes de choc [Jacques Lermoyez (19)].

Si nous résumons cette pathogénie complexe des bronchites des cardio-rénaux, nous voyons que, d'ordre toxique, elles appartiennent au groupe des catarrhes par éliminations vicariantes et se séparent ainsi des bronchites infectieuses [F. Bezançon et S.-I. de Jong (6)].

En outre, ce qui réunit leurs manifestations paroxystiques et leurs formes chroniques, c'est l'existence d'un terrain bronchopulmonaire antérieurement modifié à la faveur duquel les accidents bronchiques peuvent revêtir une telle importance qu'ils masquent l'état cardio-rénal sous-jacent. Il existe ainsi des cardio-rénaux latents, méconnus, pris pour des asthmatiques, des bronchitiques, des emphysémateux banaux : erreur grave de diagnostic, de pronostic et de traitement (4).

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur les indications thérapeutiques. Ce sont celles que dicte exactement la détermination précise de l'état cardio-rénal. Les toniques cardiaques, les hypotenseurs seront tour à tour utiles. Dans le cas de dyspnée asthmatiforme, en dehors de l'adrénaline dont l'action est souvent remarquable mais passagère [Mlle Javouhey (14 *bis*)] le traitement de choix est la grande saignée abondante et les ventouses scarrifiées.

Dans les bronchites chroniques on recourra avant tout à la diététique stricte de la néphrite et particulièrement, même quand la chlorurémie n'est pas évidente, à la cure de déchloruration dont l'efficacité constitue en outre, nous l'avons vu, un des meilleurs moyens de les reconnaître.

BIBLIOGRAPHIE

1. F. Bezançon et S.-I. de Jong. Bronchites albuminuriques et catarrhes pituiteux, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 oct. 1910.
2. F. Bezançon et S.-I. de Jong. *Traité de l'examen des crachats*, Paris 1913, p. 232.
3. F. Bezançon, S.-I. de Jong et A. Jacquelin. Types cliniques et facteurs de la dyspnée des cardio-rénaux : l'asthme cardiaque, *Presse méd*,, 1921, n° 38.
4. F. Bezançon, S.-I. de Jong et A. Jacquelin. Influence de la chloruration sur la dyspnée et l'expectoration au cours des scléroses pulmonaires et des bronchites chroniques chez les cardio-rénaux avérés et latents, *Presse méd.*, 1922, n° 56.
5. F. Bezançon, S.-I. de Jong et A. Jacquelin. La dyspnée des cardio-rénaux. Documents cliniques et considérations générales, *Ann. de méd.*, 1922, t. XI, n° 5.
6. F. Bezançon et S.-I. de Jong. Bronchites et catarrhes, *Presse méd.*, 1922, n° 93, p. 1005.
7. G. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, 14e édition, t. I, p. 158.
8. G. Dieulafoy. In *Thèse* Amero. Œdème de la glotte, Paris 1892-1893.
9. Fauvel. Œdème du pharynx. Œdème de la glotte. Aphonie albuminurique, communication au *Congrès médico-chirurgical*, Rouen 1863.
10. H. Flurin. Les rhino-pharyngites des brightiques, communication au *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1921, et *Presse méd.*, 28 mars 1921.
11. L. Gallavardin. Syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 août 1921, p. 1129.
12. Germain Sée. *Les Maladies simples du poumon*, p. 356.
13. A. Jacquelin. Contribution à l'étude des manifestations bronchopulmonaires des rénaux et des cardio-rénaux, *Th. de Paris*, 1922.
14. L. Jacquet. Coryza chez un albuminurique. Obstruction nasale prolongée. Influence favorable de l'hypochloruration, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1904, p. 155.
14 *bis*. Mlle M. Javouhey. L'action de l'adrénaline dans les dyspnées, *Th. de Paris*, 1923, Le François, édit.
15. Joal. Angine sèche et brightisme, *Revue de laryngol.*, 1882.
16. Lasègue. *Traité des angines*, 1868.
17. Lasègue. *Etudes médicales*, 1884, t. II, leçon X, p. 513.
18. Lermoyez. Traitement pathogénique de l'hydrorrhée nasale, *Presse méd.*, mai 1913.
19. Jacques Lermoyez. Le coryza spasmodique apériodique et les phénomènes de choc, *Th. de Paris*, 1923.
20. Lewis. Leçon sur la dyspnée paroxystique chez les cardio-rénaux ; note spéciale sur l'asthme cardiaque et urémique, *Brit. med. Journ.*, 29 nov. 1913.
21. Lewis. Observations sur la dyspnée, spécialement sur ses rapports avec l'acidose, *Lectures in the heart*, 1915.
22. Lewis, Ryffel, Wolff, Coton et Barcroft. Observations sur la dyspnée des cardiaques et des rénaux, *Heart*, 1913, vol. V, n° 1, p. 45-92.
23. Lhermitte, Cornil et Peyre. De l'action phylactique et suspensive sur les dyspnées paroxystiques sine materia des injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 déc. 1920.
24. C. Lian. Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, *Gaz. des hôpit.*, 13 déc. 1913.

25. P. MERKLEN. *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur*, Paris 1908, p. 302.
26. M. NATHAN. Brightisme et tuberculose pulmonaire, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1917, p. 1323.
27. M. NATHAN. Brightisme et état antérieur, *Presse méd.*, 20 mars 1919, n° 16.
28. PICARD. Dyspnée toxique d'origine alimentaire, *Th. de Paris*, 1897.
29. L. RAGOUNEAU. Les rhino-pharyngites des brightiques, *Th. de Paris*, 1923.
30. TOURNIER. La dyspnée cardiaque, *Th. de Paris*, 1892.
31. H. VAQUEZ. *Traité des maladies du cœur*, 1920, p. 682, Baillière, édit.
32. M.-P. WEIL. Les hémoptysies tuberculeuses, étude clinique, bactériologique, hématologique, pathogénique, *Th. de Paris*, 1912.
33. F. WIDAL. Les grands syndromes du mal de Bright, *Journ. méd. franç.*, 15 janv. 1911, n° 1, p. 22.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 MAI 1924)

Les corps gras dans la ration du diabétique. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et F. RATHERY. Chaque malade a besoin d'une quantité de corps gras qui lui est propre, mais qui est, en général, relativement faible dans les formes graves du diabète. La quantité de graisses à introduire dans la ration des diabétiques dépend de la constitution chimique de ces substances et de la proportion relative des protéines et des hydrates de carbone.

Le bilan des hydrates de carbone tel qu'il est établi en clinique, de même que la marche de la glycosurie ne donnent qu'une idée incomplète du métabolisme intégral des substances génératrices du sucre. En permettant avec un même régime une meilleure utilisation des hydrates de carbone, l'insuline assure l'assimilation d'une quantité de graisses qui serait impossible sans cette influence.

Dans le diabète grave, les régimes équilibrés doivent être établis, pour chaque sujet, d'après les analyses de sang et d'urine, portant sur l'azote total, le sucre, l'acide β-oxybutyrique et les corps cétoniques, le dosage de ces derniers étant notoirement insuffisant.

Même avec le concours de l'insuline les auteurs n'ont pu observer que très exceptionnellement la disparition totale de l'acide β-oxybutyrique dans les formes graves du diabète consomptif.

La fonction cholestérogénique de la rate. — MM. J.-B. ABELOUS et L.-C. SOULA.

Sur l'odeur des cultures pyocyaniques. — M. G. GESSARD.

(SÉANCE DU 2 JUIN 1924)

Quelques observations sur les changements de la réaction des sérums. — M, Hany PLOTZ et SCHOËN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1924)

Féminisme pilaire. — MM. ACHARD et THIERS avaient étudié précédemment, sous le nom de virilisme pilaire, l'anomalie sexuelle qui consiste, chez la femme, en la présence de poils au visage, comme chez l'homme adulte Ils en ont observé, chez un homme de quarante-deux ans, la contre-partie, consistant dans l'absence de poils au visage, dans certains autres caractères féminins du système pileux (pubis et région anale), dans un développement exagéré des seins, dans un timbre enfantin ou féminin de la voix. Il y a, par conséquent, chez cet homme un féminisme pilaire, qui est en rapport avec une atrophie manifeste des organes génitaux.

On ne trouve pas chez cet homme, de symptômes d'insuffisance fonctionnelle d'autres glandes. En particulier, il n'y a pas d'hypothyroïdie. Il ne s'agit pas non plus du syndrome adiposo-génital, car si le sujet a des formes arrondies comme celles d'une femme, il n'est nullement obèse et son poids est proportionné à sa taille. Enfin, il n'y a non plus aucune inversion sexuelle d'ordre psychique.

Le virilisme pilaire s'accompagne parfois, chez la femme, de diabète ou d'insuffisance glycolytique à divers degrés. Or, dans ce cas de féminisme pilaire, il y avait un léger degré de cette insuffisance glycolytique.

Fréquence actuelle et caractères particuliers de la cirrhose alcoolique du foie chez la femme. — M. E. SERGENT apporte, en collaboration avec M. PIGNOT, son chef de clinique, la statistique détaillée dont il n'avait pu donner qu'une impression générale à la suite de la récente communication de MM. Chauffard et Brodin. Bien que portant sur un petit nombre de cas, cette statistique, en confirmant celle de MM. Chauffard et Brodin et en s'ajoutant à elle, contribue à en accroître la signification.

Sur 14 observations de cirrhoses alcooliques recueillies pendant les années 1922 et 1923, dans un service où sont surtout hospitalisés des pulmonaires, MM. Sergent et Pignot relèvent 9 femmes et 5 hommes; en ajoutant ces chiffres à ceux de MM. Chauffard et Brodin, soit 16 femmes et 7 hommes, le total global donne 25 femmes et 12 hommes, soit un peu plus du double pour les femmes.

D'autre part, alors que chez leurs 5 hommes, MM. Sergent et Pignot ont vu, comme MM. Chauffard et Brodin, la cirrhose évoluer suivant le type commun de Laënnec, ils l'ont vue, chez leurs 9 femmes, se séparer le plus souvent de ce type commun, soit en s'unissant à la tuberculose ou à la syphilis soit en se compliquant de poussées évolutives.

Cette statistique est donc en conformité avec les intéressants commentaires développés par MM. Chauffard et Brodin.

Un cas de mélitococcie. Vaccination curative avec phénomène d'Arthus. — MM. Fernand ARLOING et L. LANGERON ont observé un cas de mélitococcie qui a évolué d'une façon normale, après avoir présenté trois ondulations thermiques. La vaccination a produit chez le sujet des manifestations locales semblables au phénomène d'Arthus. L'effet curateur de la vaccination a été complet.

L'enquête étiologique n'a pas permis d'établir l'origine exacte de ce cas de fièvre ondulante présenté par un jeune vétérinaire de la région lyonnaise.

Action préventive et curative des chocs protéiques et anaphylactiques dans la rage expérimentale. — MM. F. ARLOING et L. THÉVENOT présentent des résultats intéressants qui montrent que, chez le cobaye, les chocs protéiques ou anaphylactiques : 1° Atténuent la gravité de la rage expérimentale du cobaye. Ainsi, à la mortalité rabique globale des témoins de 81 p. 100 s'oppose la mortalité rabique globale de 47 p. 100 des sujets choqués de l'une ou l'autre manière ; 2° ralentissent la rapidité de l'évolution de la maladie (mort en douze jours chez les témoins contre dix-huit jours chez les choqués) ; 3° enrayent parfois l'éclosion de la maladie expérimentale ; 4° d'une façon générale, un choc violent protège mieux qu'un choc léger, surtout s'il s'agit d'un choc fait après l'inoculation rabique ; 5° les chocs anaphylactiques vrais sont plus actifs que les simples chocs protéiques ; 6° la peptone de caséine (soluprotine Hoffmann-La Roche) exerce la plus forte action anti-infectieuse.

Leurs essais sur le lapin ont complètement échoué.

Recherches expérimentales sur le diabète nerveux. — MM. Jean CAMUS, J.-J. GOURNAY et A. LE GRAND. Il en résulte que le diabète insipide et le diabète sucré ne sont pas réalisés avec la même facilité, la même durée, la même intensité chez le chien, le chat et le lapin par lésion de la base du cerveau. Il y a des variations dans les résultats qui tiennent à l'espèce animale, au genre d'alimentation, à la quantité d'eau que l'animal est capable d'ingérer, etc. Néanmoins, ces syndromes sont réalisables expérimentalement chez ces différents animaux. Les recherches anatomo-pathologiques des

auteurs, forcément longues en raison du grand nombre de coupes qu'il faut pratiquer sur les centres nerveux, ne sont pas encore terminées, mais elles sont déjà suffisantes pour établir que le diabète insipide et le diabète sucré, dans les différentes espèces animales, comme chez l'homme, sont déterminées par des lésions de la base du cerveau, dans la région des centres infundibulotubériens.

Sensibilité de la surrénale aux rayons X. — M. ZIMMERN. Quand la glande surrénale fonctionne normalement, elle est peu influencée par les rayons X, elle l'est davantage à l'état pathologique.

Le rôle des noyaux cellulaires et des réserves nucléaires dans l'inanition. — M. JOLLY.

La science oratoire. — M. MARAGE résume les qualités physiologiques que doit posséder un orateur pour se faire entendre de tous ses auditeurs.

Trois facteurs interviennent : l'orateur lui-même, la salle dans laquelle il parle, et les assistants.

L'énergie de la voix doit être suffisante pour mettre en branle l'appareil transmetteur des oreilles présentes.

Or, cette énergie dépend du volume et de la pression de l'air qui s'échappe des poumons sous une pression atteignant au plus 200 millimètres d'eau : la simple phrase, « Bonjour, Monsieur », exige une pression de 120 millimètres.

Les femmes se fatiguent en parlant beaucoup moins que les hommes, parce qu'elles dépensent, à cause de leur larynx plus petit, beaucoup moins d'air.

Pour la même raison les voix de basses sont moins favorisées que les voix de ténor.

La salle peut aider l'orateur si elle est bonne au point de vue acoustique, ou lui être nuisible si elle est mauvaise. On connaît aujourd'hui les lois qui régissent l'acoustique des salles et on peut d'avance, sur les plans, savoir si la salle sera bonne ou mauvaise. Une salle est bonne quand elle n'a pas d'écho et quand le son de résonance a une durée suffisante pour renforcer le son qui l'a produit sans empiéter sur le son suivant.

Enfin, les oreilles des auditeurs peuvent être comparées à des tambours de Marey qui seraient beaucoup plus sensibles aux sons aigus qu'aux sons graves, et une voix qui porte est celle qui se fait entendre et comprendre de tous les assistants.

Les voix claironnantes à harmoniques aigus comme celle de Coquelin sont donc très favorisées puisqu'elles produisent le maximum d'effet avec le minimum d'efforts.

Si on se souvient que les cerveaux auxquels aboutissent les nerfs auditifs réagissent différemment, on comprendra combien le problème est complexe et important, en un temps où l'éloquence a une influence qu'on pourrait presque qualifier de prépondérante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 MAI 1924)

Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale (type Launois-Bensaude). — M. RAVINA présente un malade atteint d'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale.

M. ACHARD, chez trois malades, a constaté de l'éosinophilie.

M. MÉNÉTRIER insiste sur l'intégrité des ganglions dans la lipomatose symétrique. Il n'existe aucun rapport entre l'appareil lymphatique et les lipomes.

Myxœdème acquis et eczéma. — M. LORTAT-JACOB présente un malade atteint d'eczématides avec infiltrations et nodules œdémateux chez lequel le traitement thyroïdien par suite des signes de myxœdème, a amené la guérison de lésions cutanées.

Azotémie élevée avec longue survie chez un ancien syphilitique. — M. Marcel PINARD rapporte l'observation d'un malade atteint de néphrite azotémique d'origine syphilitique qui fut très améliorée d'abord par le novarsénobenzol puis qui eut une intolérance extrême à la médication arsénicale ou mercurielle.

Le traitement spécifique d'abord, le traitement symptomatique ensuite et le régime permirent, alors qu'on pouvait craindre une prompte issue fatale, une survie de six années d'une vie active.

M. LORTAT-JACOB pense que dans les néphrites aiguës, il y a lieu de remarquer que les sels solubles de bismuth sont peut-être toxiques pour le foie et le rein. Dans les néphrites chroniques tertiaires, l'iodo-bismuthate de quinine est à recommander.

M. DEBRÉ a été frappé de la grande tolérance pour le novarsésobenzol dans un cas de néphrite chronique avec haute azotémie.

M. LABBÉ ne croit pas que les sels de bismuth soient à employer d'une façon systématique dans les néphrites syphilitiques.

M. FIESSINGER dans un cas grave avec œdèmes a obtenu une grande amélioration qu'il attribue au traitement arsenical.

MM. LAUBRY, LOUSTE, RIST, RENAUD considèrent qu'il s'agit de cas d'espèces comme dans les aortites et qu'il ne peut y avoir de règles générales.

Injection transpariétale de lipiodol dans un cas de grosse caverne tuberculeuse. — M. AMEUILLE présente une jeune fille atteinte de caverne tuberculeuse probable du poumon. Le diagnostic n'était pas certain. Pour le confirmer, il fit une injection transpariétale de lipiodol dans la cavité, qui fut bien tolérée par la malade. Cette méthode lui a permis d'affermir la nature de l'ombre radioscopique.

M. SERGENT considère qu'il vaut mieux d'adresser à la voie intratrachéale qui est presque toujours possible.

Résultats expérimentaux de la sérothérapie antituberculeuse. — M. JOUSSET expose les résultats qu'il a obtenus en essayant d'entraver la marche de la tuberculose chez les animaux de laboratoire et en particulier chez le cobaye, expérience cruciale dont on attend généralement la réponse pour juger de la valeur de toutes les médications antituberculeuses et qui, à son avis ne peut donner, tout au moins avec les sérums antitoxiques que des résultats toujours imparfaits, la maladie du cobaye relevant surtout de la virulence du bacille, celle de l'homme plus complexe étant une maladie toxi-infectieuse.

Le sérum préparé par l'auteur, au moyen d'une toxine est surtout antitoxique et accessoirement antimicrobien. Il possède néanmoins une activité antimicrobienne suffisante pour influencer favorablement la marche de la tuberculose du cobaye. L'abaissement de la température, l'augmentation des poids, l'insensibilité à la tuberculine, le caractère local des lésions indiquent une action d'arrêt manifeste.

Ces résultats, bien qu'imparfaits, sont d'une telle netteté, d'une telle rapidité et d'une telle constance qu'on est bien obligé d'en tenir compte dans le jugement qu'on peut porter sur la valeur de la sérothérapie antituberculeuse. Ils s'ajoutent aux démonstrations cliniques si précises déjà fournies par son auteur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1924)

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur une observation de M. Le Roy des Barres (d'Hanoï) et présente l'instrument à l'aide duquel a été produite la blessure. C'est un instrument de pêche formé de deux longues tiges de fer parallèles et réunies par une tige transversale. Un homme de quarante-huit ans, reçut un coup de cet instrument dont les deux tiges pénétrèrent l'une dans l'hypocondre droit, l'autre dans la masse sacro-lombaire correspondante.

M. Le Roy des Barres réunit les deux plaies par une incision, ouvrit le péritoine et constata une perforation du côlon ascendant et une déchirure du bord du rein droit. Il ferma ces deux plaies et draina. Vingt jours après, se produisit une évacuation de bile par la plaie qui fit penser qu'il y avait eu aussi une plaie du duodénum méconnue. En outre ce blessé, était porteur d'ascaris et malgré un traitement par la santonine, il en rendit à plusieurs reprises ; mais les choses s'ar-

rangèrent et deux mois après le malade était complètement guéri.

Cancer de la verge. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur deux observations de MM. Ferrari et Violet (d'Alger). Premier cas : Un indigène portait une ulcération du gland depuis vingt ans, traitée par divers topiques, par un traitement antisyphilitique et par les rayons X.

Quand les auteurs virent le malade, l'ulcération avait l'étendue d'une pièce de 1 franc et il y avait des ganglions inguinaux. Une biopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer qui fut traité par radiothérapie. Il a eu ensuite de la radiodermite qui nécessita un débridement. Revu vingt mois après, il n'a pas encore de récidive. Dans le second cas, il s'agit d'un phimosis congénital devenu le point de départ d'ulcérations et de fistules cancéreuses qui ont été traitées avec succès par la radiothérapie.

Cancer du côlon. — M. LENORMANT rappelle avoir communiqué l'observation d'une malade chez laquelle il avait enlevé un cancer du côlon gauche envahissant un peu le transverse. Les résultats immédiats ont été très satisfaisants. Mais actuellement cette malade est en pleine récidive.

Sans vouloir nier les indications de ces opérations radicales, M. Lenormant a le regret de constater qu'elles n'assurent pas encore la guérison définitive de ces cancers du côlon qui deviennent de plus en plus fréquents.

Traitement des fistules anales. — M. CUNÉO fait connaître un procédé que M. Picot vient d'employer pour le traitement des fistules extrasphinctériennes, fistules complètes, parfois si rebelles et si lentes à cicatriser. Ce procédé consiste à pratiquer d'abord l'extraction du trajet, à décoller largement la muqueuse anale et à fermer par une suture en bourse et à abaisser, par-dessus, un lambeau jusqu'à l'orifice anale.

M. Picot a obtenu quatre succès par ce procédé et M. Cunéo deux succès.

M. GERNEZ insiste sur l'importance du traitement de ces fistules dont la guérison complète et définitive est si difficile, souvent, à obtenir. Il a tenté un procédé analogue à celui de M. Picot. On ne saurait apporter trop de soins à ces réfections autoplastiques.

Ablation des tumeurs intrathoraciques. — M. DUVAL, à propos d'une récente communication de M. Lecène sur l'extraction d'un neurome du médiastin opéré en un temps, par voie transpleurale, avec un pneumothorax lent et suivi de guérison, rappelle que depuis plusieurs années il préconise cette méthode française pour l'ablation des tumeurs intrathoraciques et qui lui a déjà donné trois succès complets. M. Duval repousse les reproches qui ont été faits à cette méthode à cause du pneumothorax et de l'infection possible de la plèvre. Le pneumothorax lentement établi, selon le procédé de Delagénière, ne présente aucun danger. Quant à l'infection pleurale, elle ne s'est pas manifestée dans les cas qu'il vient de citer.

Comparant cette méthode française à la méthode allemande de Sauerbruch, M. Duval s'applique à démontrer la supériorité de la première. Il donne lecture de l'une des observations de l'auteur allemand : Opération en deux temps sous hyperpression. L'opéré de Sauerbruch a dû subir sept interventions consécutives, a perdu complètement un de ses poumons et a dû subir un désossement presque complet de l'hémithorax. Cette observation qui est publiée comme un succès est-elle comparable à celles qu'a fournies M. Duval, qui conclut à la supériorité de l'intervention en un temps, avec pneumothorax et sans appareil pneumatique.

Les injections intraveineuses de matières colorantes. — M. le professeur YOUNG (de Baltimore), sur l'invitation de M. le président J.-L. Faure, a fait une communication sur

les résultats très remarquables qu'il a obtenus par les injections intraveineuses de matières colorantes, mercuro-chrome et violet de gentiane.

Il a cité plusieurs exemples vraiment frappants, celui, entre autres, d'un enfant de quatre ans, profondément infecté, avec une température de 41 degrés, sur le point de succomber qui, en trois jours, a été complètement guéri.

M. Young tient à mettre ses confrères français à même de juger ces effets et leur laisse un stock de produits provenant de son laboratoire.

Film cinématographique. — M. J.-L. FAURE répondant à la demande qui lui en a été faite, présente une série de fort belles cinématographies, relatives à l'hystérectomie abdominale totale pour cancer du col.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 MAI 1924)

Présentation de pièces. — M. PAUCHET présente un rectum enlevé pour rétrécissement syphilitique avec rectite et péri-rectite intense qui avaient disparu après création d'un anus cæcal; et un gros intestin enlevé par colectomie totale présentant deux cancers à l'angle splénique et au côlon sygmoïde.

A propos d'un cas de périduodénite. — M. R. GAULTIER présente un cas de périduodénite dans lequel les symptômes dus aux lésions de l'ulcus gastroduodénal passent inaperçus et que l'on pourrait prendre pour une périduodénite essentielle. Il en donne les éléments de diagnostic et en expose le traitement.

L'emphysème et son traitement. — M. MÉLAMET apporte à propos de 91 cas un travail clinique et thérapeutique sur ce sujet. Il insiste sur les crises régulières du matin qu'il appelle crises majeures. Etiologiquement, il a retrouvé la tuberculose et la syphilis dans 65 p. 100 des cas. Dans 28 p. 100, il rapporte l'emphysème à des troubles hépatiques et intestinaux. Traitement général iodo-ioduré associé toujours au mercure en suppositoires. Traitement particulier à chaque groupe d'emphysémateux.

Enorme myome pur à évolution ultrarapide. — M. DARTIGUES présente un myome pur développé en un an et demi, s'accompagnant d'une cachexie impressionnante, enlevé par hystérectomie totale : opération très difficile par suite d'adhérences multiples, vessie ouverte, sutures, guérison. Transfusion du sang. L'auteur estime que la malade a été sauvée parce qu'elle a été bien préparée médicalement avant l'opération, qu'il a appliqué un Mikulicz et a fait une transfusion.

A propos du jeûne thérapeutique. — M. Marcel LABBÉ est partisan du jeûne thérapeutique, mais il n'en fait pas une panacée applicable à toutes les maladies. Le jeûne a des indications qui ont besoin d'être précisées. Dans le coma diabétique, les malades sont forcément au jeûne et cela ne les empêche pas de mourir : les cas guéris le sont par une alcanisation intensive ou par l'insuline, il n'y a pas une observation sérieuse de coma diabétique ayant guéri par le jeûne simple ou accompagné de purgation; seulement, on fait souvent des erreurs de diagnostic sur la nature du coma (hémorragie cérébrale, urémie chez les diabétiques).

Dents incluses dans le sinus maxillaire. — M. MAURICE présente deux cas de sinusites guéries par cure radicale et dues, l'une à une racine égarée dans le sinus, l'autre à une dent de sagesse ayant poussé avec formation de kyste dans le sinus lui-même. Une série de projections montre les radiographies et les temps opératoires. Guérison.

Un cas de diverticulite hémorragique. — M. COLANÉRI présente un diverticule de Meckel de dimensions importantes et rempli d'un caillot sanguin et de matières. Le poids de cette masse appendue à l'intestin grêle à 20 centimètres du cæcum entraîna une sphacèle de la paroi diverticulaire et de 15 centimètres d'intestin grêle avec phénomènes d'occlusion aiguë, ablation, résection intestinale, entéro-anastomose, guérison.

La syphilis infantile. — M. GALLIOT rapporte les résultats qu'il a obtenus dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant par injections de sels de bismuth, résultats favorables quoique moins rapides qu'avec les arsénobenzènes.

Sur l'utilité de la création d'un carnet médical individuel chez les aliénés. — M. DABOUT rapporte des cas d'aliénés remis prématurément en liberté et auteurs d'homicides. Il propose pour éviter ce danger la création d'un carnet individuel et d'un fichier central pour toute la France.

Cancer du côlon droit. Film cinématographique. — M. PAUCHET montre dans ce film l'extirpation du côlon droit. Le diagnostic de cancer est rarement fait au début, malgré les rayons X. Il faut opérer même en cas de doute, car l'opération précoce est suivie de succès; il a fait 19 hémicolectomies droites avec 15 p. 100 de mortalité. Les résultats sont moins bons que dans les cancers du côlon gauche.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE A DES ÉTRANGERS

RÉPONSE A UNE QUESTION

On nous pose la question suivante :

Un conflit ouvrier s'est élevé dans une commune entre patrons et ouvriers. Les patrons ont fait venir des *ouvriers étrangers* pour remplacer les ouvriers du pays : ces ouvriers sont des polonais, des espagnols, des portugais. Le maire, qui est un ouvrier, a pris fait et cause pour les ouvriers du pays et, en manière de représailles, a refusé toute assistance médicale aux ouvriers étrangers : il n'a voulu leur donner aucun bon d'assistance gratuite, ni aucune admission à l'hôpital. La plupart de ces ouvriers étrangers sont des indigents sans domicile et sans famille. La loi autorise-t-elle à agir ainsi?

La loi sur l'assistance médicale gratuite porte la date du 15 juillet 1893. La loi du 24 vendémiaire de l'an II avait énoncé ce principe que « tout malade domicilié ou non doit être secouru à son domicile de fait ou dans l'hôpital le plus voisin »; ce n'a été que la loi de 1893 qui a créé un service effectif et déterminé les ressources nécessaires à son exécution.

L'article 1er de cette loi consacre le droit à l'assistance médicale pour l'indigent *malade* et il en répartit la charge suivant le domicile de secours.

En ce qui concerne les étrangers le paragraphe 3 de l'article 1er est ainsi conçu : « les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français, toutes les fois que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine ».

Dès lors, si les ouvriers étrangers veulent obtenir le bénéfice de la loi sur l'assistance médicale gratuite, il leur appartient d'établir qu'il existe entre la France et leur pays d'origine un traité d'assistance réciproque. Le maire d'une commune française peut donc résister, tant que cette preuve ne lui est pas fournie.

L'assistance médicale gratuite est, en effet, une lourde charge pour les communes, le département et l'Etat suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29 de la loi de 1893. Cette charge comprend des dépenses ordinaires, comprenant les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes, les médicaments et appareils et les frais de séjour des malades dans les hôpitaux, et des dépenses extraordinaires, comprenant les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux. On conçoit que le législateur ait voulu réserver le bénéfice de l'assistance médicale gratuite aux ouvriers français, exception faite dans les cas où ceux-ci bénéficient à l'étranger d'une assistance réciproque.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — **Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux.** — *Consultation écrite.* — Séance du 12 juin. — MM. Bloch, 19; Salomon, 18,54; Donzelot, 20; Léon-Kindberg, 16,63.

Séance du 13 juin. — MM. Leblanc, 20; Jacob, 18,54; Jacquet, 18,81; Carrié, 19,45.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Le jeudi 20 novembre 1924, à 9 heures, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination d'un médecin adjoint à l'hôpital de Dieppe.

Délai d'inscription : 20 octobre 1924.

S'adresser pour tous renseignements au secrétaire directeur des hospices civils de Dieppe.

— Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Les candidatures seront reçues jusqu'au 1er juillet 1924.

Les candidats devront avoir terminé leur scolarité.

La thèse n'est pas exigée pour les candidatures, elle n'est exigible que pour l'entrée en fonctions.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — M. Justin Godart, député, est mommé ministre du travail de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en remplacement de M. Jourdain dont la démission est acceptée. (*J. O.*, 15 juin 1924.)

CONSEIL SUPÉRIEUR DU TOURISME. — Sont nommés membres du Conseil supérieur du tourisme, pour les années 1924, 1925, 1926 et 1927, MM. Albert Robin, Desgrez, Bordas, Boursier, Cany, Durand-Fardel, Gardette, Descomps, à Paris; Sellier, à Bordeaux. (*J. O.*, 8 juin 1924.)

GUERRE. (Armée active.) — Liste nominative des médecins et pharmaciens aides-majors qui doivent accomplir, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, un stage de novembre 1924 à juillet 1925 (service) :

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Duhart, Rougetet, Reboul, Magnier, Meyer, Fontaine, Mathieu, Monot, Julienne, Sarroste, Lemaistre, Michaud, Sayer, Bordes-Pagès, Malaterre, Bourdon, Tuaillon, Maillet-Guy, Bossard, Galaup, Carbillet, Douriaux, Lacambre, Ricard, Rouzaud, Rouzet, Petit, Garrigues, Bouhet, Peyrus, Blanchard, Husson, Champouillon, Bierer.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Cohen-Jonathan, Desfour, Accoyer, Chabasse, Bouana, Biessy, Bloch, Cicile, Rohmer, Defaye, Coffiney, Guérin, Culty, Wagner, Dreyfus, Blot, Sanyas, Jalet, Carrié, Deumier, Mourot.

— Mutations :

M. le médecin-major de 1re classe Duval, au 186e rég. d'artillerie lourde à tracteurs à Dijon.

MM. les médecins-majors de 2e classe Contant, au 27e rég. d'infanterie à Dijon (service); Mercier, au 120e rég. d'artillerie lourde hippomobile à Epinal; Wurmser, au 13e rég. de dragons à Melun (service); Mathiot, à l'hôpital sanitaire de Vannes; Lauzeral, à l'armée française du Rhin; Fournier, à l'armée du Levant; Volf, au 512e rég. de chars de combat à Vannes.

MM. les médecins aides-majors Rousse, aux troupes d'occupation du Maroc; Cordier, maintenu hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le concours annuel, prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour

la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, aura lieu à cette Ecole, le 21 octobre 1924, dans les conditions indiquées par ladite instruction.

Les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe qui désireront prendre part à ce concours adresseront, par la voie hiérarchique, au ministre de la Guerre et des Pensions (direction des troupes coloniales, 3e bureau) une demande, qui devra parvenir avant le 1er octobre 1924, en spécifiant l'emploi, ou les emplois, pour lesquels ils désirent concourir.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de désignation coloniale au 10 octobre 1924. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il est rappelé qu'il est tenu le plus grand compte, dans le travail d'avancement et de concours pour la Légion d'honneur, des services rendus par le personnel enseignant de l'Ecole d'application.

Le classement sur la liste d'aptitude à l'emploi de professeur adjoint constitue un titre à l'avancement.

MARINE. — Les concours pour les emplois de professeur, annoncés au *Journal officiel* des 21 et 28 mars 1924, auront lieu aux dates indiquées ci-après :

A. A Toulon, le 4 août 1924 et jours suivants : 1° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

Jury d'examen : M. l'inspecteur général du Service de santé, président; MM. Dargein et Belille, médecins en chef de 2e classe, membres.

2° Professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon.

Jury d'examen : M. l'inspecteur général du Service de santé, président; MM. Oudard et Bellet, médecins en chef de 2e classe, membres.

3° Professeur d'histologie et de physiologie aux écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon.

Jury d'examen : M. l'inspecteur général du Service de santé, président; MM. Dargein, médecin en chef de 2e classe, et Lancelin, médecin principal, membres.

B. A Toulon, le 11 août 1924 et jours suivants : *a.* Professeur de chimie, physique et histoire naturelle à l'École principale du Service de santé de la marine;

b. Professeur de chimie biologique aux écoles annexes de médecine navale de Brest et Toulon;

c. Professeur de physique biologique à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest.

Jury d'examen : M. l'inspecteur général du Service de santé, président; MM. Lautier, pharmacien chimiste en chef de 1re classe, et Sourd, pharmacien chimiste principal, membres.

La VIe **RÉUNION D'ÉTUDES BIOLOGIQUES DE NEURO-PSYCHIATRIE** aura lieu le jeudi 26 juin, à 9 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales (asile Sainte-Anne).

HÔPITAL AMBROISE PARÉ. (Service de M. le docteur Ch. Laubry.) — Cours de pratique cardiologique, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, avec la collaboration de M. le docteur Marc Leconte, médecin des hôpitaux, M. le docteur Daniel Routier et Jean Walser, assistants, et M. Oury, interne du service.

Les cours auront lieu du 30 juin au 12 juillet 1924, de 11 heures à midi.

En outre des leçons théoriques, MM. les médecins inscrits au cours seront invités à assister aux consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang qui auront lieu de 9 h. 1/2 à 11 heures, les lundis, mercredis et vendredis. Les mardis et jeudis, de 9 h. 1/2 à 11 heures, M. le docteur Ch. Laubry fera la visite dans les salles et les samedis l'examen radioscopique des malades des salles et de la consultation de cardiologie.

Programme des leçons. — Mesure de la tension artérielle. Les phases évolutives de l'hypertension artérielle. Les formes cliniques de l'hypertension. L'hypertension dite idiopathique : forme de la cinquantaine, du vieillard, de la ménopause. Traitement de l'hypertension. Signes objectifs de l'insuffisance ventriculaire gauche. Signes fonctionnels de l'insuffisance ventriculaire gauche. L'insuffisance ventriculaire droite; sa place dans l'insuffisance cardiaque. Le traitement des insuffisances cardiaques. Les syndromes cardiaques d'origine neurotonique. Considérations générales sur la thérapeutique cardiaque.

Droit d'inscription : 150 francs.

Les inscriptions seront reçues dès maintenant, soit directement, soit par correspondance, à l'hôpital Ambroise Paré, 145, avenue Edouard Vaillant (Boulogne-sur-Seine). — S'adresser à M. le docteur Daniel Routier.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. Faure.) — Gynécologie. — 1° *Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, fera ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 23 juin au 5 juillet 1924.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, examens de malades dans le service; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Etant donné le nombre limité des places, écrire à l'avance au docteur Douay, hôpital Broca.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 heures.

2° *Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Champy, professeur agrégé, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 23 juin au 5 juillet 1924.

Ce cours, fait en liaison avec le précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques à l'aide de l'important matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 9 à 10 heures, et l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 heures.

VACANCE D'UNE PLACE DE DIRECTEUR DE BUREAU D'HYGIÈNE. — La place de directeur du bureau d'hygiène d'Alais est vacante. Traitement, 10.000 francs. Candidatures à présenter dans un délai de vingt jours, à dater du 15 juin, au ministère de l'Hygiène, direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau. (*J. O.* 15 juin 1924.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur François Négretti, médecin général de la marine du cadre de réserve, commandeur de la Légion d'honneur.

PSEUDO-TABES

CONSÉCUTIF A UNE INJECTION DE SÉRUM ANTI-STREPTOCOCCIQUE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Les accidents nerveux consécutifs aux injections de sérums organiques commencent aujourd'hui à être bien connus, et ils ont fait, dans ces derniers temps, l'objet d'importantes monographies, parues ici-même [J. Lhermitte (1), L. Pollet (2)]. Ils consistent, le plus souvent, en paralysies atrophiques et semblent liés, presque toujours, à l'introduction dans l'organisme de sérum antitétanique. Dans notre cas, au contraire, ils revêtent les allures du pseudo-tabes et paraissent avoir été déclanchés par la sérothérapie antistreptococcique.

*
* *

Observation. — Mme X... est une jeune femme sans le moindre antécédent héréditaire ou personnel, et dont la santé a été parfaite jusqu'au 1er décembre dernier. A cette date, accouchement à terme, mais qui s'est compliqué de déchirure du périnée. Son médecin, craignant avec raison le développement d'une infection à point de départ digestif, lui injecte en deux fois, les 3 et 5 décembre, 60 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. L'injection sous-cutanée est faite, avec les précautions d'usage, aux endroits habituels. Au bout d'une dizaine de jours, surviennent les accidents sériques habituels : arthralgies, urticaire généralisée. Le treizième jour après la première injection, troubles nerveux multiples : sensitifs : douleurs généralisées, fourmillements et engourdissements prédominant sur les membres inférieurs, perte de la notion de position, sensation de marcher dans le vide ; pesanteur lombaire ; moteurs : ataxie frappant les muscles des membres, et respectant la face ; diminution légère de la force segmentaire ; signe de Romberg ; sphinctériens : rétention des urines, et, aussi, quoique à un moindre degré, des matières ; réflexes : abolition complète et généralisée des réflexes tendineux ; généraux : malaise, fatigue, énervement, traces d'albumine dans les urines. Phénomènes d'ordre négatif : la malade ne présente ni troubles intellectuels, ni troubles sensoriels. Notons aussi que rien ne permet, chez elle, de penser à une diphtérie méconnue.

Ses médecins, après être restés quelque temps perplexes, concluent qu'il s'agit là de phénomènes nerveux analogues à ceux que produit parfois la diphtérie, rattachent ces phénomènes à la sérothérapie, et conseillent judicieusement l'électrothérapie, les injections de strychnine et les massages légers.

En mai, l'état est le suivant :

Ataxie très marquée, occupant la première place dans le tableau clinique, et aussi nette aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Mme X... est incapable de se livrer aux travaux d'aiguille ; veut-elle écrire, elle gribouille. Il lui est impossible, avec le bout de l'index, de se toucher le bout du nez. De même, elle marche difficilement, talonne, lance la jambe à gauche et à droite, comme une véritable tabétique, risque de tomber, si elle n'est pas soutenue. Chez elle, le signe de Romberg est encore très net.

Troubles légers de la sensibilité profonde : La malade hésite quand, après lui avoir fermé les yeux, on lui demande, la place réciproque de deux segments de membre.

Abolition complète de tous les réflexes tendineux.

Signes d'ordre négatif. — Chez elle, il n'y a pas d'hypotonie ; pas la moindre altération des fonctions intellectuelles ; pas de signes sensoriels, et, en particulier, pas de signe d'Argyll-Robertson ; pas de modifications de la sensibilité superficielle, pas de douleurs à la pression des masses musculaires ou à l'élongation des troncs nerveux ; pas de troubles trophiques. L'examen électrique aurait décelé quelques modifications légères de l'excitabilité musculaire, sans réaction de dégénérescence. Il n'a pas été fait de ponction lombaire.

*
* *

En somme, pseudo-tabes survenu à la suite d'une injection de sérum antistreptococcique, et dans des conditions telles qu'il n'est pas possible de ne pas établir, entre les deux, une relation de cause à effet, et de faire, de celui-là, la conséquence de celle-ci.

La pathogénie en reste aussi inconnue que lorsqu'il s'agit de paralysie amyotrophique consécutive aux injections de sérum antitétanique. Tout au plus peut-on faire observer que, dans ce cas, on ne peut, en raison même de la forme des troubles moteurs, invoquer l'arthropathie sérique si ingénieusement mise en cause, chez ses malades, par M. J. Lhermitte.

Pourquoi ces troubles nerveux postsérothérapiques semblent-ils augmenter de fréquence ? Comment les éviter ? C'est ce qu'il est encore impossible de dire. Mais ils ne doivent en aucun cas, nous empêcher de recourir à une méthode thérapeutique précieuse, et qui a déjà sauvé tant d'existences.

(1) Lhermitte. Les paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial à type supérieur et consécutives à la sérothérapie antitétanique, *Gaz. des hôpit.*, 6 nov. 1919, p. 1053 ; *Paris méd.*, 8 mars 1924.

(2) L. Pollet. Les polynévrites postsérothérapiques, *Gaz. des hôpit.*, 26 avril, 1er et 3 mai 1924, nos 34 et 36.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE

PAR LA FARADISATION ABDOMINALE

Par M. E. DOUMER,
Professeur à la Faculté de médeciue de Lille.

J'ai obtenu par la faradisation percutanée abdominale dans la diarrhée en général et dans la diarrhée estivale des enfants en particulier, des résultats si étonnants que j'ai hésité longtemps à les publier, craignant d'être taxé d'exagération. Mais je les ai trouvés si constants, si semblables à eux-mêmes, dans les cinquante-deux cas que j'ai pu réunir depuis 1900 (époque où j'ai commencé cette étude), que je me décide à vous les faire connaître (1). Je ne puis, en effet, penser qu'une telle série de cas heureux aurait pu se poursuivre pendant une si longue suite d'années, si elle ne correspondait pas vraiment à des propriétés thérapeutiques très réelles, quoique insoupçonnées, appartenant à cette forme de l'énergie électrique.

Les cinquante-deux cas que j'ai pu étudier appartenaient tous à la forme de diarrhée infantile que l'on pourrait appeler chronique, dans ce sens qu'ils duraient depuis au moins dix jours, lorsque je commençai chez eux le traitement électrique. Mais chez tous, il y avait des selles nombreuses, (parfois très nombreuses), souvent fétides, toujours plus ou moins verdâtres. Chez quelques-uns des enfants, il y avait eu des vomissements au début de l'affection, il y en avait même encore chez certains au moment de mon intervention. Tous avaient été plus ou moins régulièrement traités par les méthodes classiques (acide lactique, calomel, diète hydrique).

Je n'ai pas eu de cas suraigus à traiter.

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, séance du 3 juin 1924.

Le traitement électrique a uniformément consisté en faradisation de la paroi abdominale faite à l'aide de machines magnéto-faradiques ou galvano-faradiques à gros fil dont on trouve à bon marché des modèles divers chez tous les fabricants d'appareils électriques pour les usages médicaux. Le courant était amené à l'aide de deux tampons-charbon recouverts de compresses bien mouillées avec de l'eau tiède. L'un était placé, à poste fixe, un peu au-dessus du pubis, l'autre était promené lentement tout le long des côlons et sur le foie. La séance durait de trois à cinq minutes avec une intensité suffisante pour provoquer des contractions bien visibles des muscles de la paroi abdominale. De telles applications ne doivent pas du tout être douloureuses. Elles étaient répétées deux ou trois fois par jour.

Chez tous ces malades, j'ai observé une *cessation ou une diminution très appréciable de la diarrhée dès la première séance de faradisation* et la guérison complète et définitive en moins de quarante-huit heures.

Je ne rapporterai pas ici toutes les observations de ces malades; elles se ressemblent toutes et leur lecture serait sans intérêt et quelque peu monotone, mais en voici une à titre d'exemple qui montrera avec quelle rapidité agit souvent ce traitement.

J. G..., enfant de quatre mois, élevé au biberon, est pris, en septembre 1901, d'une diarrhée verte très grave : Vomissements, selles extrêmement fréquentes (on en a compté jusqu'à 57 par jour). Le médecin de la famille le mit successivement à l'acide lactique et à la diète hydrique absolue, sans aucun succès d'ailleurs. Lorsque je le vis, il était malade depuis trois semaines, il avait de quarante-huit à cinquante selles par jour; il était d'une faiblesse extrême, il n'avait même plus la force de crier. C'est en désespoir de cause que l'on fit appel à mon intervention.

Je fis une première application à 11 heures du matin. Lorsque je revins à 3 heures, la mère me dit avec joie que l'enfant n'avait pas eu de selles pendant les quatre dernières heures. Il en eut une pendant la seconde séance et cette selle était jaune, parfaitement moulée. A partir de ce moment la diarrhée ne reparut plus. Je fis une troisième et dernière application le soir à 8 heures et ordonnai d'alimenter le petit malade comme avant sa maladie, ce qui fut fait dès le soir même sans aucun dommage.

Les résultats ne sont pas toujours aussi rapides; ce n'est souvent qu'à la deuxième ou troisième application que les selles redeviennent normales, mais toujours dès la première on constate un changement favorable. Généralement, dès les premiers jours de traitement le nombre des selles diminue de plus de moitié et leur caractère se modifie.

Au début de ces recherches, j'avais grand soin de faire continuer le régime et la médication établis, mais je ne tardai pas à me départir de cette rigueur et je permis d'alimenter les petits malades dès le début de la cure ou, tout au moins, dès que j'avais constaté une amélioration dans les les signes fonctionnels intestinaux. Je n'ai pas constaté que la guérison fût moins rapide.

Sans doute, au point de vue pratique, ces résultats présentent aujourd'hui moins d'intérêt qu'autrefois, car j'ai montré il y a cinq ans (1) que l'on avait dans l'amidon paraffiné un moyen très simple d'obtenir à peu près aussi vite d'aussi bons résultats. Mais au point de vue doctrinal ces faits apportent un enseignement intéressant, car ils nous montrent que dans le symptôme diarrhée la flore intestinale n'est pas seule en jeu. L'énergie électrique, sous quelque forme que ce soit, n'est pas, en effet, un agent bactéricide et son action ne peut, dans le cas qui nous occupe, s'expliquer par une destruction des microbes pathogènes. Il faut admettre qu'elle agit en modifiant les milieux où vivent ces derniers, soit par une action sur les sécrétions intestinales, particulièrement sur la sécrétion biliaire, soit par une double action combinée sur ces deux fonctions. Dans les diarrhées infantiles il y aurait en dehors de la flore, cause initiale sans doute, un facteur humoral ou nerveux qu'il ne faut pas perdre de vue et auquel il faut surtout songer dans les cas rebelles aux médications basées sur les antiseptiques intestinaux.

(1) E. Doumer. De l'amidon comme complément indispensable du traitement par le ferment lactique, *Gaz. des hôpit.*, 24 juillet 1919.

LE TEMPÉRAMENT ÉPILEPTIQUE

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Évrard.

Deux anciens camarades d'internat se promènent à bicyclette. Après déjeuner, ils se reposent dans un bois. Brusquement, l'un deux se lève et, agressif, dit à l'autre, au milieu d'une conversation amicale : « J'en ai assez de tes airs de supériorité, et de te savoir heureux; je te hais, tu m'entends » et l'interpellé se tait. Il se rappelle que son ami a présenté, en salle de garde, quatre ans auparavant, une crise d'épilepsie, après le repas. Une domestique se montre servante dévouée, même capable de délicates attentions. Un jour, sans raison, elle brise la vaisselle, injurie sa patronne et quitte la maison, en claquant les portes, sans demander ses huit jours et se faire payer son mois. Elle avait été internée pour épilepsie.

Le tempérament étant l'état physiologique déterminé par la prédominance d'un système, nous admettrons que chez le comitial c'est le système nerveux qui, dans tous les actes de la vie, régit les actes et commande l'ensemble des penchants.

Bien que les auteurs ne soient pas d'accord sur le tempérament épileptique, ils ont tous observé la prédisposition, tantôt à la violence et à la brutalité, tantôt à la dépression et à la tristesse. Au XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, les médecins envisageaient la névrose comitiale comme une maladie pléthorique. C'est pourquoi ils abusaient de la saignée dans tous les cas de crises épileptiques. Plus tard, en 1854, Delasiauve (1) écrivait : « Parmi les épileptiques « de nos services, il nous serait difficile de dire qui l'emporte des natures faibles ou des organisations fortes, énergiques et puissantes. » Pour M. Maurice de Fleury (2) les épileptiques, la plupart du temps (les quatre cinquièmes environ) se rapprochent du type asthénique, plutôt que du type hypersthénique. Toutefois, l'auteur cite des observations de colosses atteints du mal comitial, l'un surtout chez qui le coït diminuait les attaques et qui, ensuite, était moins violent. D'ordinaire, cependant, on a noté que l'excitation sexuelle est une cause d'accès comitial. D'autre part, on ne saurait nier que l'asthénie

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 1854.
(2) M. de Fleury. *Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement*, p. 16, Paris 1900, Rueff.

est fréquente chez les épileptiques et qu'on l'observe surtout, chez les femmes, notamment lorsque les crises coïncident avec les époques menstruelles.

En réalité, l'épileptique, constamment dominé par son système nerveux est tantôt obséquieux, déprimé et sombre, tantôt agressif, irritable et violent. Suivant la remarque de Féré (1), il présente : « ce caractère mobile et explosif reposant sur un fond d'impuissance et de tristesse ». Il faut ajouter que chez le comitial les fonctions de nutrition sont d'ordinaire troublées. Il est bien rare que le foie, l'estomac, l'intestin et le rein ne se ressentent pas des crises, et c'est encore là une des causes de cet état de malaise qui se manifeste chez l'épileptique par les troubles du caractère.

Les effets des médicaments employés dans le traitement de l'épilepsie ont aussi une influence sur le tempérament du malade. Il n'est pas douteux, en effet, que le gardénal, employé actuellement comme traitement spécifique du mal comitial, modifie la nutrition, ralentit la circulation et, employé pendant plusieurs mois sans interruption, contribue à l'intoxication du malade. Aussi, a-t-on remarqué depuis longtemps que le gardénal, même à doses progressives, n'agit pas sur le tempérament épileptique ou plutôt accroît la confusion mentale post-paroxystique. Le bromure de potassium et le borate de soude qui diminuent au même titre que le gardénal, le nombre et l'intensité des attaques, ne modifient en rien le caractère du malade. Le régime végétarien strictement suivi pendant plusieurs mois avec désintoxication par la cure d'eau lactosée, ainsi que nous l'avons préconisé en 1910 avec M. J.-Ch. Roux (2), et, en 1913, avec M. Maurice de Fleury (3) entraînent, au contraire, une amélioration du tempérament épileptique, mais ce régime est très difficile à faire accepter par les malades.

En liberté, l'épileptique, lorsque c'est un buveur, doit être classé parmi les malades les plus dangereux, même lorsque ses crises ne sont pas très fréquentes, parce que la violence de son tempérament et la brutalité de ses penchants le poussent aux réactions imprévues et meurtrières. Epileptique et alcoolique, ce charretier qui, au milieu de la rue, assomme son cheval de coups de fouet; épileptique et alcoolique, cet ouvrier qui, tout à coup, au restaurant, frappe son voisin, ou rentré chez lui, sans motif, tue son enfant nouveau-né à coups de poing, ainsi que je l'ai noté chez un malade de mon service.

Pour tous ceux-là, l'internement devrait être préventif, et le médecin consulté à l'occasion d'une crise ou d'un accès de dépression, devrait avertir la famille de la possibilité d'un drame, en appuyant son pronostic sur l'étude du tempérament du malade. Après l'internement, l'observation doit être prolongée et la sortie ne peut être proposée que si, pendant le séjour à l'asile, le comitial a donné la preuve qu'il est susceptible de se dominer et de se laisser diriger, lorsqu'il sera en liberté.

(1) Féré. *Epilepsie*, p. 185, Paris, Masson.
(2) Rodiet et J.-Ch. Roux. De l'application du régime végétarien aux épileptiques. *Ann. méd. psycholog.*, nov.-déc. 1910.
(3) M. de Fleury et Rodiet. Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie. *L'Encéphale*, 10 sept. 1913.

Précis d'électrophysiologie. Déductions cliniques et thérapeutiques, par le docteur W. Wignal. Préface du professeur Chauffard. In-16 de 172 pages. — Prix : 6 fr.; franco France, 6 fr. 60. — Paris, G. Doin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 6 juin 1924)

Ictus laryngé essentiel guéri par l'alcoolisation des nerfs laryngés supérieurs. — MM. E. Halphen et A. Aubin présentent un homme de quarante-neuf ans, non tabétique, non syphylitique, qui a depuis douze ans des crises d'ictus laryngé essentiel, chatouillement laryngé, toux quinteuse, chute et perte de connaissance durant quelques minutes à raison de plusieurs crises par semaine. Toutes les thérapeutiques ayant échoué, MM. Halphen et Aubin anesthésient les deux nerfs laryngés supérieurs par une piqûre d'alcool dans la région intercricothyroïdienne. Immédiatement, les crises cessèrent et les quintes de toux finirent elles-mêmes par disparaître. La guérison se maintient depuis deux mois. L'alcoolisation du nerf laryngé supérieur, peu douloureuse, n'entraîne aucun inconvénient.

Le pneumothorax artificiel chez les tuberculeux atteints de cardiopathies. — MM. Léon Bernard, Maurice Salomon et Thomas présentent trois malades atteints de tuberculose unilatérale, chez lesquels, malgré la présence d'une cardiopathie, ils ont pratiqué avec succès et sans aucun incident, le pneumothorax artificiel. Leur premier cas est celui d'une jeune fille atteinte de maladie mitrale d'origine rhumatismale, et de ramollissement spélonculaire étendu du poumon droit. Quelques semaines après le début des insufflations, elle fit une nouvelle crise de rhumatisme articulaire, qui se compliqua d'une poussée d'endocardite aiguë. Or, celle-ci ne diminua en aucune façon la tolérance pour la collapsothérapie, qui fut continuée régulièrement sans qu'on eut à s'occuper de la cardiopathie. Les deux autres malades sont atteints de rétrécissements de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire, et de tuberculose pulmonaire avec localisation lobaire (lobite supérieure droite). Tous deux ont très notablement bénéficié de la collapsothérapie, sans qu'il se soit produit le moindre signe d'intolérance du fait de la malformation cardiaque. La présence d'une cardiopathie, pourvu qu'elle soit bien compensée, ne doit donc pas être considérée comme une contre-indication pour pratiquer le pneumothorax artificiel.

M. Rist partage l'opinion de M. L. Bernard.

Syndrome de grande asystolie (œdèmes périphériques et congestions viscérales) avec intégrité du ventricule droit au cours d'affections du cœur gauche avec insuffisance ventriculaire gauche. (*Présentation de pièces.*) — MM. Ch. Laubry, Daniel Routier et Pierre Oury présentent trois cœurs provenant de malades morts en période de grande asystolie, atteints respectivement d'aortite, d'endocardite mitrale et aortique ancienne d'origine rhumatismale et de myocardie primitive. Ces cœurs, qui illustrent de nombreuses observations analogues, sont remarquables par ce fait que, seul, le ventricule gauche est hypertrophié et dilaté, tandis que le ventricule droit est petit, refoulé et diminué par l'importance du ventricule gauche. Les auteurs considérant cette non-participation du ventricule droit à la déformation cardiaque; malgré les phénomènes de grande asystolie, rejettent la théorie classique qui fait intervenir un stade de dilatation du cœur droit pour expliquer la stase veineuse, les œdèmes et les congestions viscérales. Des observations antérieurement publiées par eux, d'insuffisance ventriculaire droite pure, ont montré que la dilatation du ventricule droit, seule, n'amène que des œdèmes insignifiants et tardifs. L'insuffisance ventriculaire gauche, au contraire, est seule responsable des phénomènes périphériques et viscéraux de la grande asystolie, parce que le ventricule gauche défaillant est une cause de ralentissement circulatoire et que son augmentation de volume et sa dilatation gênent le ventricule droit dans sa contraction et diminuent sa capacité de remplissage. Le ventricule droit, de capacité réduite, ne peut donc dégorger la pléthore sanguine en amont, d'où dilatation du système veineux, œdèmes, augmentation de volume du foie, et dilatation de l'oreillette droite.

Grande asystolie chez une mitrale sans dilatation du ventricule droit. — MM. LEMIERRE et BERNARD rapportent l'observation d'une femme atteinte d'insuffisance mitrale et qui succomba avec des symptômes de grande asystolie après une série prolongée de crises d'insuffisance cardiaque. L'autopsie montra une énorme dilatation des cavités gauche du cœur, tandis que les cavités droites étaient toutes petites, et donnaient l'impression d'être comprimées par le développement excessif du cœur gauche. Cette observation vient à l'appui de l'opinion émise récemment par MM. Laubry, Routier et Walser.

A propos de la thrombo-angéite oblitérante. — MM. E. CHABROL et LAPEYEE présentent un malade dont la main droite, œdématiée et douloureuse, est le siège de différents troubles trophiques : gangrène sèche de l'index, panaris du pouce et du médius, tous symptômes en rapport avec une oblitération de l'artère axillaire, comme en témoigne le sphygmomanomètre de Pachon comme dans le syndrome de Weber et Buerger, il s'agit d'un israélite qui a vu survenir ces accidents à l'âge de quarante-huit ans, aucun antécédent spécifique, Wassermann négatif, pas de diabète, pas de tabagisme. A relater comme cause occasionnelle l'usage prolongé d'une béquille pendant quatre ans, ce malade présente parallèlement, des troubles vasculaires du membre inférieur gauche dont les artères ne donnent que des faibles oscillations au Pachon.

Eczéma rebelle chez une hypothyroïdienne. Guérison rapide et complète par hypothérapie. — M. René BÉNARD rapporte l'observation d'une malade présentant un eczéma durant depuis plus de deux ans et rebelle à tout traitement. Un traitement thyroïdien a, dans un temps très court, fait complètement disparaître les lésions, la guérison se maintient complète depuis deux ans et demi. D'autre part, la disparition de la lésion cutanée ne s'est accompagnée d'aucun trouble métastatique.

Endocardite maligne greffée d'une manière insidieuse au cours d'une grossesse sur une endocardite rhumatismale ancienne. — MM. CAUSSADE et LE RASLE rapportent une observation dans laquelle, au cours d'une grossesse, une endocardite maligne, s'est greffée sur une endocardite ancienne rhumatismale, d'une manière si insidieuse qu'il a été impossible de préciser le véritable début de la greffe. Les signes de l'endocardite maligne (hémorragies avec pétéchies, épistaxis, métrorragie, sans avortement) un état adynamique assez prononcé, des embolies spléniques et rénales ont apparu successivement dans l'espace de quinze jours environ et se sont progressivement intriqués avec les phénomènes d'asystolie, dus à l'endocardite rhumatismale préexistante. D'autre part, la fièvre ne s'est montrée que six jours avant la mort et ne s'est jamais élevée au-dessus de 38°8, la mort est survenue du fait seul de l'infection, sans que l'endocardite maligne n'ait en rien influencé la marche de l'asystolie.

A l'autopsie, le bassinet du rein gauche a été trouvé rempli de pus dont les germes ont été très certainement les causes de l'endocardite maligne.

L'autopsie a montré des lésions ulcéreuses et végétantes, les premières siégeant sur les valvules sigmoïdes de l'aorte antérieurement atteintes par le rhumatisme articulaire aigu, les deuxièmes très exubérantes siégeant sur l'orifice mitral, qui semblait indemne auparavant, et ayant donné lieu, pendant les dix derniers jours seulement, au syndrome de maladie mitrale avec prédominance du rétrécissement. En raison de l'intensité et de l'étendue de ces lésions, les auteurs pensent, en invoquant, d'autre part, les cas récemment publiés, qu'il est difficile, en se tenant seulement à l'examen nécropsique de l'endocardite, de retrouver les traces d'une endocardite, ancienne sur laquelle s'est faite la greffe, et que, pour saisir la succession réelle des événements, la clinique (anamnèse, crises plus ou moins légères d'hyposystolie avec foie plus ou moins gros et douloureux, hypertrophie du ventricule gauche, que n'explique pas, comme dans leur cas, une endocardite récente) peut parfois, malgré l'insidiosité du début de l'endocardite maligne, comme dans leur observation, permettre de diagnostiquer l'apparition de cette dernière.

Ainsi sans doute, se restreindra le nombre des endocardites malignes, dites primitives.

Sur une nouvelle cause d'erreur dans la détermination des groupes sanguins dus au vieillissement des sérums-étalons. — MM. P. EMILE-WEILL et LAMY rappellent que les accidents de la transfusion sont dus uniquement à des incompatibilités sanguines, qu'on peut connaître préalablement par la détermination rigoureuse des groupes sanguins des donneurs et des receveurs.

Ils signalent une cause d'erreur inconnue jusqu'ici, due à l'emploi pour cette recherche de sérums-étalons vieillis et ayant perdu ou acquis in vitro des propriétés agglutinantes vis-à-vis des hématies. L'emploi de ces sérums conduit à des erreurs de classification et peut entraîner des accidents. On ne doit donc utiliser pour les tests biologiques que des sérums récemment prélevés ou contrôlés par un observateur compétent.

L'anémie au cours des néphrites azotémiques. — MM. AUBERTIN et YACOËL.

Un cas de fistule pleuro-pulmonaire traité et guéri par l'oléo-thorax. — MM. Louis CLAUDE et A. ROCHARD présentent un malade du service du docteur Lévy-Valensi à l'hospice de Brévannes porteur de pyopneumothorax tuberculeux, depuis près de deux ans, et qu'il y a un an fit une perforation pulmonaire avec vomiques quotidiennes et altération profonde de l'état général.

Une injection d'huile goménolée provoqua l'oblitération rapide de la fistule, la cessation des vomiques, le redressement de l'état général.

Les auteurs insistent sur ce fait très important, à leur avis, que l'oblitération fut précédée du passage dans les bronches d'une partie notable de l'huile injectée.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

SÉANCE DU 3 JUIN 1924 CONSACRÉE A

L'ASSISTANCE SOCIALE DES ENFANTS ANORMAUX

M. HUBER, au nom de la Commission d'assistance sociale de la Société, présidée par M. GUINON, expose les discussions qui ont eu lieu dans cette Commission et qui ont abouti au rapport présenté par M. HEUYER.

M. G. HEUYER développe ensuite ce rapport. Il montre comment les médecins d'enfants sont souvent consultés à l'hôpital pour des enfants anormaux. Ils sont souvent incapables de fournir aux parents les renseignements demandés par les parents, soit pour l'instruction, soit pour le placement de ces enfants parce qu'ils ignorent l'existence des établissements spéciaux existants, et parce que ceux-ci sont très insuffisants.

Le rapporteur montre que, en dehors des établissements privés, il existe quatre ordres d'établissements pour enfants anormaux dépendant, les uns du ministère de l'Instruction publique (classes de perfectionnement), de la Préfecture de la Seine (écoles de perfectionnement-internats), du ministère de la Justice (œuvres et patronages agréés par le Tribunal des mineurs). Il passe successivement en revue ces divers établissements et montre leurs insuffisances. Pour les classes de perfectionnement adjointes à des écoles, le recrutement se fait par les instituteurs et le médecin scolaire, bien que ces classes soient très peu nombreuses elles contiennent une majeure partie d'enfants qui ne devraient pas s'y trouver. Les arriérés scolaires se composent de quatre catégories : les arriérés par simple insuffisance d'école qui n'ont besoin que de répétitions; les arriérés imbéciles dont la place est à l'asile; les arriérés instables et pervers qui doivent être sous une surveillance constante; seuls les débiles intellectuels éducables, perfectibles, sont justiciables de ces classes.

Le traitement pédagogique a presque toujours besoin d'être complété par un traitement médical. Les écoles-internats de perfectionnement (Asnières, Yvetot, Montesson,

Fleury-les-Aubrais, Pontorson) sont peu nombreuses, et le rapporteur leur reproche les formalités longues et compliquées que nécessite l'admission d'un enfant. Le placement dans les asiles d'aliénés est plus simple et se fait selon les modalités établies par la loi de 1838, soit par placement volontaire (demande de l'un des parents) et certificat médical, soit placement d'office par le commissaire de police. Enfin, les œuvres et patronages destinés au sauvetage de l'enfance et agréés par le Tribunal des mineurs sont peu nombreux. Il faut citer surtout la Tutélaire, dirigée par M. Rollet, qui sert surtout de centre d'observation, de triage, et l'enfant est ensuite dirigé vers l'établissement qui lui convient ou à la campagne.

Au total, les établissements pour le placement, l'instruction, l'éducation des anormaux sont en nombre insuffisant. Ils contiennent en tout, en exécution de la loi du 15 avril 1909, 763 enfants, alors qu'on estime qu'il y a en France 40.000 enfants anormaux. Or, c'est chez les enfants anormaux laissés sans surveillance que se recrutent les délinquants, prostituées, criminels, aliénés. Ils finissent par la prison ou l'asile.

On peut donc dire que la loi de 1909 a fait faillite dans son application, et cela parce qu'elle a un caractère facultatif. Elle n'aurait un plein rendement que lorsqu'elle aura un caractère obligatoire.

La première mesure à prendre est le dépistage et le diagnostic des enfants anormaux.

Le plus simple semble de créer une consultation de neuro-psychiatrie infantile dans chaque hôpital d'enfants ; outre le personnel habituel de la consultation ce service devrait comprendre une infirmière visiteuse, organe indispensable. Pour les anormaux qui peuvent être traités dans la famille ou à l'école, le traitement médical pourrait être fait dans ces consultations devenant des dispensaires.

Pour les autres le placement devra être fait. L'asile d'aliénés réservé aux débiles incurables, idiots, déséquilibrés graves, pervers irréductibles; l'anormal éducable qui ne peut être gardé dans sa famille ou les classes de perfectionnement sera dirigé sur les internats-écoles, ou placé à la campagne dans des centres de placement familial placés sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse.

Discussion. — M. ROUBINOVITCH est d'accord avec le rapporteur sur tous les points. Il approuve la fondation de consultations pour les enfants anormaux; mais le point capital c'est que la loi de 1909 perde son caractère facultatif pour devenir obligatoire.

Les consultations vont fournir des malades à placer; or, on n'a pas déjà assez d'établissements pour les mettre. Si la loi était obligatoire, l'Etat se verrait obligé de créer ou de faciliter la création de nouveaux établissements. Or, en ce moment même, le seul service de l'Assistance publique pour enfants arriérés, le service créé par Bourneville à Bicêtre, est en train de disparaître, le Conseil général ayant refusé les crédits pour son entretien.

M. NOBÉCOURT. Ce qui nous embarrasse dans les consultations c'est le placement de ces enfants. La consultation par un spécialiste ne suffit pas, il faut en plus un centre de triage, un service dans lequel ils seraient étudiés, catalogués et ensuite dirigés, selon les cas, sur l'asile, le centre d'éducation, le placement familial.

M. ROLLET, président des tribunaux d'enfants et fondateur des œuvres de sauvetage de l'enfance et de la Société la Tutélaire, expose les diverses phases de sa carrière. Il montre comment, avant 1909, le magistrat n'avait le choix qu'entre ces deux éventualités : rendre l'enfant à des parents souvent indignes, l'envoyer dans une maison de correction. La loi de 1909 a permis l'envoi dans des établissements spéciaux pour enfants anormaux. C'est déjà un gros progrès.

Cette loi a été complétée par un décret, et c'est l'article 16 de ce décret qui, en fait, rend la loi inapplicable, en instituant pour chaque cas de placement par le Tribunal des formalités près du préfet de police, ministère de la Justice telles qu'elles n'aboutissent pas.

Si on veut un placement rapide, il faut que la loi sur les anormaux soit une loi scolaire. C'est ainsi qu'est conçu le projet de loi Jossot, actuellement devant le Parlement, qui rend l'éducation obligatoire; c'est dans cette loi qu'il faudrait introduire l'obligation de l'éducation des anormaux, d'où l'obligation pour l'Etat de subventionner des établissements spéciaux.

M. Rollet insiste sur la nécessité de bien différencier les diverses variétés d'anormaux, les quatre variétés décrites par le rapporteur, et pour cela les consultations de spécialistes rendront de grands services. L'œuvre la Tutélaire, qui va s'agrandir considérablement, peut devenir un centre d'observation pour le classement de ces enfants en vue de leur placement définitif ultérieur.

Mme NAGEOTTE-WILBOUTCHEVITCH remarque qu'il est regrettable que l'Assistance supprime son service d'enfants arriérés de Bicêtre juste au moment où on demande un service spécial pour servir de centre de triage de ces enfants. N'y aurait-il pas moyen de faire revenir l'Assistance sur cette décision?

M. PAUL-BONCOUR. La loi de 1909 n'est pas appliquée parce qu'il n'y a pas assez d'établissements, parce qu'elle n'est pas obligatoire. Pour les anormaux il faut une triple assistance associée : médicale, éducative et sociale. On ne peut obtenir ce résultat que dans l'internat-école et le point capital n'est pas de donner une instruction qui disparaît à dix-huit, vingt ans, mais une éducation professionnelle. Ce qu'il faut donner aux arriérés à l'Ecole c'est une profession et un minimum de moralité. Sorti de là il faut un patronage qui le suivra toute sa vie car il est incapable de se diriger lui-même. La loi de 1909 devrait donc être une loi d'assistance et non d'instruction publique, et son application dépendre du ministère de l'Intérieur.

En tout cas le rouage essentiel c'est la création de consultations, ce sera un bon commencement.

M. GAUTHIER. La loi de 1909 n'a pas donné ce qu'on en attendait à cause de son caractère facultatif.

Je dirige depuis 1902 une école avec classe annexée pour arriérés, les résultats ne sont pas ce qu'ils pourraient être pour plusieurs raisons : nous renvoyons les enfants trop tôt, à quatorze ans, ce qui fait onze ans pour un arriéré, ils nous parviennent souvent trop âgés, ils sont trop mêlés, un triage préalable serait indispensable. Il faudrait les avoir de sept ans à seize ou dix-sept ans, et de plus que nous soyons autorisés à faire de l'éducation professionnelle, et ensuite les faire suivre par des comités de patronage.

La création de consultations rendra des services pour le triage, pour le traitement c'est plus douteux tant que la loi n'aura pas un caractère obligatoire. Les parents les y conduisent une ou deux fois puis n'y retournent plus.

MM. LEREBOULLET et LESNÉ remarquent que la question s'est très étendue et dépasse les limites du point mis en discussion : les médecins des hôpitaux d'enfants demandent la création dans les hôpitaux de consultations spéciales pour les enfants arriérés, consultations auxquelles seraient joints quelques lits comme centres d'observation. C'est là le point le plus urgent.

— Comme conclusion de cette discussion la Société de pédiatrie vote à l'unanimité les vœux suivants :

Vœux adressés à l'Assistance publique. — 1° La Société de pédiatrie demande que soient créés dans les hôpitaux d'enfants des services de consultation de neuro-psychiatrie infantile pour le dépistage, le traitement et le placement des enfants anormaux.

2° Ces consultations seraient faites par des médecins spécialisés choisis par l'Assistance publique, et seraient pourvues du personnel nécessaire, notamment d'une assistante sociale.

3° Adjointes à un service de l'hôpital, elles disposeront d'un certain nombre de lits pour la mise en observation et le traitement nécessaire à certains anormaux.

4° Ces consultations spéciales devront se mettre et rester en relation avec les établissements pédagogiques ou de placement des anormaux : classes ou internats de perfectionnement, asiles d'aliénés, œuvres privées, etc.

Vœux adressés au gouvernement. — 1° La Société de pédiatrie s'adresse aux Pouvoirs publics pour lui demander que la loi du 15 avril 1909 sur l'instruction des enfants anormaux perde son caractère facultatif et que son application devienne obligatoire.

2° Que soit envisagée la création nouvelle de classes

annexées et d'internat de perfectionnement indispensables pour rendre cette application exécutable.

3° Donner une plus grande extension au placement familial des débiles intellectuels simples, non pervers, sous forme de centres de placement et sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse.

Vœu adressé à la Préfecture de la Seine. — Demander au Conseil général de la Seine les crédits nécessaires pour assurer le maintien du service des enfants arriérés de Bicêtre, non comme centre d'hospitalisation mais comme centre de classement de ces enfants en vue d'un placement définitif.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 MAI 1924)

La vaccination par l'anatoxine diphtérique. Son rôle préventif à l'égard de la conjonctivo-kératite diphtérique expérimentale du cobaye. — M. Chr. ZŒLLER. Utilisant la kératite diphtérique du cobaye dont il a précisé la technique dans une note précédente, l'auteur étudie l'immunité que confère la vaccination par l'anatoxine.

Un cobaye que cette vaccination protège après quelques jours contre plusieurs doses mortelles de toxine se trouve également immunisé contre la production expérimentale d'une kératite diphtérique.

Dans les limites où l'on est autorisé à conclure de l'animal à l'homme, ces faits soulignent l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine à l'égard de la toxi-infection à bacilles de Loëffler.

De la conjonctivo-kératite diphtérique expérimentale. — MM. Chr. ZŒLLER et MANOUSSAKIS décrivent une technique simple qui permet de réaliser d'une façon constante une kérato-conjonctivite à bacilles diphtériques chez le cobaye. Elle est basée sur l'utilisation de la bile qui, altérant légèrement la conjonctive, permet la fixation du bacille de Loëffler. Il en résulte la production d'un exsudat pseudo-membraneux où l'examen direct et la culture révèlent après quarante-huit heures de nombreux bacilles de Loëffler en culture pure. L'injection préalable de sérum antidiphtérique rend le cobaye réfractaire à l'inoculation.

Le critère humoral de la paralysie générale par la réaction de Lange modifiée. — MM. J.-A. SICARD et J. HAGUENAU décrivent une nouvelle technique de l'examen du pouvoir floculant du liquide céphalo-rachidien vis-à-vis d'une pseudo-solution d'or colloïdal. Ce mode opératoire donne des floculations totales avec des liquides de paralysie générale, des floculations nulles avec tous les autres liquides, syphilitiques ou non syphilitiques normaux ou anormaux.

Leurs résultats sont les suivants :

28 liquides normaux, 12 liquides anormaux mais non syphilitiques, 16 liquides syphilitiques mais non paralytiques ont donné des réactions négatives ;

Sur 33 liquides de paralysie générale, 31 ont donné des résultats positifs.

Le diagnostic de ces 2 cas négatifs mérite d'être discuté d'après les auteurs.

Le réseau anastomatique du cartilage primordial ne se transforme pas en réseau élastique. — M. DE KERVILY a soutenu que les fibrilles intraprotoplasmiques que l'on voit dans le prolongement des cellules embryonnaires se transforment en fibres élastiques, mais l'auteur a retrouvé aussi ces fibrilles dans les cellules embryonnaires des tissus qui n'ont jamais de fibres élastiques, comme dans les cartilages du côté.

Zona et herpès. Nouveaux essais de transmission à l'animal. — MM. Marcel BLOCH et E. TERRIS. Avec le liquide des vésicules de *zona* (10 cas), les auteurs n'ont obtenu aucune réaction cutanée, oculaire, nerveuse chez le lapin et le cobaye.

Le liquide céphalo-rachidien des mêmes malades, porté sur la cornée du lapin, ou dans la chambre antérieure de l'œil, n'a donné aucun résultat. De même avec le culot de centrifugation des liquides. Injecté dans la cavité rachidienne, ce dernier ne produit ni réaction nerveuse ni réaction cutanée.

Les fragments de ganglions lymphatiques du territoire zonateux, inoculés à la peau, à la cornée, ou mis au contact des centres nerveux, ne donnent aucune réaction

Chez un malade présentant simultanément un zona et un bouquet d'herpès apparu quelques jours auparavant, le liquide zonateux resta inactif, tandis que le liquide herpétique provoquait la kératite du lapin, fait pouvant servir de moyen diagnostique.

L'étiologie de l'encéphalite épidémique. — MM. LEVADITI, NICOLAU et POINCLOUX ont recherché les raisons du contraste entre la fréquence de l'herpès et la rareté de l'encéphalite épidémique. On sait que le virus de la maladie de von Economo, isolé pour la première fois par Levaditi et Harvier appartient au groupe des germes herpétiques. Les auteurs pensent que deux facteurs, au moins, interviennent pour déclancher l'encéphalite : d'une part, le *terrain* sur lequel le virus évolue; d'autre part, la *virulence propre du germe*.

En ce qui concerne le *terrain*, Levaditi, Nicolau et Poincloux montrent que la plupart des sujets humains jouissent d'une immunité naturelle à l'égard du virus herpético-encéphalitique. Certains individus seulement sont susceptibles de contracter la maladie par suite d'un fléchissement de cette immunité. L'expérience sur le singe confirme cette manière de voir. En effet, sur huit singes inférieurs et deux anthropoïdes innoculés par voie cérébrale avec le virus encéphalitique de passage, trois seulement se sont montrés réceptifs. Ils ont fait une encéphalite mortelle et il a été constaté, chez eux, des altérations caractéristiques du névraxe, consistant en une méningite à mononucléaires, en des foyers d'eucéphalite aiguë et en manchons périvasculaires. Chez deux de ces animaux, le virus fut retrouvé dans l'encéphale par innoculation au lapin, alors que le cerveau du troisième simien en était dépourvu. Cette expérience montre que le singe comme l'homme peut succomber à une encéphalite aiguë, sans que l'on puisse déceler le germe dans le névraxe, par inoculation au lapin. Il résulte de cette première série de recherches, qu'en général, l'espèce simienne, de même que l'espèce humaine, jouit d'un état réfractaire naturel à l'égard du germe de l'encéphalite léthargique. Toutefois, cet état réfractaire peut fléchir chez certains sujets et ce sont ceux-là précisément qui contractent l'infection.

Quant au facteur *virulence propre du virus*, les auteurs en établissent l'importance en étudiant les affinités dermotropes, cornéotropes et neurotropes de plusieurs souches de germes herpétiques et encéphalitiques isolées de l'homme. Le plus souvent, le virus de l'herpès présente des affinités ectodermiques proprement dites plus accusées que ses affinités névraxiques, alors que le germe de l'encéphalite est plus nettement neurotrope.

L'encéphalite se déclare donc chez des sujets prédisposés, contaminés par des souches de virus herpético-encéphalitique particulièrement neurotropes.

Influence de l'insuline sur le quotient et les échanges respiratoires des sujets non diabétiques. — MM. Guy LAROCHE et TACQUET ont constaté chez un sujet normal à jeun une élévation du quotient respiratoire et des échanges gazeux en CO^2 après injection d'insuline. Il en a été de même d'un cirrhotique et de deux basedowiennes. Chez ces sujets, le quotient respiratoire atteint en général l'unité dans un temps qui varie entre quarante-cinq et soixante-quinze minutes. Au contraire deux femmes obèses avec insuffisance thyro-ovarienne n'ont présenté que des modifications très faible du quotient respiratoire et les échanges gazeux en CO^2 ont été minimes ou même ont diminué.

Ces faits confirment l'expérience de Kollaway et Hughes sur un sujet normal. Ils montrent en plus qu'à faible dose l'insuline déterminé chez les divers sujets des modifications du quotient respiratoire et des échanges variables suivant l'état de certaines glandes à sécrétion interne. Il y a eu une opposition manifeste entre les deux sujets hyperthyroïdiens chez lesquels le quotient respiratoire et les échanges respiratoires se sont élevés très facilement et les deux sujets à tendance hypothyroïdienne qui ont résisté tout particulièrement à l'action de l'insuline.

Sur la présence de nodules lymphoïdes dans le poumon chez le cobaye. — M. A. GUIEYSSE-PELLISSIER. On trouve dans le poumon du cobaye, en plein parenchyme, des nodules lymphoïdes plus ou moins volumineux. La présence de ces nodules vient à l'appui de cette hypothèse, que l'auteur avait développée dans un précédent mémoire, qu'il existe dans le poumon un véritable organe lymphoïde diffus.

Election. — M. GUILLERMOND est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 31 MAI 1924)

Action des solutions salines sur les pseudopodes leucocytaires. — MM. Noël FIESSINGER et André JANEIN rapportent les résultats de leurs expériences sur ce sujet. Les solutions de chlorure de Mg, à concentrations égales, se montrent plus favorables au pseudopodisme que les solutions de chlorure de Na. Les taux les plus favorables de sels purs et anhydres sont de 8 à 9 p. 1000.

M. ACHARD rappelle qu'il a étudié l'action des solutions salines sur la phagocytose et sur les granulations mobiles des leucocytes. Leur action sur l'activité des pseudopodes est un aspect différent et intéressant de la question.

Pouvoir diurétique du liquide de perfusion rénale. — M. Charles RICHET fils met en évidence l'action diurétique du liquide de perfusion rénale. Il présente des graphiques qui montrent que la diurèse produite dans ces conditions est constante, mais de durée et d'intensité variables.

Pouvoir pathogène des bacilles tuberculeux filtrés. — M. Henri DURAND (présenté par M. Vaudremer) montre que les bacilles tuberculeux peuvent déterminer, chez le cobaye, des lésions tuberculeuses qui ne diffèrent en rien des lésions tuberculeuses expérimentales classiques.

Action de la gélatine sur le phénomène de d'Hérelle. — M. Paul HAUDUROY rappelle le fait signalé par Doerr : la lyse des bactéries par le bactériophage ne se fait pas en gélatine. Il pense que cette action est due à la grande viscosité du milieu. Il apporte à l'appui de cette hypothèse une série de faits expérimentaux. Le bactériophage a besoin d'entrer en contact avec la cellule bactérienne, pour la parasiter probablement et exercer son action, comme font d'ailleurs tous les ultravirus.

Utilisation de la lampe à trois électrodes pour la mesure de la résistance du corps humain. — MM. André STROHL et Henri IODKA montrent comment, grâce à l'emploi d'une lampe à trois électrodes comme valve, on peut déterminer approximativement la valeur de la résistance du corps humain, dès la fermeture du courant, c'est-à-dire, avant que les phénomènes de polarisation aient eu le temps d'intervenir pour altérer l'intensité du courant qui traverse les tissus. Cette valeur est très faible par rapport à celle qu'on mesure par les procédés ordinaires, environ 300 volts dans les conditions ordinaires de l'électrodiagnostic. Cette méthode, en permettant une étude séparée des facteurs qui conditionnent la résistance apparente totale paraît susceptible d'utiles applications physiologiques et médicales.

NOTE DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

CHRONIQUE

EXPANSION SCIENTIFIQUE LATINE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE (UMFIA).

L'Union médicale franco-ibéro-américaine, ou UMFIA, vient de tenir ses assises, où, devant de nombreux membres, elle a récapitulé son œuvre considérable, qui fut initiale et initiatrice, et précisé ses directives agrandies.

Le but de cette puissante association est d'entretenir des relations scientifiques et amicales entre les médecins français et les médecins ibéro-américains ; elle a donc *un caractère international latin.* — Fondée en 1912 par les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur L'Hardy, elle avait admis le principe conditionnel pour ses membres de la connaissance de l'espagnol. L'UMFIA a été ainsi la première à créer un sentiment d'union basé sur l'*idée nouvelle* d'une langue commune adoptée, le Castillan, fils du Romain, frère du Français. Elle a, sur tout le territoire de la France, su trouver tous ceux qui connaissaient la langue de Cervantès, de Lopez de Voga, de Blasco Ibanez et de Gomez Carrillo, les a réunis en un faisceau verbal de magnifique irradiation, et c'est elle qui a contribué à provoqner un grand mouvement en faveur de cette *langue alliée et fraternelle*. Le nombre des médecins français parlant espagnol s'est accru notablement dans ces derniers temps.

C'est l'UMFIA qui a inauguré les voyages de médecins espagnols en France, qui a été la première à envoyer des médecins français en Espagne (1) où ils ont été faire des conférences. *De simples praticiens* ont été de chaque côté les premiers à pratiquer le fameux *interéchange scientifique si désiré des nations latines*, interéchange qui est devenu, grâce à l'UMFIA, qui a donné l'exemple, professoral.

Elle a reçu les premiers voyageurs scientifiques espagnols (1912) et les a fêtés dans un banquet qu'elle a fait présider par le doyen Landouzy et vice-présider par notre ami le professeur J.-L. Faure.

Depuis la guerre, elle a participé activement à toutes les manifestations espagnoles et sud-américaines en France : réception des professeurs de Barcelone et de Valence, avec le recteur Vargas à leur tête, du professeur Lozane (de Saragosse), du professeur Recasens, doyen de la Faculté de Madrid ; du professeur Gil Casarez, à la Faculté de Paris ; des professeurs Vargas et Suner, chez le professeur Nobécourt ; du professeur Recasens, chez le professeur Brindeau, etc. Elle vient d'organiser le voyage du docteur Pauchet en Espagne, qui a été y faire briller la chirurgie française.

Par les articles de presse, par les voyages nombreux de plusieurs de ses membres, par ses rapports avec les Facultés de France (surtout celle de Paris, grâce à l'appui bienveillant du doyen Roger qui a, le premier, compris réellement dans le monde officiel l'utilité de cette action scientifique française, alliée à l'action scientifique ibéro-américaine, et nous a aidés à faire sortir ce monde éminent de sa haute tour d'ivoire), par ses rapports avec l'ADRM ou association pour le développement des relations médicales, avec le *Comité France-Amérique*, avec la *Casa Española de Paris*, le *Foyer médical français* qu'un certain nombre d'entre nous sommes en train de former pour les praticiens français et amis, par ses relations, grâce à des *collaborateurs médicaux*, avec plus de 30 quotidiens, 60 revues et journaux scientifiques de France, d'Espagne et d'Amérique, avec plus de 50 sociétés savantes par ses filiales en province, aux colonies, en Espagne, Portugal et Amérique, ses Comités d'honneur comprenant presque toutes les sommités médicales de ces *pays qui fraternisent dans une culture identique* et un sentiment ethnique commun, par ses mille membres actuels, l'UMFIA continue son œuvre qui est à la fois patriotique et internationale.

L'Union médicale franco-ibéro-américaine vient d'élire son nouveau bureau : Président : Dartigues, président de la

(1) Rappelons que la *Gazette des hôpitaux* a été le premier journal de médecine qui s'est intéressé à ce mouvement en envoyant son collaborateur, le docteur Gaullieur L'Hardy, à Madrid, en 1913. *N. D. L. R.*

Société des chirurgiens de Paris; vice-présidents : Bandelac de Pariente, médecin du Consulat général d'Espagne à Paris; E. Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan; Lardennois, professeur agrégé à la Faculté de Paris; secrétaire général : Mathé; secrétaire général adjoint : Molinéry; trésorier : Stepinski; archiviste : Armengaud.

Elle a admis parmi ses nouveaux membres d'honneur : Les professeurs Marfan, Nobécourt, Brindeau, Sicard, Guillain, Marion (de Paris), le professeur Roule (du Muséum), le professeur Bardier (de Toulouse), Gaullieur L'Hardy (fondateur, vice-président d'honneur).

Le Conseil d'administration est composé des docteurs Berry, Cathala, Cayla, Farez, Feveau de Courmelles, Fumouze, Gardette, Lippmann, Milian, Rehm, Reunburg, Sanchez de Silvera, Clément Simon, Torrès de Mendiola, Weill-Hallé, Zarzicki.

Elle vient de créer des bourses de voyage de 2.000 francs pour les étudiants français, espagnols et américains : celles *du professeur Lozane* (*de Saragosse*), *des docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Pauchet, Cathelin.* C'est le doyen de la Faculté de Madrid et le doyen de la Faculté de Paris qui désigneront, à la demande de l'UMFIA, chacun pour leur pays respectif, les jeunes docteurs les plus dignes, sous la condition, pour les uns de connaître le français, pour les autres de connaître l'espagnol.

Les statuts de l'UMFIA, élargis, ne demandent plus à ses membres que d'être de nationalité française, espagnole, portugaise, sud-américaine, et n'exige d'eux que de s'intéresser d'une façon active à l'œuvre de patriotisme et d'internationalisme latin dont elle a été la promotrice.

Ceux qui désirent s'inscrire à l'Union médicale franco-ibéro-américaine, ou UMFIA, devront s'adresser au siège de la Société (docteur Dartigues, 85, rue de la Pompe, Paris). La cotisation annuelle est de 25 francs, le droit d'entrée de 20 francs.

Le Corps diplomatique franco-ibéro-américain s'est associé à l'œuvre d'amitié et de cordialité du monde médical des pays de langue française, espagnole et portugaise. Le vicomte de Fontenay, ambassadeur de France à Madrid, a donné l'exemple des généreuses donations à l'UMFIA.

DARTIGUES,
Président fondateur de l'Union médicale franco ibéro-américaine, ou UMFIA.

LIVRES NOUVEAUX

La Valeur diagnostique du pigment hépatique dans la malaria (1) par le docteur Ciro Luis URRIOLA (de Panama).

Le livre du docteur Urriola est consacré à la description et à la signification d'un symptôme qui, d'après l'auteur, a une valeur pathognomonique dans la malaria, à savoir la présence d'un pigment noir caractéristique dans le sang et surtout dans l'urine des paludéens. Ce signe, presque constant et spécial aux malariens, s'observe à toutes les périodes ou dans toutes les formes aiguës ou chroniques de l'infection, que le patient ait ou non absorbé de la quinine. Il est donc de beaucoup supérieur au diagnostic bactériologique, si délicat et si souvent en défaut, du paludisme. Le docteur Urriola a pu ainsi rattacher à la malaria nombre d'affections nouvelles ou contestées, telles que certaines formes de névralgies, d'œdèmes, d'avortements à répétition ou de béribéri. Qu'on ajoute à la valeur de ce signe la simplicité de la technique de recherche et l'on comprendra l'immense portée pratique de ce livre. L. G.

(1) In-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS HÉPATO-BILIAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE[1]

Les porteurs de germes. — Le fait que la vésicule déverse constamment dans l'intestin une bile chargée de bacilles est un fait d'un intérêt primordial. Car cette élimination continue alors même qu'il n'y a plus de septicémie, alors même que l'immunité est acquise et que le malade est convalescent. En suivant l'élimination intestinale des bacilles dans les matières fécales on a constaté qu'on retrouve facilement le bacille pendant six semaines à trois mois après la chute de la température.

Il est probable que l'élimination bactérienne par l'intestin joue alors un rôle minime. C'est l'élimination par la vésicule qui doit être incriminée. Les sujets ne ressentent aucun trouble, paraissent en excellent état de santé et ne prennent aucune précaution hygiénique particulière; mais ce sont des *porteurs de germes*, qui peuvent être dangereux pour leur entourage; on a pu établir qu'ils étaient responsables de certaines épidémies. Certains individus restent porteurs de germes pendant *des années* après leur typhoïde, peut-être même indéfiniment.

La chirurgie moderne a permis de mettre en évidence sur le vif l'infection éberthienne de la vésicule; certains chirurgiens ont pratiqué des interventions sur la vésicule de porteurs de germes en vue de supprimer l'excrétion des bacilles par les matières; on a pu de cette façon constater directement la pullulation dans la vésicule biliaire de bacilles identiques à ceux trouvés dans les matières fécales.

Souvent l'ablation de la vésicule est efficace et fait disparaître les bacilles des matières fécales.

Le fait cependant n'est pas absolument constant et des observations récentes ont montré que parfois, rarement il est vrai, l'élimination des bacilles persistait; ce qui prouve qu'il y avait un certain degré d'élimination bactérienne par la muqueuse intestinale.

Si le traitement chirurgical, chez les porteurs de germes, ne peut être qu'une exception, l'enseignement qu'on peut en retenir est intéressant; il confirme la nécessité d'une désinfection longtemps prolongée des voies biliaires par les antiseptiques usuels.

Diagnostic. — Il se pose différemment selon que les symptômes hépatobiliaires apparaissent au cours de la typhoïde ou en dehors de toute typhoïde reconnue.

1° AU COURS DE LA TYPHOIDE. — *a.* APPARITION D'UN ICTÈRE. — Eliminer les *coïncidences*. Par exemple une oblitération calculeuse du cholédoque. Rechercher l'*état de la vésicule*, car il y a des cholécystites aiguës eberthiennes avec ictère. Dans ce cas il y a prédominance de symptômes vésiculaires.

Le véritable problème d'ailleurs est moins de faire un diagnostic qu'un *pronostic* : il faut rechercher les petits signes de l'ictère grave.

b. APPARITION D'UNE DOULEUR SOUS-HÉPATIQUE. — S'agit-il d'une cholécystite? Le diagnostic est souvent difficile. Il faut penser aux causes suivantes :

La *douleur iliaque de la typhoïde* est plus ou moins intense avec plus ou moins de réaction péritonéale au voisinage des plaques de Peyer ulcérées.

L'appendicite.

La rupture du grand droit.

Ou même une colique hépatique ou néphrétique intercurrente.

Si l'intensité des phénomènes péritonéaux montre qu'on est en présence d'une perforation, le diagnostic reste difficile entre une cholécystite perforée et une perforation intestinale. Il faut se baser sur la localisation de la douleur. A noter qu'on a signalé du mélæna dans certains cas de cholécystite.

Le diagnostic est particulièrement difficile chez le typhique prostré au troisième ou quatrième septenaire, à cause du peu d'intensité des phénomènes péritonéaux; il faut alors discuter surtout le collapsus cardiaque.

c. S'il existe une tuméfaction sous-hépatique le diagnostic est plus facile. Seule l'appendicite sous-hépatique est à discuter.

d. Quand on a diagnostiqué une cholécystite il faut encore en préciser le degré (catarrhale ou suppurée) ou, ce qui revient au même, l'indication opératoire. Il faut se baser sur la fièvre, l'état général, les frissons, l'empâtement périvésiculaire.

2° EN DEHORS DE LA TYPHOIDE. — En présence d'un ictère infectieux ou d'une cholécystite, il faut chercher à établir s'il s'agit d'une infection eberthienne.

Ce diagnostic ne peut être porté fermement que grâce au laboratoire. (Séro-diagnostic de Widal ou culture de la bile si on a l'occasion d'opérer la cholécystite).

Le diagnostic peut être *soupçonné* quand on se trouve par exemple en présence d'une *épidémie* d'ictères; ou bien quand, en présence d'une cholécystite, on retrouve dans les antécédents plus ou moins éloignés une typhoïde.

Traitement. — 1° ICTÈRE. — Un traitement par du salicylate de soude et du calomel à petites doses suffit habituellement.

Si au bout de trois semaines un ictère fébrile ne s'améliore pas, la question du drainage des voies biliaires se pose (Quénu et Duval). En pratique l'occasion d'une telle intervention se présente très rarement.

2° CHOLÉCYSTITE AIGUE. — Le seul point délicat en pratique est de décider une intervention pour une cholécystite au cours d'une typhoïde.

La cholécystite catarrhale doit être traitée par le repos et la glace. Si la cholécystite est suppurée et à plus forte raison si elle est perforante et que l'état général du malade le permet, l'intervention doit se faire. Mais trop souvent chez un typhique prostré une intervention chirurgicale est chose grave, ce qui explique la grande mortalité des cholécystites perforantes opérées même précocement.

Bibliographie. — 1° *Traité* de ROGER, WIDAL, TEISSIER. T. III; 2° *Traité* de GILBERT et THOINOT. T. III; 3° CASTAIGNE et CHIRAY. *Maladies du foie*; 4° LAIGNEL-LAVASTINE. L'infection eberthienne biliaire aiguë. *Gaz. des hôpit.*, 1909; 5° GARNIER et REILLY. Ictères typho-parathyphiques. *Paris méd.*, n° 39, 1923.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n°s 45, p. 752, et 47, p. 791.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DIPLOME D'ÉTAT

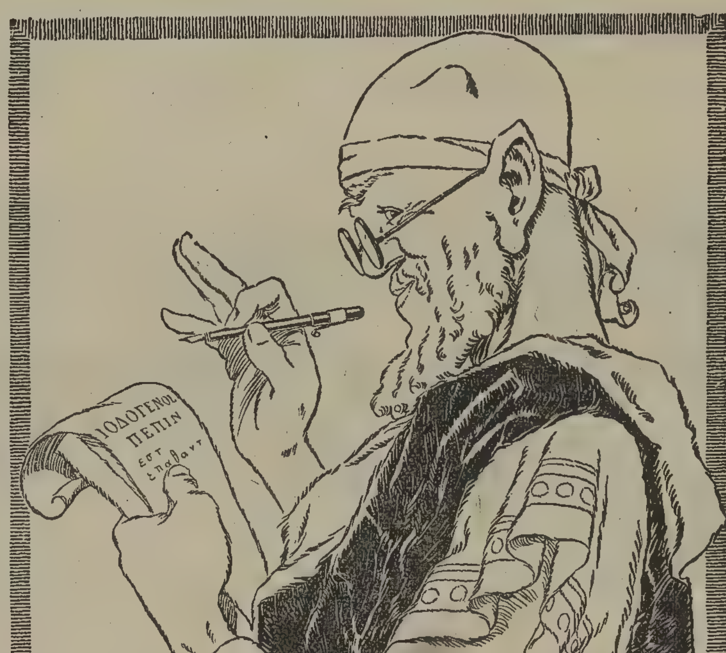
M. Grinda, député, a demandé à M. le ministre de l'Instruction publique si, depuis le décret du 29 décembre 1906, sont intervenues des dispositions légales ou réglementaires en vertu desquelles le titulaire du diplôme d'Université de docteur en médecine serait dispensé, pour postuler le diplôme d'Etat, de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences et pourrait utilement produire à cet effet le diplôme d'un baccalauréat restreint, dont l'obtention serait facilitée aux étudiants qui ont été mobilisés et aux étrangers.

Le ministre a fait la réponse suivante :

« Aucune disposition nouvelle n'est venue modifier le décret du 29 décembre 1906 aux termes duquel les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère admis à postuler le doctorat universitaire mention médecine peuvent, en cas de naturalisation ultérieure et après avis du Comité consultatif de l'enseignement public, être autorisés à postuler avec dispenses partielles le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du grade de licencié ès sciences. Le diplôme de bachelier obtenu à la suite des épreuves restreintes prévues par le décret du 10 janvier 1919 en faveur des démobilisés des armées alliées confère les mêmes droits que le diplôme délivré dans les conditions normales. » (*Journ. off.*, 29 mai).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 10 fr.	6 mois : 18 fr.	1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juin 1924. — MM. Mouquin, 18; Hutinel, 20; Paraf, 18,27; Cathala, 18,36.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Paul Bonnet, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— Villeurbanne. — Le concours pour une place de médecin de l'hôpital de Villeurbanne s'est terminé par la nomination de M. Faujas.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Cadiot, sous-directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris est désigné pour suivre les cours du centre des hautes études militaires, en 1925.

XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XXIVe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mercredi 8 octobre 1924, sous la présidence de M. Genouville.

Question mise à l'ordre du jour : « La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. » Rapporteurs : MM. Rochet et Thévenot (de Lyon).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (7e).

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Les « Médecins parisiens de Paris » se sont réunis, le 5 juin, sous la présidence de MM. les professeurs Charles Richet et Balthazard. Pour fêter, en ce premier dîner, le baptême de leur Société, c'est sur les eaux de la Seine, en la péniche parisienne *Fluctuat nec mergitur*, qu'ils s'assemblèrent joyeusement au nombre d'une trentaine : Professeur Balthazard, Blondin père et fils, Bongrand, Bouquet, Bourguignon, Cachera, Dartigues, Devraigne, Didsbury, Dubrisay, H. Duclaux, Fège, Galliot, Gérard, Gillet, Molina, Piot, Prost, professeur Richet, Rolet, Rouhier, Schaeffer, Springer, Tissier, Vaudremer, Vimont, Vitry, Wallon.

La franche cordialité qui régna au cours du repas, ainsi que les nombreuses candidatures annoncées, font bien augurer de l'avenir de cette jeune Société.

Adresser les demandes de statuts au secrétaire général : M. le docteur Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, 8e.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — Treize leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques éléments d'orthopédie pratique, par le docteur E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime; Mozer, Parin, chefs de laboratoire de l'hôpital maritime; du docteur Lance, assistant d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades, et du docteur Ducroquet, du 15 au 30 juillet 1924.

Programme des cours. — *15 juillet.* — Mal de Pott. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

16 juillet. — Mal de Pott. Diagnostic et traitement. Les pseudo-maux de Pott (arthrites sèches vertébrales, épiphysite de croissance, etc.).

17 juillet. — Coxalgie. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

18 juillet. — Coxalgie. Diagnostic et traitement. Les pseudo-coxalgies : ostéochondrites, arthrites déformantes, arthrites infectieuses chroniques, coxa vara, etc.

19 juillet. — Tumeur blanche du genou.

21 juillet. — Ostéites et ostéoarthrites tuberculeuses du pied.

22 juillet. — Tuberculose de l'épaule, du coude et du poignet.

23 juillet. — Ostéites tuberculeuses. Spinas ventosas. Abcès froids des parties molles.

24 juillet. — Généralités sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires. Eléments de diagnostic fournis par le laboratoire et la radiographie.

25 juillet. — Ostéites et ostéoarthrites non tuberculeuses. Diagnostic clinique et diagnostic de laboratoire.

26 juillet. — Adénites chroniques. Leur traitement (cure hélio-marine, radiothérapie, traitement chirurgical). Rachitisme. Traitement des déformations.

27 juillet. — Les scolioses et leur traitement. Luxation congénitale de la hanche.

28 juillet. — Physiologie de la marche normale et des marches pathologiques (avec films cinématographiques du docteur Ducroquet).

Les cours auront lieu l'après-midi, à 2 heures, à l'hôpital maritime. Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques. Examens cliniques les lundis. Opérations et ponctions les mardis et vendredis. Plâtres et appareils amovibles les mercredis et les samedis. Démonstrations de laboratoire les jeudis.

Droits d'inscription : 150 francs. Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Parin, hôpital maritime Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guebhard, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de quatre-vingts ans, à Pierrefonds; Pedro-Lugeol, chirurgien honoraire de la Maternité de Bordeaux; A.-L.-A. Wagon (de Lens, Pas-de-Calais), et de M. Beauvais, étudiant en médecine, décédé à Bolbec.

CHRONIQUE

SOUSCRIPTION POUR L'ACHÈVEMENT DE L'HOPITAL AMÉRICAIN DE PARIS

C'est le 16 juin que s'est ouverte la campagne entreprise par la colonie américaine de Paris pour recueillir les fonds nécessaires pour terminer le « Memorial Building » qui est adjoint à l'Hôpital Américain de Paris. Comme cela a lieu aux Etats-Unis, cet hôpital est édifié et entretenu par des contributions volontaires de citoyens américains.

De nombreux Américains résidant en France ont offert leurs services et tous leurs compatriotes qui voyagent en ce moment en Europe ont été invités à joindre leurs efforts pour recueillir des fonds.

L'ambassadeur Myron T. Herrick, le consul général Thackara sont à la tête du comité dont M. Charles F. Greene est le président. M. Cyrus P. Keen, directeur de la campagne, escompte pour la fin de la semaine la souscription des 550.000 dollars qui sont nécessaires pour achever le « Memorial Building » déjà à moitié construit.

L'hôpital actuel, qui ne peut contenir que 32 lits, ne répond plus aux besoins des Américains vivant en France ou en Europe et de ceux qui viennent ici pour affaires, c'est pour cela qu'il est nécessaire de le compléter immédiatement, il pourra contenir de la sorte 120 lits.

Le nouveau « Mémorial Building » de l'Hôpital Américain de Paris a été appelé ainsi pour commémorer les glorieux services rendus par des milliers d'Américains pendant la guerre.

L'Hôpital Américain de Paris est situé à Neuilly-sur-Seine, bâti sur une partie de l'ancien Parc de Neuilly, d'une superficie de près de 1.500 mètres carrés formant ce que l'on appelle en Amérique un « block » limité par trois boulevards et une rue; il va s'agrandir d'une belle construction établie suivant les règles et méthodes américaines.

Pour terminer les édifices et leur complet aménagement dont les devis atteignent 1.097.000 dollars, il manque 550.000 dollars. C'est pour recueillir cette somme que l'on mène la campagne de cette semaine. Il est désirable que de nombreux Français envoient leurs généreuses offrandes à l'une des banques américaines de Paris chargées de recueillir les fonds par exemple à Morgan Harjes et Co, 14, place Vendôme, ou à The Equitable Trust Co, 23, rue de la Paix.

Dr J.-M. LE GOFF.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 23 JUIN AU 28 JUIN 1924)

Mardi 24 juin. — Jury : MM. Bezançon, président; Jeanselme, Chauffard, et Carnot. — Mlle Mouroux. Essai sur l'évolution des conceptions scientifiques de la vie organique. — M. Thorin (Paul). L'héliothérapie dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. — M. Colombeau (Pierre). L'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. — M. Denis (M.). Etude sur la pathogénie de l'ulcus du duodénum. — M. Degisors (Jean). Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse. — M. Hallot. Chancre syphilitique de la main. — M. Gerbay. La réaction de Bordet-Wassermann et la pathologie générale de la syphilis.

Mercredi 25 juin. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Teissier, Legueu et Labbé (M.). — M. Ali Echref. Néphrite chronique et hématurie. — M. Kakotomalala (A.). Fièvre récurrente à Madagascar. — M. Trocky (Sender). Sur un cas d'absence congénitale du tibia. — M. Quintard (Emile). Etude des exastoses ostéogéniques de la face de l'omoplate. — M. Chazelas (H.). Décollement de l'extrémité supérieure du radius chez l'enfant. — M. Portniaghine (C.). Brides circulaires amniotiques et sillons congénitaux. — M. Perrin (Paul). Etude des complications de la leucémie myéloïde.

Jeudi 26 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Marfan, Nobécourt et Claude. — M. Markovitch. Etude de l'hémi-hypertrophie congénitale de la face. — M. Denis (G.). Les méningites à pneumobacilles de Friedlander. — M. Bois-selet (F.). Etude des endocardites infectieuses surajoutées à une affection du cœur. — M. de Massary (J.). Le système neuro-végétatif dans les syndromes postencéphalitiques. — M. Lob. Etude de la réduction des hallucinations. — M. Badonnel (M). Etude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie.

Vendredi 27 juin. — Jury : MM. Sebileau, président; Hartmann, Broca (Aug.) et Joyeux. — Mlle Astaix. Suites immédiates de la gastro-entérostomie. — M. Rappoport (Léon). Des fractures de l'humérus dans la paralysie infantile. — M. Alayrangues (E.), Syndactylie par brides amniotiques. — M. Blanchon (Lucien). Utilité de la syndesmotomie. — M. Leplat (G.). Traitement de l'ozène par la vaccinothérapie locale. — M. Quermonne (René). La radiologie dans le cancer de l'œsophage.

Samedi 28 juin. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Faure (J.-L.), Duval et Cunéo. — M. Corlay (Paul). Du Synchisis. — M. Poirier-Gurval (L.). Des parotidites au cours de l'appendicite. — M. Chlyvitch (B.). Etude du cancer du rectum chez la femme. — M. Mercier. Etude du syndrome douloureux du colon proximal.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Relations de Paris avec le Dauphiné. — L'attention des voyageurs désireux de se rendre dans les villes d'eaux et les centres de séjour du Dauphiné est appelée sur les relations suivantes :

Rapide de jour : 1re, 2e et 3e classes : Paris, départ, 8 h.; Grenoble, arrivée, 19 h. 45.

Rapide de nuit : places de luxe, 1re, 2e et 3e classes : Paris, départ, 20 h. 45; Grenoble, arrivée, 6 h. 55.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉNINGITE OTOGÈNE

Par M. Maurice LANOS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les suppurations de l'oreille moyenne, qu'elles soient aiguës ou chroniques, peuvent à un moment quelconque de leur évolution, réagir sur les organes voisins, labyrinthe, sinus latéral, méninges, encéphale, et produire ces redoutables complications intracraniennes qui viennent, encore trop souvent, assombrir leur pronostic général d'ensemble. Parmi ces complications, l'envahissement des espaces sous-arachnoïdiens tient une place prépondérante de par sa fréquence relative, et surtout de par sa gravité.

La méningite otogène peut venir compliquer n'importe quelle variété d'otite, d'apparence bénigne ou grave, peut s'associer ou succéder à d'autres lésions auriculaires existantes, peut à n'importe quel moment venir troubler l'évolution d'une suppuration auriculaire et transformer en un pronostic autrefois fatal, aujourd'hui encore très sombre, un pronostic jusque-là favorable. Elle peut revêtir tous les aspects, celui de la méningite purulente diffuse aiguë qui évolue rapidement et tue en quelques jours, voire en quelques heures — celui de la labyrinthite suppurée se propageant lentement aux espaces sous-arachnoïdiens — celui de la méningite toxique comme celui de la méningite séreuse aseptique. Dans le cours de son évolution, elle peut parcourir plusieurs de ces étapes anatomiques, sa gravité progressive se mesurant presque par la transformation purulente progressive du liquide céphalorachidien. Si certaines méningites peuvent guérir, si le médecin a parfois le temps et le moyen d'intervenir, c'est parce que des recherches récentes, la précision de certaines épreuves auriculaires, la véritable « biopsie » que réalise la ponction lombaire, permettent de préciser avec certitude, non seulement l'état anatomique des espaces sous-arachnoïdiens, mais encore et surtout l'état des milieux auriculaires, l'atteinte plus ou moins grande du foyer initial de l'infection, le degré de l'envahissement des méninges. C'est qu'en effet, le traitement chirurgical de la méningite otogène, quelle que soit sa forme, est avant tout un traitement auriculaire, et c'est par l'étude systématique des différentes fonctions auriculaires, associée à l'étude systématique du liquide céphalo-rachidien que l'on pourra dépister la complication sous-arachnoïdienne commençante et ne pas laisser échapper le bref « instant chirurgical » de la diffusion méningée.

Voies d'infection. Etiologie. — *a.* Voies d'infection. — Si la méningite peut compliquer n'importe quelle otite, aiguë ou chronique, il importe beaucoup de préciser par quelles voies l'infection peut gagner l'endocrâne et parmi ces voies différentes, quelles sont les plus fréquemment suivies. En réalité, parmi les très nombreux chemins qui peuvent conduire le pus de la cavité oto-mastoïdienne vers les méninges, trois surtout sont à retenir, le toit de la caisse, la face postérieure de l'antre et principalement le labyrinthe, les autres ne sont qu'accessoires.

Le toit de l'oreille moyenne. — Qu'il s'agisse de la caisse, de l'aditus ou de l'antre, il est représenté par une frêle lamelle osseuse, appartenant en partie à l'écaille, en partie au rocher, avec la suture pétro-squameuse, vestige de l'union de ces deux os. Cette lamelle osseuse présente souvent des déhiscences « en trous de mites » (Mouret) où les deux membranes, muqueuse de la caisse et dure-mère, s'accolent dos à dos. L'infection issue de la caisse peut ainsi s'avancer vers les espaces sous-arachnoïdiens, soit rapidement, en brûlant les étapes, soit généralement de façon plus progressive, en déterminant successivement un abcès extradural (collecté entre la dure-mère et l'os et limité par des adhérences), puis intradural et se rompant dans les méninges. Ce serait là, comme nous le verrons plus loin, une voie d'infection relativement favorable, en raison, d'une part de la lenteur de l'envahissement méningé, permettant une certaine défense de l'organisme, d'autre part du point de localisation initiale de la méningite, au niveau de la fosse cérébrale moyenne.

La face postérieure de l'antre. — Parmi les diverses variétés de cellules mastoïdiennes que l'on peut rencontrer, et qui sont multiples, il en est où il existe des cellules aberrantes rétro-labyrinthiques, répondant à la partie antérieure de la gouttière sigmoïde, pouvant participer à l'infection suppurée de la cavité oto-mastoïdienne, et servir d'intermédiaire entre la caisse d'une part, la face postéro-supérieure du rocher et les méninges cérébelleuses d'autre part.

Le labyrinthe. — Mais le labyrinthe représente de beaucoup la voie de propagation la plus importante et la plus intéressante ; la plus importante de par sa fréquence, la plus intéressante de par les ressources thérapeutiques qui peuvent lui être appliquées. Dans le cours d'une otite, aiguë ou chronique, le labyrinthe peut s'infecter par différentes voies, dont les plus fréquentes sont les fenêtres et le canal semi-circulaire externe. La fenêtre ovale et la fenêtre ronde représentent des points faibles de la capsule labyrinthique, et l'infection se trouve alors conduite au cœur même du labyrinthe, en plein vestibule, pour de là s'étendre rapidement. Au cours des otorrhées chroniques, la paroi interne de l'antre sur laquelle fait saillie le canal semi-circulaire externe, est souvent atteinte, et il en résulte une zone ostéitique, une fistule, par où les membranes de l'antre et du canal semi-circulaire, adossées, peuvent participer aux mêmes infections. Par là encore le pus envahira le canal semi-circulaire, et si des adhérences n'ont pas le temps de se créer, diffusera du vestibule aux méninges. D'autres fois, enfin, une fistule du promontoire (surtout dans la tuberculose de l'oreille), une ostéite des canaux semi-circulaires verticaux, une nécrose totale scarlatineuse du limaçon seront les voies suivies par l'infection.

Comme nous le verrons plus loin, on peut dire que pratiquement, seule, la labyrinthite totale peut se compliquer de méningite. Les labyrinthites partielles, lorsqu'elles ne guérissent pas, ou bien restent localisées, ou bien détruisent la totalité de l'organe avant d'envahir les méninges. Cet envahissement se fait principalement par le conduit auditif interne, l'aqueduc du limaçon ou l'aqueduc du vestibule, mais dans tous ces cas, il existe parfois un

stade de méningite enkystée [abcès du conduit auditif interne de Politzer et Lange, abcès rétro-labyrinthique (Hautant)] qui précède un certain temps la diffusion méningée.

Ces différentes voies, toit de l'oreille moyenne, face postérieure de l'antre, labyrinthe, ne sont pas les seules par lesquelles le pus peut envahir les espaces sous-arachnoïdiens. Il en est d'autres, plus rares, sur lesquelles nous n'insisterons pas. C'est ainsi que le canal de Fallope, parfois déhiscent au niveau de la caisse, peut conduire l'infection au niveau du conduit auditif interne, ou encore vers la face antéro-supérieure du rocher par les canalicules des nerfs pétreux superficiels; de même des cellules aberrantes de la caisse, sous-labyrinthiques, peuvent aller jusqu'au voisinage du conduit auditif interne. Dans d'autres cas, c'est par l'intermédiaire d'une thrombo-phlébite du sinus latéral que la méninge cérébelleuse sera la première envahie. Enfin, le canal pétro-mastoïdien sur lequel Mouret a attiré l'attention, peut encore servir d'intermédiaire entre l'oreille et l'endocrâne. Signalons également la rupture possible d'un abcès otogène cérébral latent, soit en dehors, vers la corticalité, soit en dedans, dans les ventricules, et provoquant une méningite diffuse suraiguë.

Ce ne sont pas là, à vrai dire, des considérations d'un intérêt purement théorique, et les recherches récentes, principalement des auteurs anglais ou américains, montrent l'importance pratique que joue la voie suivie par l'infection pour aller à l'endocrâne, dans la diffusion de l'infection méningée. C'est qu'en effet, ces diverses voies que nous avons succinctement étudiées plus haut, se résolvent en une double alternative qui, pour certains auteurs, aurait une énorme importance pronostique : ou bien l'infection (venue du toit de l'antre, des canalicules pétreux superficiels, etc.), apparaît d'abord au niveau de la fosse cérébrale moyenne; ou bien (venue du labyrinthe, du canal de Fallope, qu'il y ait ou non abcès du conduit auditif interne ou abcès rétro-labyrinthique), elle apparaît d'abord au niveau de la fosse cérébrale postérieure ou fosse cérébelleuse.

Dans le premier cas, l'envahissement des espaces sous-arachnoïdiens sera relativement lent. C'est qu'il n'y a pas, dans la fosse cérébrale moyenne au niveau de la paroi pétreuse antéro-supérieure, de confluent arachnoïdien pouvant disséminer rapidement l'infection. Il en résulte une certaine lenteur dans l'évolution de la méningite, et certains auteurs ont même cru pouvoir différencier cliniquement une forme de « méningite de la fosse cérébrale moyenne ». Au contraire, dans le deuxième cas, l'infection est massive, gagne immédiatement le grand confluent arachnoïdien postérieur; le liquide céphalo-rachidien se prend rapidement en totalité, et les ponctions lombaires consécutives montrent rapidement l'altération grandissante du liquide (1). Certains symptômes cliniques, comme nous le verrons, permettraient également de différencier, dans une certaine mesure, cette forme de méningite postérieure (1).

b. Etiologie. — La méningite peut succéder à n'importe quelle forme d'otite, aiguë ou non, compliquée ou non. Nous n'insisterons pas sur les considérations d'ordre didactique tirées de l'examen de causes secondaires [sexe du malade, âge (bien que la méningite s'observe de préférence chez l'adulte), hérédité, maladies concomitantes (diabète, maladie infectieuse), siège à droite ou à gauche de l'otite, etc.). Ce n'est pas que ces considérations, pour secondaires qu'elles soient, n'aient en elles-mêmes aucune valeur; mais aucune ne peut servir, en présence d'un malade, à affirmer un diagnostic.

Comme l'a montré M. Lermoyez, aucun signe tiré de l'oreille moyenne ne peut faire prévoir la méningite. Tout au plus, peut-on accorder une certaine valeur pronostique d'ensemble à l'existence d'un cholestéatome, ou de lésions ostéitiques, perceptibles au stylet, du promontoire ou du toit.

A ce point de vue, l'apparition d'une paralysie faciale ou, à un moindre degré, d'un syndrome de Gradenigo (coexistence d'une suppuration auriculaire, d'une paralysie de la VI° paire du même côté, et de douleurs temporo-pariétales), par la tendance extensive que ces manifestations révèlent, doivent éveiller l'attention.

Mais si aucun signe tiré de l'examen de l'oreille moyenne ne permet de prévoir l'apparition d'une méningite, il n'en est pas de même des signes révélant l'atteinte de l'oreille interne. « La méningite otogène doit être prévue par tout signe dérivé de l'oreille interne. » (Lermoyez.)

L'importance de la labyrinthite suppurée, dans l'étiologie de la méningite otogène, ne saurait être exagérée, puisque trois fois sur quatre, l'envahissement des espaces sous-arachnoïdiens succède à la suppuration de l'oreille interne [Lermoyez (2)]. Autrement dit, une fois sur quatre, seulement, le labyrinthe d'un malade atteint de méningite d'origine otique, est indemne, l'infection s'étant propagée directement par voie osseuse (méningite par contiguïté), ou par voie vasculaire. Si la grande majorité des méningites succède à une invasion du labyrinthe, il ne s'ensuit pas que toute labyrinthite engendre une méningite. Des statistiques citées par M. Lermoyez (et qui sont toujours exactes dans l'ensemble), résulte cette double loi qu'il formule :

(1) Le grand confluent postérieur, est le plus vaste de tous les confluents sous-arachnoïdiens de la base. Situé au-dessus du bulbe et au-dessous du cervelet, il a la forme d'une pyramide vaguement quadrangulaire, dont les faces sont en rapport avec le cervelet (vermis inférieur et amygdales) et la face supérieure du bulbe. C'est directement en regard de cette citerne que s'ouvre le conduit auditif interne. Au contraire, au niveau du sinus latéral, comme au niveau du toit de l'oreille moyenne, il n'y a pas de confluent sous-arachnoïdien, mais simplement une nappe de tissu sous-arachnoïdien, d'un millimètre d'épaisseur environ, à mailles serrées, où le liquide circule difficilement et lentement. On comprend donc aisément qu'une méningite succédant à une labyrinthite, soit rapidement diffusée par ce vaste confluent postérieur, alors qu'une méningite consécutive à une thrombo-phlébite ou à une infection passant par le toit de l'oreille moyenne, restera localisée un certain temps soit à la fosse cérébrale postérieure (cérébelleuse), soit à la fosse cérébrale moyenne, avant de se généraliser.

(1) Cependant, à côté de cette forme rapidement diffuse, la méningite cérébelleuse consécutive à une thrombo-phlébite ou à une ostéite de la paroi postérieure de l'antre, n'atteignant pas d'emblée le grand confluent postérieur, resterait enkystée un certain temps (abcès sous-arachnoïdien de Jenkins) avant de se généraliser.

(2) Dans une statistique récente, Lund, envisageant séparément les diverses formes de labyrinthites, montre leur gravité variable à ce point de vue. Alors que sur 30 cas de labyrinthite chronique destructive diffuse, 3 cas seulement se compliquent de méningite (1/10), sur 76 malades atteints de labyrinthite aiguë destructive diffuse, 35, soit environ la moitié, firent une méningite. Envisagée dans sa généralité, et en y comprenant les formes de labyrinthite circonscrite, on voit que sur 248 malades atteints de labyrinthite, 42, soit environ le sixième, firent une méningite.

« Un malade atteint d'otite moyenne suppurée a une chance contre six cents (1/600) de contracter une méningite. A partir du moment où son oreille interne participe au processus, ses chances montent à une contre huit (1/8) » (1).

Il faut donc considérer la pyolabyrinthite totale comme une véritable méningite enkystée, mais la pyolabyrinthite totale seulement. Pyolabyrinthite, car la méningite ne complique pas les réactions labyrinthiques hypertensives, les labyrinthites séreuses qui peuvent survenir au cours des otites, pyolabyrinthite totale enfin, car le pus ne gagne pas l'endocrane avant d'avoir envahi complètement les labyrinthes postérieur et antérieur (2). L'étude des réactions labyrinthiques est donc d'une importance capitale dans le diagnostic précoce de la méningite otogène (3).

Enfin, il faut, dans cette étude étiologique générale de la méningite otogène, citer encore l'envahissement des espaces sous-arachnoïdiens consécutif à une intervention auriculaire. Cette complication post-opératoire, d'autant plus grave qu'elle est plus précoce, rentre d'ailleurs plutôt dans le cadre des labyrinthites purulentes post-opératoires aiguës, consécutives le plus souvent à un évidement pétro-mastoïdien, soit que la platine de l'étrier ait été arrachée au moment du curettage de la caisse (ouvrant ainsi la cavité labyrinthique), soit que l'ébranlement opératoire ait rompu des adhérences cloisonnant une lésion labyrinthique méconnue (labyrinthite purulente partielle ou totale, enkystée) et ait ainsi favorisé sa diffusion endocranienne.

Classification des différentes formes de méningite otogène. — Le polymorphisme des manifestations méningées au cours des suppurations auriculaires, est extrême, et contribue fortement à en obscurcir l'étude. Il est, en effet, presque impossible de donner une classification qui satisfasse pleinement l'esprit, et qui soit exacte aux différents points de vue de la clinique, de l'anatomie pathologique, ou du pronostic, toutes choses également difficiles à faire entrer dans le cadre étroit d'un schéma. C'est que la méningite otogène n'est pas une : dans son évolution, elle parcourt des étapes biologiques très différentes et très irrégulières, pouvant passer d'une forme séreuse à une forme purulente, ou revêtir d'emblée ce dernier type anatomique, pouvant avoir une « expression biopsique » fréquemment changeante sous un masque clinique sensiblement invariable. S'il est donc impossible de rattacher à une formule cytologique, du liquide céphalo-rachidien, même très élastique, un aspect clinique particulier, il est tout aussi impossible de lui attribuer une valeur pronostique précise. Ce n'est pas sur le résultat d'une ponction lombaire, révélant l'état anatomique du moment, mais seulement sur la tendance évolutive du processus méningé, indiquée par des examens répétés du liquide, qu'un pronostic d'ensemble, et toujours instable, pourra être porté. Toutes ces divergences rendent impossible une classification rigoureuse, à l'abri de tout reproche et qui satisfasse aux multiples exigences de la clinique. C'est encore en se guidant constamment sur les résultats fournis par la ponction lombaire, quel que soit le cadre infiniment trop schématique qui en résulte, qu'il est possible d'apporter un peu de clarté dans l'étude des complications méningées d'ordre auriculaire. C'est l'étude des modifications qualitatives ou quantitatives du liquide qui permettra de départager les simples réactions méningées, des méningites proprement dites, bien que ces états soient reliés cliniquement par de nombreuses étapes intermédiaires.

Au cours d'une atteinte méningée, le liquide céphalo-rachidien peut être simplement hypertendu, sans modification aucune de ses caractères chimiques ou cytologiques, — réaction d'ordre purement quantitatif, — ou bien présenter des modifications chimiques (albuminose, etc.), cytologiques (leucocytes, etc.), ou bactériologiques — réaction d'ordre qualitatif.

Dans le premier cas, il y a simple réaction méningée, dans le deuxième, il y a méningite (1).

A. Les modifications quantitatives du liquide céphalo-rachidien (2). — Les modifications quantitatives du liquide céphalo-rachidien sont assez fréquentes au cours des otites, surtout dans les otites aiguës de l'enfance. Ce sont toujours des modifications par excès, l'hypertension étant généralisée à tous les espaces sous-arachnoïdiens (hydropisie des méninges, Passot), exceptionnellement localisée aux ventricules (hydrocéphalie aiguë ou subaiguë). Lorsque, en 1894, Dupré créait au Congrès de Lyon, le terme de « méningisme », c'était « pour désigner l'ensemble des symptômes éveillés par la souffrance des zones méningo-corticales, et indépendants de toute altération anatomique saisissable ». En réalité, « cette altération anatomique » qu'on ne pouvait alors déceler, c'était l'hypertension pure et simple du liquide, qui ne s'accompagne d'aucune altération anatomique de la corticalité encéphalique, mais qui trouble son fonctionnement et détermine les phénomènes d'irritation ou de dépression. Cet état hypertensif, c'est la « méningite clinique sans méningite

---

(1) Il convient toutefois de noter que la statistique de Mygind donne sur 35 cas de méningite otogène, 11 cas de labyrinthite préméningitique et 9 cas douteux. De même dans la statistique de Berggren, la voie d'infection labyrinthique a pu être incriminée 27 fois sur 74 cas de méningite. Dans ces deux statistiques récentes, la prépondérance du labyrinthe dans l'étiologie des méningites d'origine otique, semblerait moins grande. Sans doute faut-il voir là le résultat favorable de la chirurgie labyrinthique moderne qui permet souvent d'intervenir avant que l'infection en voie de propagation méningée, ne soit encore diffusée : instant chirurgical de la méningite otogène sur lequel nous reviendrons.

(2) Cependant Lund, dans sa statistique citée plus haut, trouve que dans trois cas, la méningite succéda à une labyrinthite séreuse ou à une labyrinthite circonscrite. Etant donnée l'importance numérique de cette statistique (portant sur 248 labyrinthites, 42 méningites) ces exceptions lui permettent néanmoins d'énoncer la même règle : « la lepto-méningite diffuse, purulente, ne se développe que très rarement en ayant pour point de départ un labyrinthe qui n'est pas complètement détruit ». Personnellement, nous venons d'observer une de ces exceptions, dans le service de notre maître, M. le docteur Bourgeois, où une malade succomba à une méningite purulente diffuse aiguë, consécutive à une labyrinthite séreuse.

(3) Voir plus loin : Symptomatologie de la méningite purulente otogène.

(1) Cette distinction fondamentale est plus exacte du point de vue anatomique — ou aussi pronostique — que du point de vue clinique, et cela est si vrai que les auteurs du siècle dernier, qui ne connaissaient pas la ponction lombaire en étaient venus à différencier ces états surtout par l'évolution, faisant un diagnostic rétrospectif, et considérant, dans le vaste cadre des manifestations méningées, la méningite vraie toujours mortelle, de la pseudo-méningite (Bouchut) curable.

(2) Voir Passot : « Méningites et Etats méningés d'origine otique », les *Ann. des mal. de l'oreille*, 1913.

anatomique » de Grasset, la « pseudo-méningite » de Bouchut, ou encore, la « méningite séreuse » de Quincke, toutes dénominations qui ne font que confirmer cette apparente contradiction : malade cliniquement atteint de méningite, à liquide céphalo-rachidien simplement hypertendu.

Ces « états méningés » (Widal), hypertensifs, ne sont pas particuliers aux lésions auriculaires, ce sont les mêmes, et avec le même tableau symptomatique, qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses, et principalement chez l'enfant, signalant ainsi leur origine toxémique.

Ces réactions méningées ont, dans l'étude spéciale qui nous occupe, surtout une valeur d'alarme; elles indiquent la tendance extensive des lésions auriculaires, la menace vers l'endocrane, soit par suite de l'acuité d'une otite non paracenthésée, soit par suite du réchauffement d'une ancienne otorrhée. Mais le plus souvent, cette réaction méningée n'est qu'un feu de paille, qui cède à une paracenthèse ou à une vessie de glace sur la mastoïde, et son pronostic favorable tient non seulement à sa bénignité relative, mais encore au fait qu'elle alarme l'entourage et incite à une surveillance médicale plus stricte.

Leur symptomatologie est assez fruste : il s'agit le plus souvent d'un enfant qui, dans le cours d'une otite d'apparence banale, présente rapidement un état assez alarmant. Il se plaint de céphalée généralisée, vague, avec somnolence et obnubilation. Pas d'élévation thermique, pas de contracture, pas de nausées; le pouls est souvent un peu ralenti, il y a de la mydriase et l'examen du fond de l'œil montre parfois un certain degré de stase. C'est la ponction lombaire qui permet d'établir le diagnostic, en montrant l'hypertension simple du liquide, qui ne présente aucune autre altération, d'ordre chimique ou cytologique : ni albumine en excès, ni éléments figurés. D'ailleurs cet examen par la soustraction de liquide qu'il détermine, diminue l'hypertension, améliorant de ce fait rapidement le tableau clinique, et il suffit souvent d'une ou deux ponctions pour amener la guérison.

L'hydrocéphalée aiguë ou subaiguë, est très rare. La symptomatologie, sur laquelle nous ne pouvons insister, tire surtout son individualité et son intérêt du fait des inhibitions que détermine l'hypertension sur les noyaux bulbaires sous-jacents.

B. Les modifications qualitatives du liquide céphalo-rachidien. — Dès qu'il y a modification qualitative du liquide, qu'il y ait présence d'éléments microbiens ou non, il y a méningite. Mais sous un aspect clinique d'ensemble assez constant, que d'altérations anatomiques variables, depuis la méningite séreuse aseptique qui, traitée, guérit volontiers, jusqu'à la méningite purulente diffuse qui pardonne encore si rarement. C'est surtout dans l'étude des diverses formes de la méningite otogène que la ponction lombaire en renseignant à chaque instant sur l'état biologique des milieux arachnoïdiens, a permis d'apporter une classification rigoureuse et nette, emportant le diagnostic et permettant souvent un essai pronostique d'ensemble.

Dans sa forme biopsique la plus simple, la méningite est séreuse et aseptique, c'est-à-dire que le liquide céphalo-rachidien est altéré au minimum, avec hyperalbuminose et présence de quelques éléments figurés non altérés dans le culot de centrifugation. Mais à ce stade l'hypertension peut être très légère, le liquide est d'aspect très clair, quasi-normal, et la présence d'éléments microbiens ne peut être décelée ni par frottis, ni par culture, ni par inoculation.

Dans sa forme biopsique la plus grave, la méningite est diffuse et purulente, avec de véritables gouttelettes de pus sortant du petit trocart de ponction, et présence d'une multitude de polynucléaires altérés, à noyaux détruits, d'éléments microbiens abondants, épars dans le champ de la préparation. C'est la méningite otogène purulente diffuse que l'on voit encore trop souvent compliquer des otorrhées négligées ou des labyrinthites purulentes méconnues.

Entre ces deux formes, il existe tous les intermédiaires : méningite puriforme aseptique, méningite séreuse septique, etc., toutes formes qui peuvent précéder ou non la méningite purulente lorsque celle-ci ne s'installe pas d'emblée. Nous étudierons ces différents aspects méningitiques, ainsi que la méningite séreuse aseptique, au chapitre consacré aux différentes formes cliniques de la méningite auriculaire, n'ayant en vue dans ce chapitre que la méningite otogène purulente diffuse, la plus grave de toutes et néanmoins celle qui donne à l'otologiste ses plus beaux succès, parce que les moins espérés.

La méningite purulente otogène (1). — Avant d'aborder l'étude des premiers symptômes de la méningite otogène purulente confirmée, mais encore à son début, il est nécessaire, étant donnée sa nature labyrinthogène si fréquente, de rappeler brièvement la symptomatologie de la labyrinthite.

Quels sont les signes fondamentaux révélateurs de l'atteinte du labyrinthe ? Ils sont cochléaires et vestibulaires, en rapport avec les deux fonctions fondamentales du labyrinthe : audition-labyrinthe antérieur, équilibration-labyrinthe postérieur.

a. Signes cochléaires. — Lorsque le labyrinthe antérieur est détruit, il en résulte une surdité labyrinthique totale. Il est relativement facile de la dépister, avec une approximation suffisante, sans appareils spéciaux. Il suffit d'éliminer complètement l'oreille saine (soit en bouchant fortement le conduit auditif externe en refoulant le tragus avec le doigt, soit de façon plus précise, par l'assourdissement de cette oreille en tambourinant légèrement avec les doigts une feuille de papier mise devant et au contact de la conque), et de parler à voix haute, forte, mais non criée. Dans ces conditions, l'oreille saine étant pratiquement éliminée, le malade n'entend rien. Il est utile également de préciser cette recherche de la surdité labyrinthique, par deux épreuves complémentaires, avec deux diapasons différents. Lorsque le diapason La 3 (435 vibrations doubles) n'est pas perçu par l'oreille malade, la lésion labyrinthique peut être tenue pour certaine;

(1) Nous aurons surtout en vue l'étude des premiers symptômes de la méningite purulente otogène, qu'elle succède ou non à une labyrinthite, signes d'alarme si importants à connaître puisqu'ils révèlent « l'instant chirurgical », très bref, de la méningite d'origine auriculaire en voie de diffusion. Ce n'est pas lorsque la contracture est généralisée, lorsque la triade symptomatique existe depuis plusieurs jours, lorsque le malade arrive peu à peu au coma terminal, que le diagnostic offre un intérêt autre que purement théorique, c'est au début, alors que les symptômes sont rares et doivent être soigneusement recherchés, que le diagnostic précoce peut permettre un traitement actif chirurgical ayant quelque chance de succès.

il en est de même lorsque les vibrations d'un diapason Ut 2 (128 vibrations doubles) posé sur le vertex sont perçues du côté sain. (Cette dernière épreuve a d'autant plus de valeur qu'il existe toujours des lésions évidentes de l'oreille moyenne, et que dans ces cas le Weber est latéralisé du côté de l'oreille malade, lorsque le labyrinthe est indemne.) Lorsqu'on assiste à l'envahissement du labyrinthe par l'infection, on voit même peu à peu, au cours des examens successifs, la surdité devenir de plus en plus totale, et la latéralisation du Weber se porter du côté malade vers le côté sain, signe de la plus grande valeur.

b. SIGNES VESTIBULAIRES. — Alors que les signes précédents existent sans modifications appréciables, que la labyrinthite soit aiguë ou chronique, c'est-à-dire que la destruction fonctionnelle du labyrinthe antérieur soit récente ou ancienne, il en va tout autrement en ce qui concerne le labyrinthe vestibulaire. C'est que les labyrinthes postérieurs sont étroitement solidaires l'un de l'autre, et la fonction d'équilibration est fortement troublée lorsque la fonction de l'un d'entre eux disparaît; il faut alors, dans ce cas, au labyrinthe restant, un certain temps pour arriver à compenser son congénère détruit, laps de temps variable, pouvant durer quelques semaines, et pendant lequel existent des phénomènes spontanés de déséquilibration, vertiges, tendance à la chute, impossibilité de la station debout, etc. Une grande partie de ces troubles (1) est sous la dépendance des réflexes oculaires nystagmiques. Sans entrer dans le détail de ces réactions nystagmiques, on peut dire que l'apparition d'un nystagmus (2) spontané, au cours d'une otorrhée récente ou ancienne, est un symptôme grave et qui dénonce l'entrée en scène du labyrinthe. Ce nystagmus spontané est toujours dirigé du côté du labyrinthe fonctionnellement prépondérant. Si au cours d'une otorrhée droite, par exemple, on voit survenir un tachynystagmus spontané vers la droite, c'est qu'il y a excitation du labyrinthe droit (l'oreille gauche étant supposée normale, son labyrinthe l'est également). Très rapidement, en quelques heures, ce tachynystagmus change de direction et frappe vers l'oreille saine, car la suppuration, après avoir pendant quelques heures excité (excitation pré-paralytique) le labyrinthe malade, le détruit définitivement.

Parallèlement à ce nystagmus spontané apparaissent des troubles subjectifs accusés, en rapport direct avec lui : vertiges, nausées, tendance à la chute, impossibilité de la station debout, tous désordres réactionnels en grande partie causés par la sensation de tournoiement que déterminent les mouvements incessants des globes oculaires.

Lorsqu'il est atteint de cette labyrinthite aiguë, de ce nystagmus spontané, le malade présente un aspect qui peut prêter à erreur : il est tourné du côté obscur, recroquevillé sur lui-même, il n'attire souvent pas l'attention sur ce tournoiement incessant des objets, mais se plaint simplement de vertiges et de nausées, répond mal aux questions et est hostile à tout effort d'examen.

Mais dans une labyrinthite aiguë pure, non compliquée de réaction encéphalique ou arachnoïdienne, cantonnée strictement à l'oreille interne, et qu'il convient par conséquent de ne pas opérer, il n'y a ni céphalée, ni contracture (raideur de la nuque ou signe de Kernig), ni élévation thermique, ni accélération ou ralentissement du pouls. La lésion est locale, la pyolabyrinthite est une méningite enkystée, il n'y a que des symptômes locaux ou consécutifs à des désordres locaux, il n'y a aucune réaction de l'état général, et la ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien absolument normal, sans hypertension, sans hyperalbuminose, clair et totalement dépourvu d'éléments figurés (voir note plus loin).

Ce sont ces labyrinthites aiguës totales (surdité, nystagmus spontané, vertiges, et comme nous le verrons plus loin avec disparition des réflexes nystagmiques provoqués) qui doivent être tenues sous la plus stricte surveillance. Lund, dans sa statistique citée plus haut, a montré que dans l'ensemble elles se compliquent une fois sur deux de méningite. Bien que ce pourcentage élevé ne soit pas retrouvé par tous les auteurs, il indique combien il est important de surveiller avec la plus extrême attention l'évolution de cette affection pour pouvoir intervenir chirurgicalement (labyrinthectomie) au moindre indice de diffusion méningée.

Alors que dans la labyrinthite aiguë l'existence du nystagmus spontané et des troubles réactionnels consécutifs attire l'attention vers le labyrinthe, rien ne permet de soupçonner l'existence d'une labyrinthite purulente chronique (ou compensée) si certaines épreuves spéciales ne sont pas pratiquées. Or, ces labyrinthites purulentes peuvent se compliquer de méningite dans une proportion qui est loin d'être négligeable (1).

Il importe donc de toujours préciser, en présence d'un otorrhéique, l'état du labyrinthe sous-jacent. On y parviendra par deux sortes de recherches : les épreuves auditives révélant la lésion du labyrinthe antérieur, que nous avons signalées plus haut et sur lesquelles nous ne reviendrons pas, et la recherche des réflexes nystagmiques indiquant l'état fonctionnel du labyrinthe postérieur, recherche qui sera toujours pratiquée, même dans les cas de labyrinthite aiguë. Des diverses épreuves proposées, et sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici, nous ne retiendrons que l'épreuve calorique, la plus facile à pratiquer, la plus constante dans ses réponses, ne nécessitant aucun appareillage spécial, et nous laisserons de côté les autres épreuves (rotatoires, galvaniques, etc.). Lorsque chez un sujet

(1) Peut-être la fonction tonique du labyrinthe, sur laquelle nous reviendrons dans un travail ultérieur, intervient-elle en partie dans la genèse de ces troubles.

(2) Le nystagmus est un véritable « tremblement associé des muscles oculaires » (Déjerine). Il comporte deux secousses, une lente qui est le véritable mouvement réflexe inconscient commandé par le labyrinthe, et une rapide, tachynystagmus, qui est un mouvement contre-réactionnel accessoire (Escat). Bien que le mouvement lent soit le véritable mouvement nystagmique (ne disparaissant pas pendant la narcose), le mouvement rapide étant beaucoup plus facile à observer, a été choisi pour déterminer le sens du nystagmus. Un nystagmus droit, par exemple, est un nystagmus dont le mouvement rapide frappe vers la droite.

(1) Lund relate trois cas de méningite postlabyrinthique sur trente cas de labyrinthite chronique destructive diffuse, soit un dixième. Boserup, dans un travail récent, donne une proportion encore plus forte (4 méningites sur 26 labyrinthites chroniques diffuses destructives, traitées, il est vrai, par l'évidement simple). Cependant, pour Hautant, ces labyrinthites chroniques se compliquent rarement de diffusion méningée. Elles doivent être respectées (mais surveillées de près) et la trépanation « n'est indiquée qu'au cas où persistent des troubles d'irritation vestibulaire et surtout quand il y a des lésions osseuses labyrinthiques en évolution ».

normal on fait couler dans une oreille, la droite par exemple, une certaine quantité d'eau froide (40 centimètres cubes à 26 degrés par exemple), on voit apparaître, au bout d'une minute environ, un nystagmus violent, dirigé vers la gauche (1). Lorsque le labyrinthe postérieur est détruit, ce réflexe n'existe plus, et les phénomènes subjectifs qu'il détermine habituellement (vertiges, nausées, lipothymies) ne se produisent pas.

L'absence de ce nystagmus provoqué, jointe à la surdité labyrinthique, révèle donc la destruction totale de l'oreille interne. Il peut n'exister aucun autre trouble d'ordre labyrinthique, surtout si cette destruction est ancienne et parfaitement compensée par l'action du côté opposé, mais à la vérité on trouve souvent d'autres petits signes, d'autant plus nets que la destruction est plus récente et qui traduisent une insuffisance labyrinthique momentanée dans la fonction d'équilibration. Si le malade marche bien et n'a pas de vertiges les yeux ouverts, il tend à tomber du côté malade les yeux fermés, soit en se tenant simplement debout (signe de Romberg), soit en se tenant debout sur une seule jambe (signe de Romberg sensibilisé). En marchant les yeux fermés il dévie vers le côté malade, et si on lui fait faire plusieurs fois de suite, les yeux fermés, cinq ou six pas aller et retour, il finit par marcher dans une direction perpendiculaire à sa direction primitive (marche en étoile de Babinski-Weil).

Ces labyrinthites totales, purulentes, chroniques, latentes, peuvent durer des années, complètement ignorées du malade et trop souvent méconnues des médecins, puis à l'occasion d'un réchauffement de l'otorrhée, une exaltation microbienne survient qui force les adhérences protectrices, et envahit les espaces sous-arachnoïdiens.

Aussi l'examen de l'oreille interne doit-il être souvent pratiqué chez ces malades. La destruction fonctionnelle du labyrinthe, dans sa totalité, est un symptôme grave, et qui doit faire surveiller le malade de très près.

Une intervention d'urgence peut être nécessaire si à la faveur d'une exaltation momentanée de la suppuration auriculaire une tendance à la diffusion méningée se révèle — une opération radicale (évidement pétromastoïdien suivi ou non de labyrinthectomie) sera nécessaire, le péril immédiat une fois éloigné, pour mettre le malade à l'abri de tout danger de complication endocranienne.

(A suivre.)

---

(1) Tout se passe donc comme si l'injection d'eau froide déterminait une paralysie du labyrinthe avec hypervalence consécutive relative du labyrinthe opposé. En réalité, cela n'est pas, car l'eau froide déterminant un mouvement réactionnel du liquide endolymphatique du labyrinthe, à direction centripète, provoque forcément une excitation, mettons négative, du labyrinthe postérieur, engendrant le même nystagmus réflexe que son hypofonctionnement (hypovalence du labyrinthe par rapport au labyrinthe opposé). L'injection d'eau chaude à 40 degrés déterminerait un phénomène strictement inverse, avec tachynystagmus dirigé du côté de l'oreille injectée.

Cancer thyroïdien, par L. Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Ch. Dunet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Bibliothèque du cancer publiée sous la direction des professeurs H. Hartmann et L. Bérard. In-8 de 600 pages avec 149 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 40 fr. ; franco France, 42 fr. — Paris, G. Doin.

IXe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, les 26-27-28 mai 1924.)

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

I

Le traitement de tous les délinquants dans le cadre pénitentiaire.

Rapporteur : M. Vervaeck (de Bruxelles).

La sanction pénale ne doit pas nécessairement avoir un caractère répressif ; à côté des pénalités s'adressant aux délinquants normaux, susceptibles d'être influencés par un régime de punition ou de privation, il faut prévoir : des mesures d'élimination sociale, visant ceux que l'expérience démontre être incapables de s'y adapter, en raison de leurs tares héréditaires ou acquises ; des sentences d'ordre éducatif ou de préservation pour les délinquants juvéniles qu'il importe avant tout de protéger et d'instruire, enfin des sentences à portée thérapeutique, confiant au médecin et au psychiatre les divers groupes de criminels débiles, déséquilibrés ou malades.

Dans la première partie, l'auteur esquisse l'évolution des régimes pénitentiaires qui se basaient autrefois sur les principes de répression et d'intimidation, alors qu'aujourd'hui ils tendent à accorder une importance primordiale au traitement médico-mental, au relèvement moral et au reclassement social, dont l'application se trouve facilitée par la sériation thérapeutique des condamnés dans les laboratoires d'anthropologie pénitentiaire.

Il justifie ensuite sa thèse, suivant laquelle le traitement des criminels jugés irresponsables par les experts et dont les tendances restent dangereuses pour l'ordre social, doit être maintenu dans le cadre pénitentiaire. Mais les droits du malade à être considéré et soigné comme tel, doivent être respectés.

Si l'auteur a préféré le terme pénitentiaire à celui plus extensif de défense sociale, c'est dans un double but : c'est d'abord de maintenir les principes de répression et d'intimidation lorsqu'il s'agit de criminels morbides, lorsqu'ils sont influençables ; c'est ensuite d'utiliser, après les avoir transformés, les établissements pénitentiaires existants.

Dans ces conditions, le terme pénitentiaire s'appliquant dans son sens élargi, à tous les criminels, normaux ou anormaux ayant prouvé leurs tendances dangereuses, ne saurait offusquer le médecin et le psychiâtre.

Quoi qu'il en soit de cette dénomination, en maintenant, dans le cadre pénitentiaire la garde et le traitement de tous les criminels anormaux, intoxiqués ou malades, que leurs tendances rendent dangereux pour eux-mêmes et pour leur entourage, on réaliserait une réforme plus énergique, plus scientifique et plus humaine.

A la suite de la discussion, le vœu suivant est proposé par M. le professeur Etienne-Martin (de Lyon), vœu adopté à l'unanimité :

« Le IXe Congrès de médecine légale de langue française exprime le vœu que l'administration pénitentiaire française institue dans le cadre pénitentiaire les services nécessaires pour le relèvement physique et moral des détenus par le traitement médical des maladies dont ils peuvent être atteints, par l'organisation du travail, de l'éducation sociale, et favorise par tous les moyens le développement de la psychiatrie, de la prophylaxie et de l'hygiène mentale. »

II

Etude médico-légale des formes rares ou anormales de l'hymen.

Rapporteurs : MM. les professeurs P. Parisot et Lucien (de Nancy).

L'étude des particularités anatomiques que peut présenter l'hymen a, en médecine légale, une importance capitale ; elle permet d'établir les diagnostics de viol, de défloration ou

d'attentat à la pudeur et autorise à faire reposer sur des bases scientifiques la dénomination véritable du crime : attentat à la pudeur ou viol.

La persistance de l'hymen intégral reste, dans l'esprit de beaucoup, synonyme de virginité, idée simpliste que ruine souvent la connaissance des formes anormales de l'hymen. Inversement, un hymen à lambeaux multiples ne signifie pas toujours défloration, mais parfois révèle une disposition rare, d'origine congénitale de cette membrane.

L'étude du développement de l'hymen permet d'établir le type morphologique primordial de cette formation et fournit les moyens d'interpréter les anomalies qu'elle peut présenter.

La première ébauche de l'hymen apparaît chez le fœtus féminin de 15 à 20 centimètres; elle se présente alors sous l'aspect de deux saillies latérales du sinus uro-génital se développant de part et d'autre de l'extrémité inférieure de l'urètre et du point d'abouchement des canaux de Müller. Ces replis se continuent l'un avec l'autre par une commissure intérieure et une commissure postérieure. L'appareil hyménal se compose, alors de deux portions, l'une en rapport avec le méat urinaire, véritable hymen urétral, l'autre en rapport avec le vagin, l'hymen vaginal proprement dit.

Il est très vraisemblable que l'hymen ne représente autre chose qu'une portion du corps spongieux de l'urètre masculin. Une semblable conception présente de nombreux avantages.

Elle permet d'expliquer l'existence de l'hymen en l'absence de tout développement de la portion inférieure du vagin. Elle rend compréhensible l'absence ou l'aplasie de cette membrane alors que le vagin présente des caractères anatomiques normaux. Elle explique, enfin, la présence d'un dispositif hyménal chez les pseudo-hermaphrodites masculins.

Dans son aspect primitif, l'hymen se compose de deux lèvres séparées par une fente allongée d'avant en arrière ; c'est donc la forme labiée qui représente la forme initiale et primitive de l'hymen. A la suite du développement de l'extrémité inférieure du vagin, l'hymen fœtal prend la forme en carène ; c'est encore un hymen labié, mais à commissure postérieure, plus étendue. De cette forme en carène, caractéristique de l'hymen fœtal, on peut faire dériver facilement les différents types que l'on observe chez l'enfant et chez l'adulte, en particulier les hymens semi-lunaires, en fer-à-cheval, annulaires, suivant les particularités présentées par la fente hyménale, suivant aussi l'importance des lèvres et des commissures.

Toutefois le développement des lèvres hyménales ne s'effectue pas toujours avec une régularité parfaite. Comparables en cela à toutes les autres formations de nature conjonctivo-vasculaire les bourrelets hyménaux primitifs présentent souvent des zones d'accroissement inégal. Il en résulte la formation au niveau des lèvres de l'hymen de bourgeons ou de crêtes séparés par des échancrures plus ou moins profondes. Les petites saillies papillaires se concentrent plus volontiers dans le voisinage du méat urétral. Les échancrures parfois symétriques sont loin de présenter ce caractère. Une première anomalie de l'hymen serait son absence même ou son atrophie : or, cette absence réelle constitue une rarissime exception.

Cinquante expertises judiciaires faites en moins de quatre ans sans permettre aux auteurs de poser des conclusions absolument générales fournissent cependant des indications utiles à retenir.

La forme labiée a prédominé même chez des sujets âgés de seize à vingt-quatre ans et d'autre part l'examen de l'hymen des nouveau-nés montre une prédominance de cette même forme.

Quelques transformations de cette disposition initiale conduisent aux types en fer à cheval, semi-lunaire, annulaire.

En dehors de toute anomalie les bords libres de l'hymen peuvent présenter : des ondulations légères, des encoches arrondies superficielles, des dentelures (hymen dentelé), des saillies multiples, minces, longues ou courtes, analogues à des villosités (hymen frangé, hymen villeux); dans d'autres cas, l'hymen n'est frangé que d'un seul côté, l'autre restant lisse (hymen hémi-frangé); ces irrégularités des bords ne font pas de ces hymens des hymens anormaux.

Il existe à un point de vue absolu un hymen anormal lorsque la présence d'une membrane pleine vient obstruer complètement l'orifice vaginal.

A un point de vue médico-légal, on doit considérer comme anormales les dispositions hyménales qui pourraient :

1° Faire croire à la persistance de la virginité soit par suite de la résistance de l'hymen à la pénétration de la verge, soit par suite de l'ampleur, de l'élasticité et de la dilatabilité de la membrane, soit en raison des grandes dimensions de l'orifice hyménal;

2° Nous en imposer pour une défloration alors qu'il s'agit d'une disposition congénitale : tels sont les hymens à lambeaux multiples congénitaux dits lobés, multilobés, corolliformes.

Pour différencier la forme de l'hymen à lambeaux, des lambeaux traumatiques on se basera surtout sur le caractère arrondi des lambeaux, l'impossibilité de les affronter, la moindre profondeur des scissures et subsidiairement leur symétrie et l'absence de tissu cicatriciel. La façon dont se rompt l'hymen dépend non de sa forme mais de sa structure.

L'intégrité de l'hymen, signe classique de la virginité, est bien souvent un signe trompeur. Différentes variétés d'hymens, grâce à des anomalies de forme ou de structure, persistent malgré des relations sexuelles voulues ou non consenties. Tels sont les hymens que l'on retrouve au moment de l'accouchement.

Pour certains auteurs l'intromission de la verge dans la cavité vaginale de la femme est nécessaire pour qu'il y ait viol. Les faits s'élèvent contre cette définition puisqu'une grossesse non consentie peut exister avec persistance de l'hymen.

Il y a donc également viol lorsqu'on pourra prouver que malgré la persistance d'un hymen infranchissable, il y a en coït vestibulaire eu grossesse consécutive aux tentatives certaines d'introduction.

La législation fédérale des Etats-Unis (1901) admet que toute pénétration sexuelle, même minime, est suffisante pour consommer le crime de viol, l'intromission vulvulaire en est un exemple.

Il y a lieu de se rallier à cette manière de voir.

III

Tabès et accidents du travail.

Rapporteurs : MM. les professeurs Verger et Lande (de Bordeaux).

Les auteurs admettent ce principe qu'à l'heure actuelle il ne peut plus être question de tabès traumatique. La condition nécessaire étant une syphilis antérieure, un traumatisme quel qu'il soit ne peut faire apparaître le tabès chez un sujet non syphilitique. Les rapporteurs même n'ont pas trouvé de documents suffisamment probants pour permettre de considérer le traumatisme périphérique ou central comme une cause favorisante de tabès.

Mais il n'est pas douteux qu'une fois le tabès installé un traumatisme puisse modifier l'évolution de la maladie et faire apparaître des symptômes qui, vraisemblablement, ne se seraient pas produits sans lui. Cette proposition peut être démontrée pour des cas de fractures spontanées, d'arthopathies tabétiques, d'incoordination ataxique. C'est dans ces trois ordres de faits que l'influence du traumatisme apparaît avec la plus grande netteté, le traumatisme étant externe ou parfois un effort.

Dans la plupart des cas connus l'accident a pour conséquence la révélation d'un état tabétique latent et ignoré. Mais l'accident le plus souvent est en même temps aggravateur de la maladie.

La question de l'état antérieur se pose alors au point de vue médico-légal. Il y a lieu de l'envisager sous deux aspects : démonstration de l'état tabétique, appréciation de l'action, c'est-à-dire valeur médico-juridique de cet état dûment démontré.

Avec des exemples les auteurs montrent que l'évaluation médico-légale doit porter sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident, *mais non sur la maladie considérée en elle-même* La responsabilité de l'accident vis-à-vis des symptômes nouveaux d'ordre tabétique apparus à sa suite sera admise, mais sera limitée cependant par des conditions de localisation, de temps, de relation.

Dans le cas de la révélation du tabès, non par un accident banal en lui-même, mais à l'occasion de cet accident, ou bien la lésion accidentelle évoluera normalement et le tabès n'entrera pas en ligne de compte, ou bien son évolution sera influencée par le tabès et l'on prendra pour base du calcul de l'invalidité toutes les conséquences de l'accident sans essayer de distinguer entre celles qui en découlent normalement et celles qui n'en résultent que par l'intervention de la maladie.

Un autre cas type enfin est celui où l'accident lui-même par les seules conditions où il s'est produit, est révélateur du tabès en ce sens qu'il resterait autrement inexplicable. Ici il faudra d'abord établir la réalité de l'accident au sens de la loi de 1898, puis évaluer l'invalidité *en tenant compte seulement de la lésion accidentelle*, et de ses conséquences directes ou indirectes.

Si, l'affaire une fois réglée, une aggravation se produit avant l'expiration des délais de révision, il y aura lieu pour l'expert de distinguer entre les cas qui pourraient se présenter :

1° Aggravation causée par l'apparition de complications siégeant au lieu même de l'accident primitif et manifestement due à l'évolution de la lésion causée par cet accident dans les conditions de terrain créées par le tabès;

2° Aggravation par des symptômes à l'origine desquels on peut placer l'immobilisation au lit ou le changement de vie résultant de l'accident, cas dans lesquels il serait difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et la complication survenue, quelque prépondérante que soit l'influence de l'état tabétique;

3° Enfin aggravation de symptômes nouveaux impossibles à relier directement ou indirectement à l'accident, mais habituels dans l'évolution du tabès, et par suite, non susceptibles de justifier une instance en révision.

(*Association de la Presse médicale française.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1924)

Action des rayons pénétrants sur les capsules surrénales. — M. Tuffier communique l'observation d'une femme de cinquante ans qui fut soumise à un traitement de radiothérapie pénétrante sur la colonne vertébrale et la région lombaire. Elle fut soumise à plusieurs séances et, à chaque séance, elle fut prise de vomissements incoercibles avec hématémie qui la mettait dans un état des plus graves et des plus inquiétants, accidents qui ne cédèrent qu'à des injections sous-cutanées répétées d'adrénaline, d'où l'on doit conclure que les rayons pénétrants exercent une action très nocive sur les capsules surrénales.

Tumeurs secondaires des os. — M. Delbet fait une communication sur ce sujet. Se basant sur un certain nombre de faits il établit d'une façon très nette le diagnostic différentiel entre les tumeurs primitives et les tumeurs secondaires et en tire des déductions thérapeutiques.

Diagnostic du cancer gastrique. — M. Pauchet, en son nom et au nom de Hirschberg. D'après une récente série de 63 gastrectomies pour cancer.

Les cancers gastriques à évolution lente, s'accompagnent souvent d'acide chlorhydrique libre, soit à jeûn, soit après le repas d'épreuve.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut les grouper eu trois catégories.

Sur 63 cancers examinés par Hirschberg, nous trouvons, dans 16 cas, de l'acide chlorhydrique libre, dont 6 à jeûn et 10 après le repas d'épreuve.

Ces cas peuvent être répartis de la façon suivante :

1° Ulcéro-cancers à fond fibro-épiploïque pur ou non infiltré, à foyer néoplasique muqueux limité. — 5 cas;

2° Cancers ulcérisés à fond fibreux fortement infiltré, à foyer muqueux étendu. — 6 cas;

3° Cancers ulcérisés analogues aux précédents, mais caractérisés surtout par une large extension du processus néoplasique et ulcéreux. — 5 cas.

Il faut souligner l'intégrité de la muqueuse dans le voisinage du néoplasme. Constatation qui cadre bien avec la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

La métaplasie intestinale large est exceptionnelle dans ces formes et si elle est rencontrée, c'est seulement sous forme de petits îlots limités.

Aux points de vue clinique, chimique et histologique, ces cas peuvent être opposés aux cancers gastriques à évolution rapide avec anachlorhydrie et avec large métaplasie de voisinage.

Action des extraits insuliniques sur la nutrition azotée. — M. Henri Labbé fait une communication dont voici le résumé : l'insuline accélère la nutrition, détruit l'équilibre azoté. D'après Théodoresco la perte d'azote pourrait aller jusqu'à 30 p. 100 du total de la ration; si on répète ou si on rapproche les injections d'insuline, la mort de l'animal en expérience s'ensuit. Cette accélération énergique des échanges semble en désaccord avec les effets cliniques de l'insuline. Il y a peut-être dans l'utilisation de cette propriété de nouvelles ressources thérapeutiques.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC

CONDAMNATION. REVISION

Peut-être se souvient-on de l'affaire du pharmacien Danval, pharmacien à Paris, rue de Maubeuge, qui avait été condamné, le 10 mai 1878, par la Cour d'assises de la Seine, aux travaux forcés à perpétuité, pour empoisonnement commis sur la personne de sa femme. Il avait toujours protesté de son innocence; après un certain temps d'exécution de sa peine, il fut gracié en 1902.

M. Danval, après avoir obtenu sa grâce, introduisit une demande en revision de l'arrêt qui l'avait condamné; la condamnation reposait sur cette circonstance de fait qu'on avait découvert dans le corps de sa femme une certaine quantité d'arsenic. Or, disait-il, la science, grâce à de récentes découvertes, a reconnu que le corps humain renfermait de l'arsenic à l'état normal. Par conséquent, si on a trouvé dans le corps de sa femme une certaine quantité de cette substance, sa mort ne pouvait être due à une ingestion d'arsenic provenant d'une cause extérieure.

Une première fois, la Cour de cassation avait rejeté la demande en revision, estimant que le moyen de revision invoqué par le pharmacien ne constituait pas un fait nouveau dans les termes des articles 443 et 444 du Code d'instruction criminelle, modifiés par la loi du 8 juin 1895. Mais, sur une nouvelle demande en revision formée par l'intéressé, la Cour de cassation a examiné de nouveau l'affaire et par arrêt du 28 décembre 1923 a cassé et annulé l'arrêt de la Cour d'assises du 10 mai 1878.

Pour pouvoir arriver à la revision, il faut *un fait nouveau*, c'est-à-dire un fait ignoré lors du procès à la suite duquel il y a eu condamnation.

Or, l'arrêt de la Cour de cassation du 28 décembre 1923 déclare que les charges relevées contre Danval consistaient dans les mauvais rapports ayant existé entre lui et sa femme et dans la circonstance que la dame Danval aurait succombé à un empoisonnement criminel. Pour faire cette preuve, l'accusation avait argué en 1878 de ce que des crises successives, éprouvées par la dame Danval, pendant plusieurs mois après son mariage, jusqu'à la crise finale terminée par le décès, présentaient la plus grande analogie avec les accidents observés dans le cas d'empoisonnement par doses répétées de préparations arsenicales; la mort devait être attribuée à ce mode d'empoisonnement, alors qu'il avait été découvert dans les viscères extraits du cadavre une quantité appréciable d'arsenic, qui, d'après les constatations faites au cours de l'instruction, ne pouvaient pas provenir de causes accidentelles d'ingestion d'arsenic.

Telles étaient les causes de la condamnation prononcée en 1878. M. Danval invoqua, comme fait nouveau, la présence d'arsenic dans le corps humain à l'état normal. Il a été procédé à une mesure d'instruction en vue de vérifier la réalité et la portée de ce fait nouveau. Et la Cour suprême admettant celui-ci, s'exprime ainsi :

« Attendu que se basant sur les résultats de l'analyse des viscères de la dame Danval, faite en 1878, les savants qui avaient été commis se sont préoccupés de doser la quantité d'arsenic dégagée des viscères et sont arrivés à la conclusion que cette quantité ne devait pas dépasser 2 milligrammes; qu'ils énoncent ensuite dans leur rapport que : « Des « recherches postérieures à 1905, et notamment celles de « MM. Kohn-Abrest, Sicard et Paraf, ont démontré que la « présence d'arsenic dans le corps humain, en quantité com- « prise entre 1 et 3 milligrammes, n'est nullement en rap- « port avec une intoxication arsenicale »;

Attendu que cette constatation d'un principe scientifique ignoré à l'époque du procès, constitue un fait nouveau dont la portée doit être, dans l'espèce, appréciée en ce sens que la quantité des 2 milligrammes d'arsenic trouvés dans le cadavre ne pouvait pas être retenue comme constituant un indice d'une intoxication arsenicale;

Attendu que, cet élément de preuve étant ainsi écarté, le fait d'une intoxication arsenicale admise par le jury ne repose plus que sur le caractère des symptômes observés chez la dame Danval pendant les derniers temps de son existence;

Attendu que, pour combattre cette preuve, Danval invoque un autre fait nouveau révélé par les savants qui ont procédé à une enquête dans les conditions ci-dessus indiquées et qui consiste dans la découverte récente d'une maladie provenant d'une lésion des capsules surrénales, et classée désormais sous la dénomination « d'insuffisance surrénale aiguë », qui se manifeste, dans certains cas, par des symptômes simulant un empoisonnement;

Attendu que, dans l'appréciation de ces savants énoncée dans leur rapport, les symptômes constatés chez la dame Danval suscitent bien plus que la présomption d'une intoxication arsenicale, celle d'une insuffisance surrénale à type d'intoxication aiguë;

Attendu que cette hypothèse d'une mort naturelle n'est pas exclue par les constatations des experts qui ont procédé à l'autopsie du cadavre de la dame Danval; que ces experts ont, en effet, négligé de vérifier l'état des capsules surrénales et de rechercher si cet organe ne présentait pas de lésion. »

La Cour suprême a conclu des faits nouveaux sus-énoncés qu'il y avait le doute le plus sérieux sur la circonstance que la mort de la dame Danval aurait été occasionnée par une intoxication arsenicale et qu'il existait en faveur de M. Danval une présomption d'innocence assez grave pour motiver la revision de la condamnation prononcée contre lui.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTE DE PRATIQUE

ÉTATS HYPOSYSTOLIQUES

Digitaline : v gouttes de la solution alcool à 1/1000e pendant dix à quinze jours, interrompre cinq à dix jours, reprendre et ainsi de suite.

Pendant la période de suspension de la médication digitalique, prescrire la *Théosalvose scillitique*, dont la double action cardiaque et rénale assure les meilleurs effets : deux cachets de 0g50 par jour.

Régime très faiblement chloruré.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


TANNURGYL
DU DOCTEUR LETANNEUR
TANNURGYL
Réaction HÉMOCLASIQUE
à "EFFET PEPTONE"
réalisé par le VANADIUM
Par Voie digestive (Gouttes)
Hypodermique (Ampoules)
Mode d'Emploi :
15 gouttes
à chacun des deux repas
TANNURGYL
Atelier LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde PARIS (8e) R. C. Seine, 15.638

N° 51. — MARDI 24 & JEUDI 26 JUIN 1924. 97e ANNÉE. MARDI 24 & JEUDI 26 JUIN 1924 — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS A DEUX PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 juin 1924. — MM. Alajouanine, 18,54; Léchelle, 18,63; Schulmann, 14,36; Caïn, 19,81; Bith, 18,36.

Séance du 21 juin. — MM. Pruvost, 19,81; Haguenau, 17,90; Weil et Jacquelin, 18; Mouzon, 19.

Classement des candidats admis à prendre part à l'épreuve clinique : MM. Demelot, Leblanc et Hutinel, 20; Caïn et Pruvost, 19,81; Carrie, 19,45; Bloch et Mouzon, 19; Jacquet, 18,81; Léchelle, 18,63.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Touraine, Faroy, Renaud, Monier-Vinard, Capette, Bergeret, Brocq, Cerise et Vignes.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service pourrait être vacant à dater du 1er juillet 1924, à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelles (Hérault).

En raison de l'urgence, les candidatures ne seront reçues que jusqu'au 26 juin 1924 inclus. (*J. O.*, 20 juin 1924.)

Xe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Le Congrès de médecine légale de Langue française qui vient de se tenir à Paris, a décidé que le Xe Congrès aurait lieu les 18, 19 et 20 mai 1925, à Lille.

Le bureau a été ainsi constitué : président, M. J. Leclercq (de Lille); vice-présidents, M. Dewez (de Mons), M. Raviart (de Lille); secrétaire général, M. Etienne Martin (de Lyon); trésorier, M. Ch. Paul (de Paris).

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° « La mort par inhibition ». Rapporteur, M. Duvoir (de Paris);

2° « Traumatisme et tumeurs malignes ». Rapporteurs, MM. Cordonnier et Muller (de Lille);

3° « La criminalité des blessés du crâne (trépanés et commotionés). Responsabilité pénale et assistance pénitentiaire ». Rapporteur, M. Porot (d'Alger).

L'UNIVERSITÉ FLOTTANTE. — Joignant l'utile à l'agréable, un groupe d'Américains a résolu de créer une Université flottante et leur projet a été accueilli avec enthousiasme. Les promoteurs ont affrété un grand transatlantique : le *Princesse Alice* qui avait appartenu jadis au *Norddeutscher Lloyd* et qui est aménagé en vue de transporter 450 étudiants plus le corps professoral, le personnel du bord et l'équipage.

Aux cours théoriques, qui se donneront en cours de route, seront adjoints des cours de géographie, d'histoire, d'art, de botanique, etc., pratiques, ces derniers cours se donnant à chaque escale que fera le transatlantique transformé en Université flottante.

Les cours seront chaque fois d'une année, englobant chaque fois le tour du monde. La première croisière comporte des escales au Japon, en Chine, aux Indes, en Grèce, en Turquie, en Italie, en Algérie, en Tunisie, en Espagne, en Allemagne, en Hollande, en Scandinavie, en France et en Angleterre.

Dans l'idée des promoteurs, dit le *Foreign Press Service*, ces croisières sont appelées à développer l'esprit mondial des étudiants et à créer de bonnes relations entre les divers pays visités. Aussi, espèrent-ils intéresser à leur initiative d'autres universités, de façon à ce que les étudiants d'autres pays soient mis à même de compléter leurs études par une année supplémentaire ou intercalaire, passée à bord de l'Université flottante qui deviendrait, en quelque sorte, l'annexe flottante de tous les établissements d'enseignement supérieur, ce qui permettrait d'en faire une institution permanente.

Un cours spécial pour ingénieurs de marine et pour constructeurs maritimes sera donné à bord du *Princesse Alice*.

Le *Bruxelles médical*, qui nous apporte cette nouvelle, insiste avec raison sur les avantages inestimables qu'offrent, au point de vue physique, les croisières à bord de l'Université flottante.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-H.-Maurice Denucé, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, décédé à l'âge de soixante-

cinq ans. Nous adressons à la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, dont il était le collaborateur, l'expression de nos sentiments de vives condoléances; — de MM. les docteurs Foucherand (de Saint-Pal-en-Chalençon, Haute-Loire); Merveilleux, médecin inspecteur du cadre de réserve des troupes coloniales; Gabriel Mondan (de Lyon), qui fut l'un des collaborateurs les plus dévoués d'Ollier et qui prit notamment une part considérable à la préparation du *Traité des résections*.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE PAR L'HÉMYPNAL (1),

Par MM. G. Dujol,
Accoucheur des hôpitaux de Saint-Etienne.
et H. Baillon.

Nombreux sont les travaux suscités par la question de l'analgésie obstétricale, non moins nombreux les moyens successivement préconisés pour l'obtenir et dont aucun jusqu'à présent n'avait donné entière satisfaction.

Les auteurs ont expérimenté sur un très grand nombre de cas l'hémypnal, combinaison de diallylbarbiturate d'éthylmorphine et de chlorétone, agissant comme sédatif nerveux et hypnotique analgésique.

De l'étude critique de leurs observations il résulte que l'hémypnal a dans l'accouchement un effet analgésique très net dans la plupart des cas; la perception de la contraction n'est pas abolie, mais l'élément-douleur en est très atténué. La parturiente est nettement soulagée, mais ne perd nullement la notion de ce qui se passe autour d'elle. On note parfois un peu de somnolence entre les contractions; celles-ci ne sont pas ralenties si l'on a la précaution de ne commencer l'administration du produit que lorsque la dilatation est entre 1 et 2 francs. Contrairement aux autres opaciés, l'hémypnal a pu être utilisé par les auteurs dans les accouchements prématurés sans qu'ils aient observé la cessation du travail. Dans les cas d'hypertonie utérine et de rigidité du col, il régularise le travail et l'accélère parfois de façon remarquable; de même il fait très souvent céder le spasme du col. Aucun accident du côté maternel, pas de céphalée, pas de troubles cardiaques; les suites de couches ne sont pas influencées. Du côté de l'enfant, aucun effet toxique; si dans deux ou trois cas les auteurs ont noté chez les nouveau-nés un état d'oligopnée et d'étonnement temporaire, un travail primitivement laborieux, avant l'administration du produit, doit en être tenu pour responsable. Au total, l'hémypnal apparaît comme un analgésique efficace dans la majorité des cas, très recommandable par son innocuité et la facilité de son administration (c'est aux suppositoires que les auteurs donnent la préférence). Ces deux qualités rendent son utilisation possible et facile — contrairement à la plupart des autres méthodes — pour les praticiens non spécialisés dont les occupations ne permettent pas la présence continuelle et ininterrompue auprès de la parturiente.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE DES ÉTUDIANTS SURSITAIRES

M. Auber, sénateur, ayant demandé à M. le ministre de la Guerre quel est le temps de service qui reste à accomplir à un étudiant en médecine de la classe 1920, mis en sursis, après un an de services, et qui, pendant ce sursis, a subi avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, et si, l'étudiant en question ayant obtenu ce grade avant la loi du 1er avril 1923 et n'ayant, en conséquence, pu refaire de la préparation militaire, il n'y aurait pas lieu de le faire bénéficier néanmoins de la réduction de six mois de services prévue par l'article 102 (4e alinéa) de la loi en faveur des sursitaires de la classe 1920 nommés sous-officiers, a reçu la réponse suivante :

« L'étudiant visé dans la question ci-dessus, de la classe 1920, incorporé en octobre 1920 et mis en sursis en octobre 1921, et qui a subi avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, sera nommé à ce grade lors de sa réincorporation s'il a au moins 12 inscriptions validées; dans ces conditions, il n'aura plus que six mois de services à effectuer (application de l'article 102 de la loi du 1er avril 1923. » (*J. O.*, 4 juin 1924.)

(1) *Loire méd.*, mars 1924, n° 3.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS SPÉCIAL DE CURIETHÉRAPIE ET DE RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE. — Le docteur Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer et de Nabias, commencera le mardi 1er juillet 1924, à 10 heures du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 francs. — Se faire inscrire le matin auprès de M. le docteur Forestier, chef de laboratoire, à l'hôpital Tenon.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LA TUBERCULOSE CHIRURGICALE. (Professeur : M. Aug. Broca.) — Ce cours aura lieu à l'hôpital des Enfants-Malades, du 3 au 11 juillet. L'examen des malades sera fait à la consultation les mardis, jeudis, samedis et les vendredis, de 9 h. 30 à 10 h. 30. Les vendredis 4 et 11 juillet, de 10 h. 30 à 11 h. 30, seront faites deux leçons sur le diagnostic radiographique des principales lésions osseuses dans leurs rapports avec la tuberculose (ostéites chroniques diverses, syphilis, tumeurs).

Les leçons théoriques au nombre de treize, avec projections radiographiques, auront lieu tous les jours, de 16 à 18 heures (sauf les vendredis où il n'y aura qu'une leçon, de 16 à 17 h.)

Ce cours suivra le cours sur la tuberculose pulmonaire, fait à l'hôpital de la Charité, sous la direction du professeur Emile Sergent, et qui commencera le 10 juin.

Droit d'inscription : 150 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

CONSULTATION DE MÉDECINE DE LARIBOISIÈRE. — CONFÉRENCES SUR LA PATHOLOGIE DU FOIE ET DU TUBE DIGESTIF. — Le docteur Etienne Chabrol, médecin des hôpitaux, fait tous les matins à 10 h. 30, une présentation de malades, avec discussion concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Les mardis, jeudis, vendredis sont réservés spécialement à la pathologie du foie et du tube digestif.

Les examens radioscopiques ont lieu le jeudi à 11 heures, avec la collaboration du docteur Haret et du docteur Cassan.

L'œsophagoscopie et la rectoscopie, le vendredi à 11 h., avec la collaboration du docteur Lutier.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE DE PATHOLOGIE GASTRO-INTESTINALE

1923-1924

Par M. le docteur Édouard ANTOINE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA GLACIÈRE

I. ŒSOPHAGE

De l'étiologie des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (Jean GUISEZ. *Journ. des prat.*, avril 1923, n° 15.) — Il y a lieu de préciser d'abord exactement dans quelles conditions la sténose a pu se produire. Un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage est constitué par une altération permanente de ce conduit, dont la caractéristique est la dégénérescence cicatricielle de sa paroi, à évolution toujours progressive, aboutissant peu à peu à l'oblitération complète. C'est une affection neuf fois moins fréquente que le cancer de l'œsophage.

L'auteur en distingue trois groupes :

1° Les sténoses cicatricielles d'origine inflammatoire; à la suite de multiples poussées d'œsophagite avec spasme, l'œsophage est susceptible de se rétrécir sans aucun traumatisme;

2° Les sténoses cicatricielles traumatiques : brûlure, soude ou potasse, ammoniaque, corps étrangers, blessures de l'œsophage, brûlure par gaz toxiques;

3° Les sténoses cicatricielles d'origine médicale : ulcère simple, maladies infectieuses aiguës (scarlatine, diphtérie, typhoïde, variole).

Rétrécissement congénital de l'œsophage. (SARGNON. *Soc. nat. de méd. de Lyon*, juillet 1923.) — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de dix ans atteint depuis sa naissance de troubles œsophagiens; actuellement il ne pouvait avaler que des aliments liquides.

L'examen radioscopique montre qu'il existe au niveau de la portion supérieure de l'estomac un arrêt où le bismuth s'étale. Le cathétérisme explorateur montre un arrêt à 27-28 centimètres et l'œsophagoscopie fait voir un diaphragme paraissant épais, avec petit pertuis à bord net, circulaire et central. Il s'agit donc d'une sténose congénitale.

Cf. — Les grandes dilatations de l'œsophage. (GUISEZ. *Courrier méd.*, 1923, n° 1.)

Exploration radiologique de l'œsophage et de l'estomac. (DECHAMBRE. *Arch. méd. du Centre*, 1923, n° 2.)

De la radiumthérapie dans le cancer de l'œsophage. (GUISEZ. *Presse méd.*, 28 fév. 1923, n° 17.)

La syphilis de l'œsophage. (GUISEZ. *Acad. de méd.*, 15 avril 1924.)

II. ESTOMAC

Ulcères.

Diagnostic topographique des ulcères de l'estomac. (LOEPER et MARCHAL. *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.) — Pour arriver à préciser le diagnostic topographique des ulcères gastriques, les auteurs s'appuient sur plusieurs symptômes :

— la douleur : horaire, irradiations,
— l'hématémèse : fréquence, importance,
— les vomissements : caractère, abondance,
— la sécrétion gastrique : intensité, chimisme,
— la radiologie : spasmes, déformations.

Les principaux caractères différentiels des divers ulcères sont :

a. *Face antérieure de l'estomac.* — Tendance à évoluer plus facilement vers la perforation en péritoine libre. Douleurs moins de deux heures après les repas.

b. *Face postérieure.* — S'il est ancien, l'ulcus provoque, à cause du voisinage du pancréas, des douleurs atroces, du type pancréatico-solaire.

c. *Grande courbure.* — Forme rare, insidieuse. Douleur rebord costal gauche. Hémorragie et perforation sont souvent le premier symptôme.

d. *Juxta-cardiaque.* — Manifestations hybrides tenant à l'œsophage et à l'estomac. Douleur sternale à la déglutition. Douleur gastrique une heure après le repas. Amaigrissement, anémie, cachexie rapide. Examen physique négatif.

e. *Petite courbure.* — Horaire semi-tardif de la douleur. Spasme médiogastrique d'autant plus précoce que la lésion est plus haute. Intensité de la douleur, tenace et résistante au traitement. Hématémèses fréquentes. Syndrome vagotonique : nausées, sialorrhée, bradycardie, exagération du réflexe oculo-cardiaque. A la radioscopie : spasme médiogastrique, petite courbure en équerre, rectitude segmentaire, niche de Haudeck.

f. *Ulcus pyloriques.* — Horaire tardif de la douleur, calmée par du lait. Stase. Vomissements par regorgement. Hématémèse rare. Signes de sténose pylorique. Hypersécrétion acide et stase.

Aux rayons X, estomac dilaté, abaissé, en cuvette, hyperkinétique.

Du choix entre les traitements médicaux et chirurgicaux de l'ulcus de l'estomac et du duodénum. (Aage NIELSEN. *Acta chir. Scandinava*, t. LV, p. 57.) — L'auteur envisage le problème du traitement des ulcus sous plusieurs aspects :

1° La crainte du cancer secondaire à un ulcus peut-elle imposer une intervention chirurgicale? Les observations personnelles de l'auteur n'indiquent nullement que l'ulcus gastrique ou duodénal présente la moindre tendance à la cancérisation. L'ulcéro-cancer même ne serait qu'un cancer primitif pseudo-ulcéreux.

2° La répétition des hémorragies justifie-t-elle l'opération? Les hémorragies graves, mortelles, se produisent presque toujours au cours de lésions récentes ulcéreuses et non de lésions chroniques. Les hémorragies ulcéreuses doivent être traitées médicalement.

3° Les risques d'une péritonite généralisée par perforation? Pour l'auteur, les risques de perforation avec péritonite sont infiniment petits au cours d'un ulcus chronique et la perforation aiguë en péritoine libre se voit surtout chez des malades qui ont une ulcération à marche aiguë, sans adhérences de périgastrite.

4° Pour décider une intervention, on doit surtout se baser sur la chronicité de l'ulcère, sur le degré de gravité des lésions, sur le retentissement sur la santé générale et sur la profession du malade.

Cf. — Le traitement diététique de l'ulcus gastrique. (SCHRIJVER. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1923.)

La septicité des ulcères gastriques. Son rôle clinique. (P. DUVAL, J.-Ch. ROUX et MOUTIER. *Soc. de chir.*, 23 mai 1923.)

La sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse. (Ed. ANTOINE et DE MARTEL. *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 49.)

Cancers.

Deux observations de linite gastro-intestinale. (Bensaude, Cain et Oury. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1923.) — Les auteurs apportent deux nouvelles observations de linite gastro-intestinale.

Dans un cas, il s'agit d'une histoire clinique de néo-gastrique avec péritonite cancéreuse. A l'autopsie on trouve des rétrécissements linitiques multiples de l'estomac, du grêle, des côlons.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une linite recto-sigmoïdienne. Ici l'intestin sur 30 centimètres est transformé en un tuyau rigide, épais. A propos de ces deux cas, les auteurs rappellent l'anatomie pathologique et l'histoire clinique des linites. Bensaude avait déjà, dans un travail antérieur, attiré l'attention sur les métastases intestinales au cours du cancer gastrique.

Linite plastique à foyers multiples. (Achard, Mouzon et Marchal. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 juin 1923.) — Une malade meurt cachectique après avoir présenté des symptômes qui pouvaient faire penser à une cirrhose ou à un cancer.

A l'autopsie, on trouve de multiples tumeurs : estomac, grêle, péritoine rétrogastrique, pancréas, angle droit du côlon et rectum. Il s'agissait d'un épithélioma à petites cellules avec réaction conjonctive énorme à tendance fibreuse.

Image lacunaire de la grande courbure gastrique due à un polyadénome en voie de dégénérescence. (Ed. Antoine et G. Guénaux. *Soc. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1923.) — Cette observation montre qu'un polyadénome de l'estomac peut donner aux rayons X une image lacunaire dont les contours sont régulièrement polycycliques, comme découpés à l'emporte-pièce, et présentent une netteté plus grande que ceux des lacunes néoplasiques.

L'examen histologique d'un fragment de la tumeur a révélé l'existence d'un polyadénome gastrique (Ménétrier) en voie de dégénérescence par places.

Divers.

Sur quelques formes de syphilis des voies digestives. (Dubourg. *Gaz. méd. de Bordeaux*, juillet 1923, n° 26.)

Comment poser le diagnostic clinique de syphilis de l'estomac. (Ed. Antoine. *Concours méd.*, déc. 1923, n° 51.)

Pour rattacher cliniquement à la syphilis une affection gastrique constatée, il s'agit plus de poser un diagnostic de finesse et d'impression qu'un diagnostic de certitude. La notion de syphilis ancienne, une séroréaction positive ont une certaine valeur. Mais la discordance des manifestations cliniques et l'épreuve thérapeutique (inefficacité du traitement habituel et efficacité rapide et extraordinaire du traitement spécifique) constituent à défaut de la preuve histologique les trois repères actuels les meilleurs pour le médecin.

Signes radiologiques de la sténose et du spasme du pylore chez l'adulte et chez le nourrisson. (Barret et Chaufour. *Presse méd.*, 1922, n° 83.)

Manuel de radioscopie gastro-duodénale. (F. Ramond et Jacquelin. Un volume de 146 pages et 81 figures ; Paris 1924, Cussac, édit.) — Ce manuel, conçu par des praticiens, ne s'adresse qu'à des praticiens. Il s'efforce de servir de trait d'union entre la clinique et la radioscopie. Les auteurs y décrivent successivement les images radioscopiques les plus fréquentes de la pathologie gastro-duodénale; ils indiquent comment les interpréter d'après leurs variations possibles et montrent le danger très fréquent qu'il peut y avoir de conclure hâtivement sans le contrôle indispensable de la clinique.

La claudication intermittente gastrique. (Mignac. *Th. de Paris*, 1923, Legrand, édit.)

L'aérophagie. (Pilven. *Gaz. méd. de Nantes*, 1923, n° 16.)

Anachlorhydrie et dyspepsie. (Savy et Dufourt. *Journ. de méd. de Lyon*, 1923, n° 85.)

Traitement de la dyspepsie hyperacide. (Lemoine. *Gaz. des prat.*, janv. 1924.)

Comment on vide l'estomac et l'intestin par la percussion du rachis. (Lebon et Quivy. *La Clinique*, juillet 1923.) — La percussion de la VIIe vertèbre cervicale détermine les contractions de l'estomac. La percussion des apophyses épineuses des trois premières lombaires produirait aussi un bon résultat sur la constipation chronique par atonie.

Diagnostic clinique et radiologique des estomacs dilatés. (Timbal. *Toulouse méd.*, déc. 1923.)

L'opothérapie et la cure d'engraissement. (Laemmer. *Soc. de thérap.*, 13 juin 1923.)

III. AFFECTIONS DU CARREFOUR SUPÉRIEUR

La périduodénite sus-mésocolique essentielle. (P. Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère. *Soc. de gastro-entérologie*, 5 mars 1923.) — C'est une maladie constituée par des adhérences plus ou moins sténosantes, plus ou moins douloureuses autour de la première et de la deuxième portion du duodénum, en dehors de toute lésion en évolution du duodénum et des voies biliaires. La pathogénie de ces adhérences est discutable : théorie inflammatoire et théorie congénitale peuvent être également invoquées. Les douleurs, accusées par les malades, peuvent revêtir deux aspects, suivant qu'elles rappellent les douleurs de l'ulcus duodéno-juxtapylorique ou celles de la colique vésiculaire, comme si les adhérences gênaient surtout dans certains cas le duodénum et dans d'autres la vésicule. L'examen radiographique montre un duodénum anormal, déformé, sans d'ailleurs présenter une déformation précise et constante. La déformation porte, soit sur l'ensemble, soit sur une partie du duodénum. Les bords sont sinueux, dentelés, et ces déformations doivent surtout être étudiées par les radiographies en série.

Syndrome gastrique douloureux sans lésion gastro-duodénale. (Paviot. *Journ. de méd. de Lyon*, 1923, n° 85.) — Le syndrome douloureux gastrique, sans lésion décelable de l'estomac, du duodénum, de la vésicule, de l'appendice, semble devoir être rattaché à la forme grave de la dyspepsie nerveuse avec état neurasthénique.

Ces cas ont parfois conduit, par l'intensité des douleurs, l'amaigrissement, à une intervention chirurgicale qui a fait constater l'absence de lésion organique. Il semble que ces faits seront un jour rattachés au domaine des chocs et de l'hémoclasie.

Le tubage duodénal. (Ed. Libert. *Th. de Paris*, 1924; Baillière.)

Le tubage duodénal, ses applications cliniques. (Chiray et Lebon. Un volume de 218 pages et 24 figures ; Paris 1924, Masson, édit.)

Cette méthode nouvelle, d'application relativement récente en France, permet d'étudier directement au sortir du foie et du pancréas, la sécrétion de ces deux glandes digestives. Moyen de diagnostic, il peut également agir comme moyen thérapeutique. Cette méthode, simple, peut être pratiquée aussi facilement en clientèle et à l'hôpital. Elle peut être riche en renseignements : recherche du sang dans le liquide duodénal, recherche et dosage des ferments pancréatiques, dosage des éléments de la bile (mais l'épreuve des trois biles successives d'après la méthode de Lyon-Meltzer est discutée), étude de la cytologie duodénale, examen et ensemencement du liquide recueilli aseptiquement, recherche du bacille tuberculeux (Garnot et Libert), etc.

La sonde d'Einhorn permet le lavage du duodénum, l'instillation de diverses substances et l'alimentation duodénale.

Les diverticules du duodénum. (Bonneau. *Presse méd.*, 26 sept. 1923.)

Diverticule du duodénum. (Caraven. *Presse méd.*, 26 déc. 1923.)

Le tubage duodénal dans le diagnostic des ictères par rétention. (Carnot et Gaelhinger. *Paris méd.*, 19 mai 1923.)

Les ulcères de l'estomac et du duodénum. (Enriquez et Durand. Un volume de 184 pages avec 12 figures et 8 planches, Paris 1924, Masson et Cie. édit.) — MM. Enriquez

et Durand étudient successivement le diagnostic de l'ulcère et le diagnostic de la localisation de l'ulcus. Mais malgré les progrès, malgré les perfectionnements des méthodes d'exploration, le diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum demeure une œuvre souvent difficile. Si l'on compare la séméiologie clinique des ulcus gastriques et duodénaux on aboutit à cette conclusion qu'à la période initiale l'allure clinique est le plus souvent identique pour tous les ulcus. L'ulcus passe ensuite par une période où « l'accentuation des signes physiques, franche, progressive, continue, dans la majorité des cas d'ulcus pyloriques, est au contraire le plus souvent inégale et variable pour les localisations à la petite courbure ou au duodénum, voisines ou éloignées du pylore ». Enfin, à la période de sténose, l'allure clinique redevient univoque pour toutes les localisations, sauf pour les sténoses sous-vatériennes.

Ce petit volume, illustré de nombreuses figures et de planches hors texte, montre avec clarté les déformations pyloro-duodénales décelées par la radioscopie et la méthode des radiographies en série.

Les formes ictériques de l'ulcère du duodénum. (Bickel. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, nov. 1923.)

Les sténoses pyloro-duodénales dues à la lithiase biliaire; leur traitement chirurgical. (Papin. *Journ. de chir.*, 1924, t. XXIII, n° 1.) — Les lésions vésiculaires peuvent aboutir, après une évolution à bas bruit, à des sténoses mécaniques du pylore ou du duodénum. Il peut y avoir compression simple par une vésicule bourrée de calculs et peu adhérente. La cholécystectomie simple lève l'obstacle. Dans d'autres cas, il y a compression par périduodénite intense que l'opération biliaire ne peut faire disparaître. Chez ces malades, la péricholécystite peut former de vraies tumeurs inflammatoires; l'épaississement et l'induration du duodénum, l'hypertrophie de la tête du pancréas viennent ajouter à la sténose d'origine biliaire.

La conduite du chirurgien doit varier suivant les cas : en présence d'une grosse vésicule, la cholécystectomie doit suffire. L'enclavement d'un calcul dans la région pyloro-duodénale commandera la duodénotomie. La péricholécystite est la lésion la plus fréquente : s'il s'agit de lésions récentes, la cholécystectomie peut suffire; s'il s'agit de lésions anciennes, il est préférable d'y ajouter une gastro-entérostomie.

Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale. (Brulé et Garban. *Presse méd.*, 3 mars 1923, n° 18.) — La stase stercorale, les colites chroniques sont très souvent la seule cause de troubles plus ou moins graves de l'appareil hépato-biliaire, troubles allant de la rétention biliaire légère à la congestion hépatique durable et à la cholécystite aiguë ou chronique. Survenant plus ou moins tard au cours d'une constipation cæcale ou d'une colite chronique, les troubles hépato-biliaires peuvent revêtir trois modalités différentes : la congestion hépatique, la rétention biliaire et la cholécystite. L'observation clinique montre l'étroit parallélisme qui existe entre les symptômes intestinaux et les complications hépatiques.

La cure hépatique de décholestérinisation. (Loeper. *Progrès méd.*, 19 janv. 1924.) — La cholestérine atteint chez le sujet normal le taux de 1g60 dans le sang. Le taux de la cholestérinémie varie avec l'alimentation, mais il dépend aussi parfois de la surrénale et de l'ovaire. La majeure partie s'élimine par le foie et la bile est de toutes les humeurs celle qui contient le plus de cholestérine. Ce qui fait dire à l'auteur que la cholestérine biliaire est le reflet de la cholestérine sanguine. Si la concentration de la cholestérine s'accroît dans la bile, elle tend à la précipitation. Mais le foie reçoit plus de cholestérine qu'il n'en restitue par la bile. Il en détruirait donc sous forme de sels biliaires (Grigaut). Un foie insuffisant élimine plus de cholestérine qu'un foie normal et le taux de cholestérine biliaire est en partie fonction de l'insuffisance hépatique.

Pour faire baisser le taux de la cholestérine, il faut supprimer de l'alimentation les aliments qui en contiennent beaucoup : œufs, cervelles, graisse. Le sucre, les lavements glucosés font baisser le taux de la cholestérine.

Parmi les aliments à action décholestérinisante, il faut citer le benzoate de soude, le salicylate de soude, le bicarbonate de soude. Les purgatifs légers, à base de sulfate de soude ont un résultat plus rapide encore : il faut donner le sulfate de soude à la dose de 10 grammes pendant trois matins de suite.

Traitement des cholécystites chroniques par l'uroformine en injections intraveineuses. (J. Minet. *Gaz. des prat.*, 1923, n° 56.)

Quelques points de pathologie vésiculaire. (Paillard. *Journ. méd. franç.*, 1923.)

Lithiase biliaire à forme gastralgique et cholécystectomie. (Dambrin. *Toulouse méd.*, 15 nov. 1923.)

Quelques réflexes respiratoires au cours de la lithiase biliaire. (Ramond et Parturier. *Soc. méd. des hôpit.*, 29 fév. 1924.)

IV. AFFECTIONS DU CÆCUM ET DU COLON DROIT

Adénite appendiculaire ayant simulé la peste. (Boidin et de Gennes. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 nov. 1923.) — Il s'agit d'un cas d'adénite inguinale d'origine appendiculaire ayant simulé un bubon pesteux. L'appendice long était engagé dans un trajet herniaire et avait donné lieu à un bubon dominant le tableau clinique et masquant les lésions profondes. On pensa à la peste, mais les recherches de laboratoire firent rejeter ce diagnostic.

Diagnostic de l'appendicite chronique. (Jacques Lescure. *Th. de Paris*, 1923.) — Chez tout malade suspect d'appendicite chronique l'examen radiologique doit être le complément indispensable de la clinique. Cet examen permet très souvent de diagnostiquer une appendicite méconnue ou d'attribuer à une autre cause pathologique un syndrome jusqu'alors considéré comme étant dû à l'appendice malade.

L'appendice à leishmania. (Hartmann-Keppel. *Presse méd.*, 1923, n° 25.)

Occlusion du côlon descendant par péricolite due à une appendicite. (Rochet et Mallet-Guy. *Presse méd.*, 1923, n° 55.)

Sur le traitement chirurgical de l'appendicite. (Prof. Delbet. *Journ. des prat.*, 1923, n° 15.) — En présence d'une crise d'appendicite même très grave, il faut opérer systématiquement vers le quinzième jour après le retour de la température à la normale. On attendait autrefois de trois à six mois pour laisser, disait-on, aux adhérences le temps de se limiter. Mais ces adhérences deviennent de plus en plus résistantes.

Cf. — Comment reconnaître une appendicite chronique. (Ramond et Ravina. *Journ. méd. franç.*, avril 1924.)

Les raisons pour lesquelles on diagnostique trop souvent l'appendicite chronique. (Edouard Antoine et Thierry de Martel. *Journ. méd. franç.*, avril 1924.)

L'examen radiologique des appendicites chroniques. (Trémolières et Joulia. *Journ. méd. franç.*, avril 1924.)

Considérations pratiques sur l'examen radiologique de l'appendice iléo-cæcal. (Aubourg. *Journ. méd. franç.*, avril 1924.)

Volvulus du cæcum et du côlon ascendant. (Bardon et Gandy. *Journ. de méd. de Bordeaux*, nov. 1923, n° 23.)

Contribution à l'étude des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. (Renaud. *Th. de Paris*, 1923.) — Reprenant la plupart des faits que nous avons exposés avec T. de Martel dans notre travail intitulé « les fausses appendicites », Renaud insiste à nouveau sur la complexité des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit. Cliniquement il s'agit de douleurs de la fosse iliaque droite avec réflexes du système vago-sympathique et mauvais état général qui simulent et souvent compliquent une appendicite chronique. « Les recherches radiologiques et les constatations opératoires établissent que ces syndromes, liés à des états inflammatoires, correspondent à des troubles sta-

tiques, dynamiques ou mécaniques du segment iléo-cæco-coliques. »

Quelques acquisitions nouvelles en thérapeutique anti-helminthique. (SIGALAS. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1924, n° 2.) — L'auteur attire surtout l'attention sur deux médicaments encore peu usuels : le tétrachlorure de carbone et l'huile de chénopodium, véritable spécifique pour l'ascaris lombricoïde, ne mérite pas les reproches qu'on lui adresse : on doit faire absorber le chénopodium en trois doses espacées de deux heures en deux heures. Les doses maxima sont les suivantes : L gouttes chez l'adulte, XL chez le vieillard et l'adolescent, IV à XXX gouttes chez l'enfant de deux à quinze ans. Enfin, on peut donner de l'huile de ricin deux heures après la dernière dose.

Contre l'ankylostome et contre le necator americanus, employer la formule de Bonnet :

Tétrachlorure de carbone......	3 cent. cubes
Huile de chenopodium	1 cent. cube

Divers.

Les troubles digestifs de nature émotive. (M. DE FLEURY. *Journ. des prat.*, 10 nov. 1923.) — Chez l'adulte, certains troubles digestifs, diarrhée, entérite muco-membraneuse, constipation spasmodique s'observent souvent secondairement à des troubles nerveux, dans lesquels l'émotivité joue un rôle principal (états mélancoliques avec anxiété, constitution émotive de Dupré). Ces troubles digestifs sont liés à des manifestations vago-sympathiques, d'après M. de Fleury. Les symptômes nerveux observés, décrits habituellement comme les conséquences de l'entérite glaireuse, nez pincé, teint verdâtre, bouffées de chaleurs, sueurs froides, tendance à la syncope, angoisses, sont, pour l'auteur, bien moins les effets d'une réaction scondaire de l'intestin sur le système nerveux, que les manifestations ordinaires de la constitution émotive, dont l'entérite fait partie. Or on sait que cette symptomatologie ne fait que traduire l'irritation du sympathique abdominal. M. de Fleury ne nie d'ailleurs pas qu'un élément infectieux ne puisse venir se surajouter à l'entéronévrose, les spasmes et la coprostase facilitant les putréfactions secondaires et l'exaltation du microbisme intestinal. La psychothérapie est impuissante contre de pareils états auxquels conviennent le repos au lit, l'hydrothérapie chaude, les bromures et le régime.

Myases du tube digestif. (COLOMBE et FOULKES. *Gaz. des hôpit.*, n° 1, 1924.)

Syndrome entéro-rénal et syndrome entéro-hépatique. (BAUMANN. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 23 juin 1923.)

Les manifestations intestinales de la syphilis. (BENSAUDE et RIVET. *La Médecine*, juillet 1923.) — Les manifestations intestinales de la syphilis sont moins fréquentes et moins bien individualisées que ses manifestations gastriques.

Les *manifestations intestinales de l'hérédosyphilis* accompagnent souvent d'autres localisations cutanées ou viscérales (pemphigus, gommes viscérales, etc.). Cliniquement, ce n'est souvent qu'une trouvaille d'autopsie. Quand l'enfant naît vivant, la syphilis intestinale se traduit essentiellement par une diarrhée sans caractère, mais rebelle, et par des hémorragies (mélæna du nouveau-né). Le traitement doit consister en frictions mercurielles et en ingestion de liqueur de van Swieten. Castex a signalé l'hérédosyphilis tardive qui atteint surtout le péritoine : péricolite et péri-entérite membraneuse.

Les *manifestations intestinales de la syphilis acquise* peuvent se voir au cours de la période secondaire ou de la période tertiaire.

Parmi les *manifestations secondaires*, les auteurs citent : forme entéralgique de Fournier, l'entérite catarrhale secondaire, la forme typhoïde de Hayem et Tissier.

Les *lésions tertiaires* ont été bien décrites par Fournier, les lésions anatomiques évoluent suivant les stades suivants : Infiltration sèche, puis ramollissement ulcéreux, enfin, sclérose consécutive avec rétrécissement possible.

Cliniquement, le symptôme de fond est la *diarrhée* persistante, rebelle, chronique, s'accompagnant souvent de coliques et parfois d'hémorragies. Si elle n'est pas soignée à temps, cette diarrhée entraîne un état cachectique qui rappelle l'entérite tuberculeuse.

Dans les formes sténosantes, la diarrhée passe au second plan et le malade se présente avec le syndrome habituel aux rétrécissements de l'intestin.

Comme dans les formes comparables de la syphilis gastrique, il n'y a pas ici de caractères cliniques propres à la syphilis de l'intestin. La notion d'une syphilis antérieure, même avec Wassermann positif, n'est pas suffisante à poser le diagnostic.

Toutes les fois qu'on soupçonne la possibilité de son intervention, il faut instituer le traitement d'épreuve qui constitue la clé du diagnostic.

La recherche du sang dans les selles au cours des affections de l'appareil digestif. — Une longue discussion a eu lieu à la *Société de gastro-entérologie de Paris* [mars 1923] sur ce sujet de première importance. ŒTTINGER a apporté des faits des plus intéressants : pour que les réactions de Meyer et d'Adler soient positives dans les selles, il faut qu'il y ait eu ingestion au moins de 8 à 9 centimètres cubes de sang. L'absence de ces réactions ne saurait prévaloir contre le diagnostic d'ulcère du tube digestif. De même, pour Marcel Labbé, un ulcère gastrique, s'il laisse couler peu de sang, peut fort bien ne pas donner une réaction de Meyer positive dans les selles, parce que le sang a tout le temps d'être digéré et résorbé dans la traversée du grêle. Par contre, une ulcération de la partie inférieure de l'intestin grêle échappera moins à l'observation chimique. Les lésions de la partie inférieure du tube digestif seront donc plus facilement décelées par la recherche du sang dans les matières que les lésions gastro-duodénales.

Si l'on rapproche de ces faits les constatations faites par d'autres auteurs (Duval, J.-Ch. Roux ont vu des malades qui ne présentaient aucun signe d'ulcère du tube digestif au cours de l'opération, alors qu'on avait constaté des hématémèses ou du mélæna) on ne peut s'empêcher de rester perplexe devant de pareils faits.

V. COLON GAUCHE ET RECTUM

Les manifestations colitiques du côlon transverse. (FAROY et BAUMANN. *Presse méd.*, 1923, n° 47.) — L'examen radiologique systématique de tous les colitiques permet de déceler sur le côlon transverse des anomalies de forme, d'aspect, de transit, des images constantes et superposables, des ensembles symptomatiques qui ne peuvent être rapportés qu'au côlon transverse et à ses altérations Dans certains cas, le transverse s'allonge, se plisse et peut réaliser un véritable dolicho-transverse.

Les acides organiques de fermentation dans les selles, leur mesure, leur valeur clinique. (J.-Ch. ROUX et GOIFFON. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janv. 1924, t. XIV.) — Le dosage des acides organiques est une méthode clinique, parce qu'elle est rapide et n'exige pas d'appareillage compliqué. Les chiffres qu'il fournit semblent être l'image exacte de l'activité de la flore intestinale fermentative. L'abaissement et l'élévation de leur taux dans les selles, par rapport à une valeur normale relativement fixe, peuvent être également interprétés, et permettent de reconnaître des syndromes fonctionnels nouveaux : dyspepsie intestinale fermentative, selles de colite avec fermentation, non gazeuses et acides, selles de fermentation acide avec diminution des acides organiques, selles de putréfactions précoces, selles du grêle, selles d'hypersécrétion gauche sans transit rapide.

Les membranes péricoliques, leur rôle pathogène. (BONNEFOY. *Th. de Paris*, 1924.) — Les accidents produits par la péricolite membraneuse ont le caractère des accidents occlusifs : arrêt temporaire du contenu intestinal, crises douloureuses à type de coliques, avec distension de l'intestin au-dessus de l'obstacle. La crise se termine par des bruits musicaux et souvent par une débâcle intestinale. Si, le plus souvent, la péricolite détermine seulement des accidents d'occlusion temporaire à répétition, elle est à même de déterminer aussi, très rarement d'ailleurs, des accidents d'occlusion complète,

définitive. Si la péricolite membraneuse est à même de provoquer ces accidents, la présence de membranes péricoliques n'entraîne pas nécessairement la production d'accidents : il semble évident que d'autres conditions doivent se surajouter à la péricolite elle-même.

Du rôle que jouent les infections du côlon gauche dans l'étiologie du syndrome entéro-rénal. (Ed. ANTOINE. *La Médecine*, 1923, n° 10.) — Les affections du cæcum et du côlon droit ne résument pas à eux seuls l'étiologie du syndrome entéro-rénal. Les infections du côlon gauche : poussées de colite gauche, recto-colites graves, sigmoïdites doivent avoir aussi une place importante dans l'histoire clinique de ces infections urinaires.

Les sigmoïdites et les périsigmoïdites. (GUILLAUME-LOUIS [de Tours]. *Arch. méd.-chir., de prov.*, juillet 1922.)

Recto-sigmoïdite chronique. (BOUCHUT. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, nov. 1923.)

Entérite dysentériforme par amœba coli. (ORTICONI et GAZZOLA. *Presse méd.*, 1922, n° 97.)

Essai de vaccination préventive et de vaccinothérapie curative contre la dysenterie par la voie digestive. (Aimé GAUTHIER. Communication à l'*Académie de médecine*, analysée dans la *Gaz. des hôpit.*, 19 janv. 1924.)

Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes. (Jean MOULS. *Th. de Paris*, 1924.) — Ce traitement donne, dans la totalité des cas observés par l'auteur, un arrêt des hémorragies, une cessation des douleurs et le plus souvent la disparition complète de la tuméfaction hémorroïdaire.

Les nouvelles méthodes de traitement des hémorroïdes. (BENSAUDE et OURY. *Journ. des prat.*, 1923, n° 24.) — En dehors des méthodes classiques, les auteurs publient les résultats obtenus par les injections sclérosantes ; ils donnent la préférence à une solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 50 p. 100. On injecte ainsi 3 à 5 centimètres cubes de solution, non dans le paquet hémorroïdaire, mais dans le tissu sous-muqueux à la base des hémorroïdes. Il se produit un œdème local, bientôt remplacé par de la sclérose.

L'injection n'est pas douloureuse et ne nécessite qu'une heure de repos, elle doit être répétée à plusieurs reprises. Sur 52 malades traités, il n'y aurait eu que 6 récidives et pas d'accidents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUIN 1924)

La splénectomie et la déminéralisation de l'organisme. — MM. J.-E. ABELOUS, MOOG et SOULA. La rate joue un rôle très important dans le métabolisme des substances minérales. Une preuve de ce rôle est fournie par le fait que l'élimination du calcium est beaucoup plus considérable chez les animaux dératés que chez les animaux normaux soumis au même régime alimentaire. Les lapins splénectomisés éliminent 0gr256 de CaO par kilo et par vingt-quatre heures, les témoins n'éliminant que 0gr116 dans les mêmes conditions.

Etude de l'acidité ionique urinaire chez l'homme normal. Influence de l'alimentation. — MM. P. LE NOIR et A. MATHIEU DE FOSSEY. L'acidité urinaire chez l'homme normal, mesurée par la concentration en hydrogène-ion pendant les vingt-quatre heures, varie surtout sous l'influence des apports alimentaires.

Au moment des repas, la phase de sécrétion gastrique s'accompagne régulièrement d'un abaissement de l'acidité urinaire. Cette vague alcaline est constante chez tous les individus et particulièrement marquée avec un repas normal (régime mixte).

A cette vague alcaline succède une vague acide dont l'allure, aussi bien que la durée, est infiniment variable selon les sujets et chez le même sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1924)

Luxation complète du coude en dehors. — M. LECÈNE aapporte un cas de luxation complète du coude en arrière, diagnostic confirmé par la radiographie. M. Petridis (d'Alexandrie) a pu la réduire sous anesthésie générale.

Tumeur à myéloplaxes. — M. LECÈNE fait un second rapport sur une observation de M. Petridis. Il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes qui siégeait au niveau des gaines tendineuses du péronier. Cette tumeur présentait des caractères particuliers : lente évolution, intégrité de la peau, consistance dure par places, molle par d'autres. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules géantes. Traduisez tumeur à myéloplaxes, d'un pronostic bénin, sans récidive ni généralisation. M. Lecène a observé un cas analogue resté guéri déjà depuis longtemps.

Luxation d'un ménisque interne. — M. MOUCHET fait un rapport sur deux observations adressées par M. Martin. Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de treize ans qui accusait de vives douleurs dans le genou gauche. Une radiographie montra qu'il s'agissait d'une luxation des ménisques du genou gouche. M. Martin pratiqua l'ablation complète du ménisque interne. M. Mouchet fait remarquer que ces lésions des ménisques deviennent de plus en plus fréquentes depuis que les habitudes de sport sont entrées dans les mœurs.

M. Mouchet fournit une statistique intéressante.

Lésion traumatique grave du poignet. — Dans un second rapport, M. MOUCHET analyse une observation de M. Martin (de Toulon). Il s'agit d'une fracture du pisiforme. Réduction après radiographie. Dans un second cas, il s'agit d'une même fracture suite de chute de bicyclette.

Ce sont là des fractures très rares. M. Mouchet n'en a rencontré que trois.

Fibromyome de l'espace recto-vaginal. — M. SAVARIAUD fait un rapport sur une observation de M. Marais (de Caen). Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans qui a des règles abondantes et de la rétention d'urine. Au toucher vaginal on sent une masse solide, un fibrome sous-péritonéal qui comprime l'urètre. C'est bien un fibrome sous-péritonéal à développement vaginal. M. Marais commence par pratiquer une hystérectomie subtotale et aborde ensuite la tumeur qui a contracté des adhérences avec la paroi vaginale. Il s'agissait d'un fibro-myome, indépendant de l'utérus, adhérant avec la paroi vaginale, dont l'extraction, en raison de ces adhérences, fut difficile. Ensuite réfection de la cloison recto-vaginale. Ces tumeurs sont rares. M. Savariaud n'en a observé qu'un cas chez une femme de trente-neuf ans qui éprouvait des douleurs de compression, mais pas d'hémorragies. La plupart des auteurs ont préconisé dans ces cas l'hystérectomie préalable.

M. SAUVÉ a observé un cas semblable chez une femme qui avait été opérée d'un gros kyste par Ricard.

M. CHEVASSU a observé une tumeur grosse comme une noisette, libre dans la cloison recto-vaginale. L'examen microscopique de cette tumeur a montré qu'il s'agissait d'un ganglion lymphatique.

Rachianesthésie. — M. RICHE analyse un travail de M. Baruch (de Bruxelles) qui emploie la rachianesthésie depuis 1909. Il a eu recours à toutes les variantes, ponction haute, ponction lombaire, emploi simultané de la novocaïne et de la caféine. Il déclare n'avoir jamais eu d'accidents graves.

Thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose. — M. LENORMANT analyse une observation de M. Marmasse (d'Orléans). Il s'agit d'un jeunehomme de vingt ans qui présentait des lésions unilatérales de tuberculose. Un pneumothorax est tenté, mais échoue en raison des adhérences. M. Marmasse pratique alors le désossement postérieur de dix côtes, y compris la première; malgré des accidents passagers d'insuffisance cardiaque postopéraioire, une amélioration notable est obtenue.

M. TUFFIER, qui, un des premiers, a pratiqué à plusieurs reprises des interventions contre la tuberculose pulmonaire, signale combien cette chirurgie est souvent décevante.

Sténose pylorique par lithiase biliaire. — M. DE MARTEL a opéré un malade chez lequel il a trouvé une masse sous-hépatique représentant la vésicule, le côlon, le grand épiploon absolument fusionnés. Cliniquement, il s'agissait d'une sténose pylorique. Aussi il se mit en devoir de pratiquer une gastro-entérostomie. Dès que l'estomac fut incisé, il pratiqua un touche intra-gastrique qui lui permit de reconnaître une vésicule contenaut un gros calcul, adhérente et couchée sur le pylore. Il put inciser par voie endogastrique cette vésicule et recevoir le calcul dans l'estomac. Il termina ensuite la gastro-entérostomie. Guérison simple.

Calculs biliaires et rénaux. — M. DUVAL présente des radiographies de profil montrant les différences de siège des calculs biliaiaes et rénaux.

Fracture de Dupuytren. — M. DUJARIER a réduit une fracture de Dupuytren malgré le diastasis et l'existence d'un troisième fragment; appareil plâtré. Guérison fonctionnelle.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 MAI 1924)

Le chanvre indien. Cultures et essai. — MM. Em. PERROT et R. WEITZ.

Méthode physiologique et titrage pharmacodynamique de l'insuline. — MM. H. PENAU et H. SIMONNET se sont appliqués à étudier les conditions du titrage de l'insuline.

La définition de l'unité physiologique canadienne est la suivante : c'est la quantité de principe actif qui, injecté à un lapin de 2 kilos, à jeun depuis vingt heures, fait tomber le taux de sa glycémie normale de 1g10 environ à 0g40 par litre, en l'espace de quatre heures et déterminant chez les animaux des convulsions caractéristiques.

Les auteurs estiment que dans ce titrage il ne faut pas oublier le facteur idiosyncrasique. Or, les principaux facteurs de variance sont :

1° Le poids : à ce sujet il importe de ne pas tenir compte d'une trop rigoureuse proportionnalité entre le poids de l'animal et la dose d'insuline à injecter.

2° Alimentation et jeûne : ici il y a lieu de remarquer que les lapins soumis à un jeûne de vingt heures sont plus réceptifs que ceux qui ont un jeûne de quatorze heures, aussi paraît-il aux auteurs plus logique de proposer la suppression du jeûne.

3° La température : il faut noter qu'une température élevée (30 à 35 degrés) rend les animaux plus réceptifs à l'action de l'insuline et il est préférable de maintenir les animaux pendant toute la durée de l'expérience à une température de 18 à 20 degrés.

4° Action de sensibilisation : lorsque les animaux sont injectés trop fréquemment (c'est-à-dire lorsqu'on attend moins de sept à huit jours entre chaque injection) les animaux deviennent hypersensibles.

Les auteurs signalent combien il serait intéressant de faire les recherches d'un principe cristallisé de l'insuline, mais les données actuelles ne prouvent pas a priori que ce principe cristallisé serait aussi sensible que le complexe d'insuline actuel tout comme la morphine est différente de l'opium.

Sur la situation en France et à l'étranger des médicaments chimiques définis et de leurs mélanges. — M. TIFFENEAU expose l'état actuel de la situation des médicaments chimiques en France et à l'étranger. Il constate les progrès réalisés en France, mais il montre aussi les efforts faits par les Allemands pour conserver et améliorer leur position. Il signale notamment que les grandes firmes allemandes qui jusqu'ici s'étaient astreintes à ne spécialiser que des produits nouveaux chimiques définis ont adopté les spécialités constituées par un mélange de produits anciens ou nouveaux, et qu'elles les présentent avec une dénomination de fantaisie, comme s'il s'agissait de produits chimiques définis.

Cette orientation nouvelle de l'industrie pharmaceutique allemande nous oblige à nous tenir sur nos gardes et à encourager par tous les moyens notre propre industrie. Aussi M. Tiffeneau demande-t-il aux thérapeutes d'apporter tous leur concours à l'étude des produits chimiques d'origine française; qu'il s'agisse de produits définis purs ou de leurs mélanges, à condition toutefois que la nature chimique de ces produits et la composition de ces mélanges soient toujours exactement indiquées. A cet égard il souhaite que la Société de thérapeutique ne se montre pas plus exigeante que « l'American Council » et qu'elle autorise dans les communications qui lui sont faites l'emploi d'un nom usuel à condition que celui-ci soit toujours accompagné du nom scientifique exact ou de la formule chimique développée.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1924)

Les médications iodées. — M. HUERRE signale que presque toutes les médications iodées (préparations iodo-tanniques, sirop antiscorbutique iodé, lait iodé, peptones iodées) doivent leur activité à l'iode minéral. Les seules préparations iodées indiscutablement organiques actuellement utilisées en thérapeutique sont les huiles et les acides gras iodés.

Les vapeurs d'iode dans les affections de l'arbre respiratoire. — M. VEYRIÈRES, en fréquentant beaucoup une usine dans laquelle on faisait l'extraction d'iode, apporte les remarques suivantes :

1° Qu'une petite proportion d'iode diffusée dans l'atmosphère générale de l'usine, semble pouvoir modifier heureusement l'état des muqueuses des voies respiratoires puisque l'auteur a pu en ressentir lui-même les heureux effets (ancien catarrhe rhino-pharyngien).

2° Que des analyses d'urines répétées n'ont pas pu déceler la présence de l'iode, sauf dans un cas (ouvrière ne se lavant pas les mains pour prendre ses repas).

3° Qu'il y a peut-être lieu d'entrevoir un effet prophylactique des diffusions d'iode dans l'atmosphère; il paraîtrait, en effet, que pendant une épidémie sévère de grippe (1917-1918) aucun habitant de l'usine n'aurait été touché.

Nécessité de surveiller le rythme de l'élimination de l'iode chez tous les malades prenant de l'iodure. — M. VEYRIÈRES.

Les « anti-oxygènes » et le traitement de la tuberculose. — MM. A. PISSAVY et R. MONCEAUX attirent l'attention sur les dangers de la médication de la tuberculose par les « antioxygènes » (phénols, gaïacol, créosote et autres produits du même groupe). Le tuberculeux n'est pas en effet un « accéléré » dans ses combustions; il est au contraire un « ralenti » et par suite les auteurs demandent l'application d'un traitement « diamétralement opposé » à celui des antioxygènes; il faut, au contraire, au tuberculeux le séjour au grand air ozonisé ainsi que l'administration de certains catalyseurs des réactions d'oxydations (entre autres la zomothérapie). Les auteurs appuient leurs déclarations sur les preuves données par de nombreuses analyses d'urines de tuberculeux.

Le traitement aérodynamique des laryngites ventriculaires. — M. Henri-Jean FROSSARD.

Engraissement et amaigrissement pendant les cures hydro-minérales. — M. G. LEVEN, rappelant qu'au cours de la discussion sur l'emploi du « Fenugrec » dans les cures d'amaigrissement il estimait que l'on devait attaquer la maigreur ou l'obésité dans leur cause, apporte aujourd'hui une preuve de plus pour cette opinion. Des observations de malades obèses s'amaigrissant et de malades maigres prenant du poids et ceci simplement au cours d'une cure hydro-minérale démontrent qu'en améliorant leur « état général » ils amélioraient les uns leur maigreur, les autres leur obésité; la preuve est d'autant plus frappante qu'il s'agit de cures hydrominérales très différenciées comme La Bourboule, Châtel-Guyon, Vichy, le Mont-Dore.

M. Marcel LAEMMER, parfaitement d'accord avec M. G. Leven sur la façon clinique dont on doit comprendre « obé-

sité » et « amaigrissement », apporte l'exemple d'un maigre qui a pris pendant près de deux mois du « Fenugrec » sans bénéfice aucun et qui a rapidement augmenté par un retour à des fonctions hépatiques normales et par un séjour au grand air.

Difficultés cliniques de la transfusion sanguine. — M. G. ROSENTHAL, dans un cas d'urgence de transfusion sanguine, se trouve en présence d'un sang qui granite avec tous les sérums et qui n'est donc d'aucun groupe. Faute de mieux, il se contente d'injections hebdomadaires hypodermiques profondes de 20 centimètres cubes de sang pris au mari de la malade. Après deux mois et demi la malade va mieux et un nouvel examen du sang montre que la malade est du groupe 2. Une transfusion de sang donne alors une guérison complète.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 JUIN 1924)

Enorme tumeur fibro-kystique de l'utérus. — M. DARTIGUES a enlevé à une femme de quarante-quatre ans une énorme tumeur fibro-kystique (12 litres). La malade avait eu un prolapsus total réduit et fécondé (grossesse à terme) après réduction.

Otorrhée chronique. Abcès extradural et intradural. Trépanation. — M. CABOCHE met en lumière deux symptômes peu connus des complications intracraniennes des otites : douleurs dentaires, fétidité de l'haleine, indiquant une localisation dans la fosse cérébrale moyenne ayant comme point de départ une lésion de la pointe du rocher. L'infection gagne et la face antérieure du rocher, d'où irritation ou infection du ganglion de Gasser, et la face inférieure descendant vers le pharynx. Guérison après trépanation.

Hérodiagnostic de la syphilis héréditaire. — M. LEREDDE a étudié l'état sanguin de 74 hérédosyphilitiques. Il a trouvé des altérations dans tous les cas : hypoglobulie, hypochromie, leucocytose. Ces altérations obéissent au traitement syphilitique. La preuve de l'existence de l'hérédosyphilis dans les cas où les signes cliniques ne donnent que des présomptions, où la séroréaction est négative peut être apportée par les modifications du milieu sanguin sans l'action du traitement d'épreuve.

La tuberculose ouverte du chien, du chat et son danger familial. — M. G. PETIT insiste sur la grande fréquence de la tuberculose du chien et du chat notamment dans l'agglomération parisienne, d'où le danger de la contamination familiale et surtout infantile. Il apporte un certain nombre de pièces de tuberculose ouverte : caverne pulmonaire, tuberculose ulcéreuse de l'intestin, des reins et de la peau.

Métabolisme basal en clinique. — M. STÉVENIN pense que cette méthode d'examen doit être couramment employée en clinique, car actuellement, bien précise, elle est la meilleure que nous possédions pour apprécier l'état fonctionnel de la thyroïde. Le métabolisme basal est augmenté dans l'hypertyroïdie, diminué dans l'insuffisance. Il permet de régler le traitement de ces affections et d'éviter des accicents.

Le tubage duodénal, son application au diagnostic des infections et des améliorations de la vésicule. — M. NEPVEUX expose que d'abord appliqué au diagnostic des fonctions pancréatiques, le tubage duodénal, grâce à la méthode de Meltzer-Lyon est utilisé pour le diagnostic des affections de la vésicule biliaire, en étudiant le retard de l'apparition de la bile dans le duodénum, l'aspect, la composition de la bile elle-même (présence de leucocytes, de mucus et de sang), le degré d'alcalinité de la bile vésiculaire, son abaissement étant dû au développement des bactéries dans le milieu.

L'aviation sanitaire. — M. TILMANT présente des clichés et des films d'aérochirs, d'avions sanitaires. Il refait l'historique de l'aviation sanitaire et montre les résultats obtenus notamment en Syrie et au Maroc.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum (1), par Pierre DUVAL, Jean-Ch. ROUX et Henri BÉCLÈRE.

Un médecin, un chirurgien, un radiographe ont signé cet ouvrage ; il a nécessité la collaboration d'un chimiste.

C'est dire comment les auteurs comprennent et pratiquent l'étude des maladies du tube digestif. Une collaboration nécessaire, une fusion intime des données acquises par chacun, soumises à tous les autres et acceptées par eux, après critique en commun.

Ces études sont l'exposé de l'enseignement fait à la clinique de thérapeutique chirurgicale. Elles concernent des points nouveaux de la pathologie du duodénum sur lesquels des études nouvelles ont rajeuni nos connaissances. Ce sont :

I. *Le duodénum dans la lithiase biliaire.* — II. *La périduodénite sténosante essentielle.* — III. *La compression chronique de la troisième portion du duodénum par le pédicule mésentérique.* — IV. *La duodéno-jéjunostomie.* — V. *Les signes radiologiques de l'ulcère du bulbe duodénal.* — VI. *L'intoxication dans la rétention duodénale.*

Sur chacun de ces sujets, les auteurs ont apporté leur expérience personnelle ; les nombreuses radiographies qui illustrent le texte proviennent de malades qu'ils ont observés et suivis avant et après l'intervention chirurgicale. Ils ont pu ainsi établir une sémiologie à la fois clinique et radiologique, mieux préciser les indications chirurgicales et contrôler d'une façon plus exacte les résultats de l'opération.

On trouvera des notions nouvelles sur la fréquence des déformations du duodénum par la vésicule, images radiographiques qui constituent un signe indirect, mais fréquent, des cholécystites. La notion de ces altérations conduit à une thérapeutique chirurgicale plus rationnelle.

De belles radiographies illustrent ce livre. Reproduites dans leurs plus petits détails elles sont accompagnées d'un schéma et de textes explicatifs. L. G.

Les troubles cardiaques, leur prophylaxie et leur traitement (2), par Louis FOUGÈRES BISHOP, professeur à l'Université de Fordham, traduit par le docteur F. Françon (d'Aix-les-Bains).

Ecrit dans une langue colorée et volontairement dépouillée de toute terminologie technique, ce livre vise surtout les profanes : comme le dit son introduction, il s'adresse particulièrement aux cardiaques eux-mêmes et aux personnes de leur entourage qui sont appelés à les soigner journellement et à leur donner les premiers soins d'urgence. Mais il fait figure bien plus d'un ouvrage de vulgarisation des travaux récents et des recherches personnelles de Bishop que d'un traité de médecine domestique : aussi les praticiens pourront-ils y trouver nombre d'indications intéressantes sur les acquisitions nouvelles de la cardiologie (téléradiographie, arythmies et notamment forme bénigne de la fibrillation auriculaire, etc.),

Les premiers chapitres sont consacrés à la physiologie normale et pathologique de l'appareil cardio-vasculaire, puis à l'étiologie et à la pathogénie des affections circulatoires : l'auteur insiste sur les diverses variétés d'arythmies et sur le problème de l'artério-sclérose qu'il avait déjà traité dans des publications antérieures.

Une seconde partie étudie l'hygiène et la thérapeutique des cardiaques avec un grand luxe de détails pratiques, en particulier en ce qui concerne les petits soins, la diététique qui est l'objet d'importants développements, l'usage de la saignée, de la trinitrine et de la digitale, l'emploi des bains carbogazeux. Le facteur psychologique n'est pas oublié et le curieux chapitre sur la *reconstruction* physique et mentale du malade mérite d'être retenu.

L'ouvrage est illustré de nombreuses figures, schémas,

---

(1) Grand in-8. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. in-8 avec 35 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, Alcan.

radiographies, tracés électrocardiogrammes, qui ajoutent encore à l'intérêt du texte.

Il faut savoir gré au docteur Françon de nous faire connaître ce livre qui sera un guide précieux aussi bien pour les médecins que pour leurs cardiaques. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

Le cancer du gros intestin est presque toujours un épithéliome (le cancer du grêle, rare, est presque toujours un sarcome).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **I. Etude macroscopique.** — Deux types différents, appartenant l'un au côlon droit (tout le territoire vasculaire du gros intestin, qui dépend de la mésentérique supérieure) ; l'autre au côlon gauche (tout le territoire vasculaire du gros intestin dépendant de la mésentérique inférieure).

A droite, encéphaloïde, tumeur en chou-fleur, saignante et ulcérée ; rétrécit peu la lumière intestinale ; s'infecte précocement.

A gauche, squirrhe, cancer à tendance atrophique, petit, exerçant une striction sur l'intestin (cancer en ficelle) ; obstrue vite et précocement la lumière intestinale.

D'autres types cliniques doivent être distingués, suivant que l'épithélioma se développe sur la *portion fixe* ou sur la *portion mobile* de l'intestin.

Dans tous les cas, peu de tendance à la *propagation* et à la généralisation. L'hypertrophie ganglionnaire est rarement de nature cancéreuse ; les métastases sont rares et tardives.

Infection. — Au contraire, précoce : le cancer du gros intestin est un cancer infecté ; de là résultent : lipomatose péricancéreuse, adhérences inflammatoires, suppurations périnéoplasiques, adénopathies volumineuses et douloureuses.

II. Etude microscopique. — Trois types histologiques (Lecène).

1° Adénocarcinome. — Le plus fréquent : tubes épithéliaux pseudo-glandulaires, inégaux et irréguliers ; constitués par un épithélium sans paroi propre ; noyés dans un stroma conjonctif d'importance très variable : nul (carcinome médullaire) ou très abondant, fibreux et dur (squirrhe).

2° Carcinome solide atypique. — Beaucoup plus rare. Noyaux de cellules épithéliales ne se disposant qu'exceptionnellement en pseudotubes glandulaires. Stroma fibreux très dense.

3° Carcinome colloïde. — Exceptionnel, cellules volumineuses, gonflées de substance colloïde, à noyaux refoulés à la périphérie, contenues dans des alvéoles limitées par du tissu conjonctif peu abondant.

ÉTIOLOGIE. — Le plus fréquent des cancers du tube digestif, après ceux de l'estomac et du rectum.

S'observe le plus souvent après cinquante ans, chez des femmes atteintes de constipation chronique.

SYMPTOMES. — Deux types cliniques principaux :

1° **Cancer du côlon ascendant.** — Tumeur volumineuse, s'ulcérant et s'infectant vite, siégeant sur un segment intestinal fixe, facile à palper contenant des matières liquides.

2° **Cancer du côlon sigmoïde.** — Cancer petit, sténosant, aboutissant rapidement à l'occlusion, parfois à l'invagination, siégeant sur un segment intestinal profond, mobile, masqué par les anses grêles, et contenant des matières solides.

1° **Cancer du côlon droit.** — **DÉBUT.** — Remarquable par son insidiosité, marqué le plus souvent par des symptômes frustes, facilement rapportés à une autre affection : anémie, dyspepsie, entérite.

a. **Altération de l'état général**, amaigrissement et anémie.

b. **Dyspepsie.** — D'abord aiguë, se manifeste à des intervalles de plus en plus courts par des indigestions sans cause. Chronique ensuite, provoque des nausées, des vomissements, de la céphalalgie ; anorexie, langue saburrale, haleine fétide complètent cet ensemble.

c. **Troubles entéritiques.** — Douleurs abdominales, sensation de pesanteur ou de tiraillement siégeant dans la fosse iliaque droite, n'irradiant pas, souvent peu intense, mais persistante et fixe ; diarrhée rebelle avec mucosités parfois striées de sang, entrecoupée de quelques phases de constipation.

La distinction entre ces symptômes du cancer au début et ceux de l'entérocolite muco-membraneuse est fort délicate ; une exploration méthodique, et en particulier une radioscopie, s'imposent dans tous les cas douteux.

ÉTAT. — **I. Signes fonctionnels et généraux.** — Les signes de début se précisent et se groupent : troubles dyspeptiques, syndrome colique de la fosse iliaque droite, diarrhée tantôt incoercible, tantôt alternant avec des phases de constipation vont de pair avec un amaigrissement important lié au cancer lui-même et à la stercorémie.

2° **Signes physiques.** — I. Inspection. — Ne révèle que très rarement une tumeur, très volumineuse ou très avancée dans son évolution.

II. Palpation. — Rechercher, en palpant de dedans en dehors, la tumeur développée dans la fosse iliaque droite, parfois plus haut, sous le foie. Apprécier :

a. *Ses caractères.* — Arrondie, bosselée, dure, sensible, mais non douloureuse ; pouvant présenter ballottement et contact lombaire, signes qui n'appartiennent pas en propre aux tumeurs rénales.

b. *Son volume.* — Souvent difficile à apprécier, en raison de l'accumulation possible des matières au niveau du cancer et surtout de la contracture segmentaire de l'intestin au-dessus de la tumeur : d'où le principe de multiplier les examens afin de dissocier ce qui appartient vraiment à la tumeur, élément constant, et, ce qui est le fait de la contracture, élément essentiellement intermittent.

c. *Sa mobilité.* — Les tumeurs du côlon droit se fixent en général de façon très précoce aux plans profonds.

III. Percussion et insufflation. — Permettent parfois, associés, de localiser le néoplasme.

IV. Toucher rectal et vaginal. — Combinés au palper abdominal, ne doivent jamais être négligés.

V. Recherche du melæna. — Souvent décelable seulement par les épreuves de laboratoire, a le caractère capital d'être constant, continu, permanent.

VI. Examen radiologique. — Excellent moyen de diagnostic et de localisation. Montre une véritable image lacunaire, répondant à la forme endovégétante de ces volumineuses tumeurs.

TERMINAISON. — Presque toujours **infection**, sous deux aspects :

a. Discrète. — Douleurs plus intenses, spontanées et provoquées par la palpation ; altération plus marquée de l'état général ; irrégularités thermiques. Cette infection atténuée détermine la formation d'adhérences, d'où grosses difficultés opératoires.

b. Aiguë. — Constitution d'un phlegmon péricancéreux qui s'ouvre rapidement à la peau : fistule pyostercorale donnant issue aux matières fécales et à pus fétide ; amaigrissement rapide, hecticité, cachexie et mort.

(*A suivre.*)

Déconstipation, cure radicale de la stase intestinale par régime et soins spéciaux, par Phusis. In-8. — Prix : 6 fr. — Paris, Editions Phos, 11 *bis*, rue du Val-de-Grâce.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Deuxième concours a deux places de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 23 juin 1924. — MM. Donzelot et Caïn, 20; Hutinel, 19,72; Pruvost, Carrié et Leblanc, 19,63.
Sont nommés : MM. Donzelot et Caïn.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Touraine, Faroy, Renaud, Monier-Vinard, Capette, Bergeret, Brocq, Cerise et Vignes.
L'inscription pour le concours aura lieu du 1er au 19 juillet. La date du concours est fixée au 31 juillet.

Facultés de médecine. — Alger. — La chaire d'histologie est transformée en chaire d'histologie et embryologie. (*J. O.*, 26 juin 1924.)

— Toulouse. — Le titre de professeur est conféré, à partir du 1er novembre 1924, à M. Gorse, agrégé près la Faculté de Toulouse. (*J. O.*, 26 juin 1924.)

Guerre. — Service de santé. — Est promu :
Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe Iversenc, en remplacement de M. le médecin inspecteur Georges, décédé.

(Troupes coloniales.) Sont promus :
Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Emily; en remplacement du médecin inspecteur général Gouzien, placé dans la section de réserve.
Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe Boyé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Emily, promu.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (Bruxelles, 1er-7 août 1924.) — Secrétaire général : M. le professeur A. Ley, 9, avenue Fond'Roy, Uccle. Présidents : MM. Glorieux (de Bruxelles) et de Massary (de Paris).

Programme des travaux. — *Vendredi 1er août.* — 9 h. 30 : Séance solennelle d'ouverture sous la présidence de M. le ministre de la Justice. Palais des Académies, rue Ducale, 1 (grande salle).

14 h. 30 : Premier rapport. Psychiatrie : « Une des formes de l'enfance anormale : la débilité mentale. » Rapporteurs : MM. les docteurs Simon (de Paris) et Vermeylen (de Gheel). Palais des Académies (salle de marbre).

17 h. 30 : Réception offerte par M. le bourgmestre et l'administration communale de Bruxelles à l'Hôtel de Ville.

Samedi 2 août. — 9 h. 30 : Deuxième rapport. Neurologie : « Comment étudier les troubles du langage. » (Rapporteur : M. le docteur Froment (de Lyon). Palais des Académies (salle de marbre).

14 h. 30 : Séance de communications. Palais des Académies (salle de marbre).

21 h. 30 : Soirée à l'ambassade de France, 41, boulevard du Régent (tenue de soirée).

Dimanche 3 août. — Excursion à Anvers. Réception à l'Hôtel de Ville, visite de la ville et du port.

Lundi 4 août. — 9 h. 30 : Troisième rapport. Assistance : « L'adaptation du malade mental à son milieu, spécialement dans l'assistance familiale. » Rapporteur : M. le docteur Fritz Sano (de Gheel). Palais des Académies (salle de marbre).

Après-midi : Voyage à Louvain. Réception à l'Hôtel de Ville et réception par Mgr Ladeuze, recteur de l'Université, à l'Institut de Spoelbergh, à côté des Halles universitaires.

17 à 18 heures : Les membres du Congrès pourront visiter, soit le laboratoire de psychologie expérimentale du professeur Michotte, 1, rue des Flamands, soit l'annexe psychiatrique de la prison secondaire, rue Marie-Thérèse.

18 h. 30 : Départ de Louvain pour Malines. Réception à l'Archevêché par Son Eminence le cardinal Mercier. Audition, dans les jardins de l'Archevêché, du concert hebdomadaire de carillon, donné par M. Jef Denyn, carillonneur en chef de la ville et directeur de l'Ecole des carillonneurs de Malines.

22 heures : Départ de Malines pour Bruxelles.

Mardi 5 août. — 9 h. 30 : Assemblée générale du Congrès. Palais des Académies (salle de marbre).

14 h. 30 : Séance de communications avec projections. Fondation Universitaire, 30*a*, rue du Champ-de-Mars.

20 h. 30 : Soirée offerte par les président et membres du Congrès, avec le concours du Cercle musical universitaire de Bruxelles, dans les salons du Cercle artistique et littéraire, rue de la Loi, derrière le théâtre du Parc. (La tenue de soirée n'est pas de rigueur.)

Mercredi 6 août. — Excursion à Gheel.

Jeudi 7 août. — Excursion au sanatorium du Beau Vallon, à Saint-Servais-lez-Namur, où aura lieu une séance de communications et la clôture du Congrès.

Cérémonies médicales. — La semaine dernière le Conseil municipal de Paris a remis à M. et Mme Vallery-Radot et à notre collègue et ami le docteur Pasteur-Vallery-Radot le procès-verbal relatant la cérémonie consacrée par la Ville de Paris à la mémoire de Pasteur, l'an dernier, à l'occasion du centenaire de sa naissance.

— Dimanche dernier, à La Malou-les-Bains, a eu lieu l'inauguration d'un monument à la mémoire du professeur Grasset.

— Mercredi, enfin, des médaillons de Landouzy et Pierre Merklen ont été inaugurés au sanatorium de Bligny.

La variole en Belgique. — *Le Bruxelles médical* annonce que plusieurs cas de variole ayant été constatés en Belgique le gouvernement belge vient d'inviter les administrations communales à organiser des séances publiques et gratuites de vaccination et revaccination. Les mêmes précautions sont évidemment indiquées pour la France.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baron (de Trouillas), Bergis (de Paris), Emile Morelle, professeur honoraire de botanique à la Faculté de médecine de Lille, décédé à Lille dans sa quatre-vingt-dixième année.

CHRONIQUE

LA CHAIRE DE MÉDECINE EXOTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE

Notre ancien collègue G. Delamare, professeur à la Faculté de médecine de Constantinople, vient de publier (1) une brochure des plus instructives exposant le fonctionnement de la chaire de médecine exotique à Haïdar Pacha pendant la dernière année.

Cet enseignement a été très actif grâce au dévouement et aux intelligentes initiatives de notre collègue. Il a été aussi fructueux malgré les difficultés sans nombre qu'il a rencontrées.

La chaire de médecine exotique possède, en effet, des collections extrêmement précieuses, bien qu'à leur début, et, malgré tout, elle a pu, au point de vue clinique et au point de vue du laboratoire, grouper des travaux de la plus haute importance dus à Delamare, en collaboration avec Saïd Djemil, Mouchet, Osman Noury, Alalou, Achitouv, etc.

La plupart de ces travaux ont été analysés dans les périodiques européens.

Comme nous le disions plus haut, la tâche entreprise par Delamare a été difficile. Ses efforts ont été sans cesse contrecarrés par la propagande germaine. Les médecins allemands, mieux outillés et plus soutenus ne sont pas étrangers à la véritable offensive que les médecins français ont eu à supporter au printemps dernier.

Quoi qu'il en soit, l'exposé de M. Delamare, montre qu'il est parvenu à obtenir et à maintenir, plus de trois ans, la coopération franco-turque. Ce qui est à noter dans un pays où l'hôpital français vient d'user six médecins en moins de cinq ans.

(1) Imp. Ahmed Ibsan et Cie, 1924, Constantinople.

Malgré toute l'hostilité rencontrée, l'expérience de M. Delamare n'a pas été inutile. Elle lui a permis de prendre une connaissance suffisante, sinon très approfondie, du milieu de Haïdar Pacha, de se rendre compte des besoins effectifs, des ressources médicales du pays. Elle l'a surtout conduit à étudier les modalités éventuelles d'une propagande médicale efficace dans la Turquie d'aujourd'hui.

Grâce à cet essai, que M. Delamare qualifie d'imprudent, mais qu'il nous permettra de trouver courageux et bien français, « on peut formuler des conclusions dignes de considération au moment où nombre de Turcs cultivés comprennent l'urgence de créer à Constantinople un centre de perfectionnement effectif pour leurs jeunes médecins et ne rejettent pas systématiquement les collaborations étrangères qui s'avèrent provisoires et dépourvues d'arrière-pensées politiques ou confessionnelles. Les Français, s'ils viennent un jour, à éprouver le besoin de réadapter leurs modes séculaires d'activité orientale aux conditions actuelles, pourront peut-être trouver, dans ces indications, matière à de suggestives réflexions. »

M. Delamare conseille l'organisation d'un laboratoire qui donnerait une armature solide à l'enseignement.

Il prévoit l'adjonction à ce laboratoire d'un bureau d'informations et de traductions médicales qui serait de nature à rendre d'indiscutables services. Il n'est pas douteux que l'organisation de cette fondation médicale de Constantinople serait pour la France une chose heureuse.

Les Turcs sont particulièrement accessibles à l'influence de la parole, surtout de la conversation privée.

Si l'on veut bien se souvenir que les médecins fournissent à la Turquie moderne la plupart de ses hommes éclairés, on comprendra toute l'importance que pourrait avoir pour notre pays une propagande médicale comme celle que demande notre collègue Delamare.

Souhaitons que sa voix soit entendue. F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

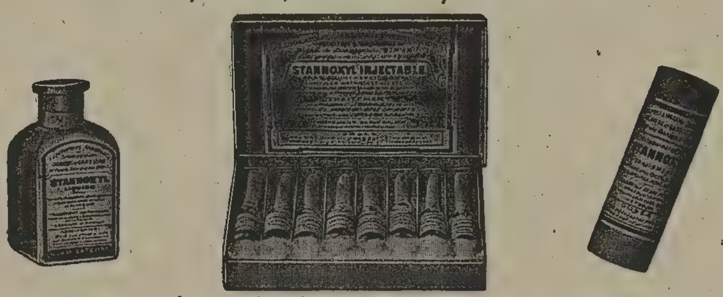
RENSEIGNEMENTS

Étudiant en médecine, 20 inscriptions, désirerait place assistant ou interne dans une clinique médicale ou chirurgicale. — J. Kyp., aux bureaux du Journal.

Remplacements. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes trouveront immédiatement à l'Association corporative des remplaçants sérieux, docteurs, internes ou étudiants ayant déjà fait des remplacements et remplissant toutes les conditions légales.

S'adresser, de 10 heures à 23 h. 30, à l'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, Paris (Ve). Tél. : Gobelins 58-90.

Cure d'air, séjour au bord de la mer. Hôtel du Commerce et du Bon coin normand, à Incheville, près le Tréport (Seine-Inférieure).



REVUE GÉNÉRALE

LA MÉNINGITE OTOGÈNE[1]

Par M. Maurice LANOS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Symptomatologie (2). — « Parmi les symptômes qui révèlent l'infection méningée, ceux qu'il est classique de rechercher, la raideur de la nuque, le Kernig, les troubles oculaires, s'ils ont une valeur indiscutable, sont des symptômes tardifs; quand ils existent, l'infection est déjà grave et étendue, et c'est tout à fait à ses débuts qu'il importe de dépister l'oto-méningite, car c'est de la précocité de l'action thérapeutique que dépend son efficacité (3). »

Le mode de début de la méningite otogène est extrêmement variable, mais « presque toujours cette complication est annoncée par une élévation thermique accompagnée de vomissements et surtout de maux de tête violents. C'est le véritable trépied de la méningite otogène » (3).

Nous étudierons surtout les signes révélateurs de la complication méningée; ils sont de deux ordres : cliniques et biopsiques. Les premiers signes cliniques indiquant l'extension de l'infection aux espaces sous-arachnoïdiens sont principalement : la fièvre, la céphalée, les vomissements.

A ce stade de début, l'étude du liquide céphalo-rachidien apporte seule la certitude du diagnostic et justifie l'acte opératoire.

a. Signes cliniques. — *La céphalée.* — La céphalée ne manque jamais, elle est précoce et l'on peut prendre comme règle qu'elle « commence dès le début de la méningite et persiste jusqu'à la fin avec peu de rémissions, sans qu'aucun médicament ne puisse la calmer; souvent même elle précède l'éclosion de la fièvre » (Lermoyez). Le plus souvent très intense, cette céphalée n'est pas diffuse, mais souvent en rapport de localisation, tout au moins au début, avec le siège de l'infection maximum : occipitale lorsque le confluent arachnoïdien postérieur (Jenkins) ou la loge cérébelleuse (Lermoyez) est envahi, temporo-sphénoïdale, lorsque la loge cérébrale moyenne est la première atteinte. La percussion de ces régions est souvent douloureuse.

Puis la douleur diffuse peu à peu, avec les progrès de l'infection, devient bilatérale, avant de descendre et devenir rachialgique, traduisant l'atteinte des méninges spinales.

Les vomissements. — Les vomissements surviennent dès le début de l'infection méningée, et ont souvent le caractère propre au vomissement cérébral, d'apparaître sans effort. Lermoyez cite une observation de méningite otogène annoncée par de véritables vomissements incoercibles et empêchant toute alimentation.

Dans la labyrinthite aiguë, les vertiges du malade, déterminent un état nauséeux prononcé, mais qui disparaît rapidement, en vingt-quatre ou trente-six heures, et peut ainsi être ramené à sa véritable cause; les vomissements méningitiques, en effet, durent beaucoup plus longtemps.

La fièvre. — C'est le symptôme principal, et qui doit toujours attirer l'attention. « Une fièvre qui apparaît brusquement au cours d'une otite, et qui se maintient très élevée, sans qu'aucune localisation apparente l'explique, annonce presque toujours une méningite, surtout si elle s'accompagne de céphalée » (Lermoyez). Mais il se présente des cas où une élévation thermique, même très faible, prend une redoutable importance. Lund tient pour en voie de diffusion méningée, toute labyrinthite pure dépassant 38 degrés, lorsque cette élévation thermique ne s'explique ni par l'état général, ni par l'état auriculaire. Pour Boserup, une élévation aussi faible n'est pas suffisamment démonstrative et rend simplement nécessairement un examen immédiat du liquide.

En réalité, céphalée, vomissements, et surtout élévation, vespérale ou non, de la température, ce sont là des signes insuffisants pour affirmer que la méningite se déclare, mais très suffisants pour donner l'alarme au point de vue clinique, et pour justifier et même imposer un examen complémentaire fondamental, l'examen biopsique, la ponction lombaire (1).

b. Examen du liquide céphalo-rachidien. — Il ne semble pas que le reproche adressé à la ponction lombaire, de contribuer à la diffusion mécanique de l'infection, soit fondé, si on observe quelques précautions élémentaires. La soustraction du liquide, faite dans un but diagnostique, n'a pas besoin d'être abondante; quelques centimètres cubes suffisent, pour pratiquer un examen à la cellule de Nageotte, examiner un culot de centrifugation, connaître les diverses modifications cytochimiques du liquide, et faire quelques colorations sur lames pour l'examen bactériologique. Dans ces conditions, de petites soustractions de liquide, pratiquées tous les deux ou trois jours, sans avoir d'influence nuisible sur l'évolution d'une labyrinthite, permettent de se rendre exactement compte de l'état des milieux sous-arachnoïdiens. Cet examen sera pratiqué d'urgence, lorsque l'un ou l'autre des symptômes cliniques prémonitoires que nous avons décrits, fera soupçonner l'apparition du facteur méningé.

Les modifications du liquide à cette période précoce, sont exclusivement cytochimiques, et il est exceptionnel de trouver des éléments microbiens.

---

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 50, p. 829.

(2) Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de refaire le tableau évolutif de la méningite purulente otogène, superposable à celui des méningites aiguës en général. Nous le résumerons brièvement à la fin de ce chapitre, qui sera principalement consacré à l'étude des premiers symptômes traduisant l'envahissement des méninges, symptômes cliniques et biopsiques.

(3) Blanluet. De la leptoméningite purulente otogène, *Th. de Paris*, 1908, Steinheil, édit.

(1) D'autres signes cliniques, parfois extrêmement précoces, mais moins constants ont été signalés. La contracture musculaire (signe de Kernig, raideur de la nuque) est un symptôme évidemment fondamental, mais assez tardif dans son ensemble. Cependant, en recherchant soigneusement la raideur de la nuque, on peut parfois constater, aux tout premiers stades de la méningite en voie de diffusion, une très légère contracture des muscles de la nuque et le malade, à ce moment, ressent l'inclinaison de la tête en avant, comme une sensation pénible de tension dans le dos (Lund).

De même, le changement de caractère, l'indolence, l'apathie des malades, peuvent annoncer, longtemps avant son apparition, la menace évolutive endocranienne d'une suppuration auriculaire (Lermoyez).

Enfin, Barker (cité par Berggren) attache également une certaine importance à ce caractère spécial de l'état psychique du malade, qui lui fait répondre lentement, péniblement, aux questions qu'on lui pose (slow and sluggish cerebration).

On examinera donc toujours à ce stade de début, les modifications de l'albumine, le nombre des éléments figurés et leur variété. Dans ces conditions, une hyperalbuminose, même légère, la présence dans le liquide examiné à la cellule de Nageotte (avant naturellement toute centrifugation) de plus de deux éléments cellulaires par millimètre cube (1), feront porter le diagnostic de suppuration auriculaire (labyrinthique ou non) en voie de diffusion et justifieront une intervention d'urgence avec trépanation du labyrinthe si celui-ci est lésé. L'examen comportera toujours l'étude du culot de centrifugation, mais les éléments figurés ne sont pas encore altérés à ce moment de l'évolution (2).

L'analyse du liquide montre donc à ce stade, l'existence d'une méningite indiscutable, mais non encore microbienne, véritable méningite aseptique (3). Mais peu à peu, le nombre et la morphologie des éléments figurés vont se modifier, des polynucléaires de plus en plus nombreux, coïncidant avec une diminution du nombre des lymphocytes, se retrouveront dans le culot de centrifugation, et par l'abondance progressive de ces éléments figurés, la ponction lombaire ramènera un liquide plus ou moins trouble à polynucléaires intacts, d'aspect puriforme. Enfin, les éléments microbiens, décelables soit par examen direct, soit par culture, soit par inoculation, viendront, avec l'altération grandissante des polynucléaires [devenus de véritables globules de pus (Lermoyez)] signer la nature microbienne de la méningite. Mais ce serait se tromper que d'assigner, aux différentes formes de la méningite purulente septique, cette évolution rigoureusement progressive. La méningite peut être purulente presque d'emblée, en quelques heures, lorsque la suppuration aiguë d'un labyrinthe, envahissant d'emblée, le confluent postérieur, se propage très rapidement à tous les espaces sous-arachnoïdiens (comme se diffusera également, et avec encore plus de rapidité, un abcès cérébral rompu à la corticalité et non bridé par des adhérences protectrices, ou un abcès encéphalique ouvert dans les ventricules). Cette évolution progressive, ces modifications successives du liquide se retrouvent donc de préférence, dans les états où l'infection auriculaire, même virulente, n'a pas cette allure foudroyante et procède par étapes, envahissant le labyrinthe, puis, au bout de quelques jours, atteignant le conduit auditif interne et les espaces méningés (1), laissant ainsi la possibilité d'observer la progression des lésions et d'intervenir en temps utile. Elle se retrouvera également dans les cas où la méningite complique un abcès extradural, une thrombophlébite, ou simplement une otite moyenne jusque-là d'évolution normale.

(1) La question de savoir combien il peut exister de cellules par millimètre cube, dans un liquide céphalo-rachidien normal (lymphocytose physiologique de Lermoyez), a été longuement discutée et n'est pas encore résolue de façon précise. On peut dire, cependant, que la présence de plus de deux éléments cellulaires par millimètre cube est pathologique (Petren, Lund, etc.), et indique le début probable (surtout en cas de labyrinthite), de la diffusion méningée.

(2) La connaissance de l'état exact des milieux auriculaires est ici prépondérante, par l'interprétation des résultats biopsiques. Ce qui précède est rigoureusement vrai pour un malade atteint de labyrinthite diffuse pure. Cela l'est moins lorsque, le labyrinthe étant indemne (ce que révèlent les examens spéciaux plus haut relatés), le malade présente une complication auriculaire autre : thrombophlébite, abcès extradural, abcès encéphalique. Dans ces cas, très complexes à discuter, lorsque la ponction lombaire ramène un liquide présentant les caractères ci-dessus, il y a matière à hésitation. Il existe, en effet, des observations d'abcès du cerveau, de méningites enkystées, de thrombophlébite, d'abcès extradural, avec liquide céphalo-rachidien hyperalbumineux, et contenant de nombreux éléments figurés (voir spécialement sur ce sujet : Baldenweck, *Les Annales*, 1908, et Blanluet, *Th. de Paris*).

(3) Il faut cependant se rendre compte que les modifications du liquide céphalo-rachidien, au niveau de la colonne lombaire, peuvent ne pas être identiques à celles du liquide céphalo-rachidien de la cavité cranienne, au niveau de la lésion. Jenkins, a bien montré que la méningite de la fosse cérébrale moyenne, comme celle de la fosse cérébelleuse avant qu'il y ait envahissement de la citerne postérieure, peut être déjà purulente et microbienne, sans que la ponction lombaire témoigne autre chose que de l'existence d'une méningite d'apparence aseptique, séreuse ou puriforme, c'est-à-dire, amicrobienne. C'est que, comme il l'indique, la pléocytose, conséquence de l'état inflammatoire, peut se former à distance du foyer primitif, tandis que la diffusion microbienne peut être arrêtée par des adhérences et des dépôts albumineux intratrabéculaires.

c. Évolution. — Nous serons très brefs sur l'évolution de la méningite otogène. Très rapidement, la triade classique s'installe dans toute sa pureté, avec sa céphalée intense, ses vomissements incessants, en fusée, et sa constipation opiniâtre. Les contractures se généralisent, descendant le long de la chaîne lombaire, et déterminant, après la raideur de la nuque, le signe de Kernig avec ses différentes modalités. Les troubles psychiques s'accusent, avec des périodes d'excitation ou de dépression. A ce stade, la température est élevée, le plus souvent en plateau, mais il existe souvent une dissociation du pouls et de la température sur laquelle M. Lermoyez a attiré l'attention. Peu à peu, la dépression générale s'accuse, les paralysies surviennent, la conscience s'obnubile de plus en plus, la température s'élève encore, alors que peu à peu les sphincters se relâchent et que le coma terminal s'installe.

Pronostic. — Une méningite, surtout purulente, abandonnée à elle-même est donc mortelle, et la clinique et le laboratoire sont d'accord pour souligner la gravité croissante de l'évolution. Lorsque l'acte opératoire a pu être pratiqué suffisamment tôt, et que, soit par l'exérèse du foyer infectieux auriculaire, soit par le drainage large des espaces sous-arachnoïdiens, coïncidant avec une infection microbienne peu virulente, la méningite rétrocède, l'amélioration de l'état général, la décroissance progressive de la fièvre, la diminution de la céphalée et des contractures, annoncent une évolution favorable que l'examen du liquide céphalo-rachidien confirme. C'est dans ces cas qu'on observe souvent la méningite séreuse dite de retour, avec éclaircissement progressif du liquide, diminution rapide du nombre des polynucléaires qui ne sont plus altérés, et réapparition pendant un certain temps, des lymphocytes. Puis la guérison, souvent traînante et toujours à surveiller, se confirme peu à peu.

C'est donc l'examen méthodique du liquide qui donnera, en concordance avec la clinique, les meilleurs renseignements sur l'évolution de la méningite et sur son pronostic. Au début, tout au moins, on attachera une grande et fâcheuse importance, à l'accroissement progressif du nombre des éléments figurés. L'intégrité ou non des polynucléaires, facile à constater par un examen rapide est

(1) Comme nous le verrons aux formes cliniques, il existe des variétés de panotite aiguë où à l'occasion d'une simple otite, en quelques heures, toute l'oreille, moyenne et interne, se prend, l'infection se propageant aux méninges avec une rapidité qui laisse peu d'espérances thérapeutiques. Ces cas sont heureusement fort rares.

également importante à connaître. Enfin, l'absence de microbes est toujours difficile à affirmer si les recherches spéciales d'inoculation à différentes espèces animales (lapin pour le streptocoque ou le staphylocoque, cobaye pour le bacille tuberculeux, souris pour le pneumocoque, etc.), et d'ensemencement n'ont pas été pratiquées en même temps que l'examen sur lames. Cette absence d'ailleurs ne comporte pas forcément un pronostic même relativement favorable, puisque nous avons vu (note ci-dessus), que le liquide peut être microbien au niveau de l'encéphale et rester un certain temps amicrobien au niveau de la colonne lombaire.

Formes cliniques. — Les formes cliniques de la méningite otogène sont nombreuses, et peuvent être multipliées indéfiniment. Nous nous bornerons à étudier les principales, en insistant surtout sur celles qui ont plus particulièrement bénéficié des études récentes.

a. Formes d'après l'évolution. — « La forme foudroyante déconcerte le diagnostic ». Il existe en effet des observations de malades morts en quelques instants, presque subitement dans la rue, telle l'histoire rapportée par Brouardel, et citée par Lermoyez, de cet homme qui souffrant de l'oreille et se sentant indisposé, entre dans une pharmacie, se fait donner deux pilules, tombe et meurt; l'autopsie révèle l'existence d'une méningite otogène purulente diffuse.

Ces cas sont exceptionnels, mais plus fréquemment, et Blanluet en rapporte plusieurs observations dans sa thèse, on peut voir des infections de l'oreille, aiguës le plus souvent, se propager aux méninges et tuer des malades d'apparence robuste, en deux ou trois jours.

De telles méningites qui brûlent les étapes, pardonnent évidemment bien rarement, et l'acuité des symptômes cliniques, la violence des contractures et l'élévation de la fièvre, la rapide apparition du coma, enlèvent toute illusion. En opposition à cette forme évolutive foudroyante, il faut citer les formes subaiguës, prolongées, où l'intelligence reste intacte, dues le plus souvent à la diffusion progressive d'une méningite enkystée, d'un abcès extradural généralement, et où l'attention est attirée en temps utile vers les méninges. Ce sont ces formes qui guérissent après que l'opération a mis à nu la dure-mère cérébrale, ou réalisé son drainage. Dans ces cas où l'infection méningée se fait habituellement par voie osseuse vers la fosse cérébrale moyenne, et où le labyrinthe est par conséquent hors de cause, la ponction lombaire montre ces réactions progressives du liquide, que nous avons étudiées, avec d'abord réaction méningée, puis méningite aseptique, séreuse ou puriforme, précédant la méningite purulente diffuse.

Enfin il existe quelques rares cas de méningite tardive (spätmeningitis d'Alexander), où, quelques semaines après une infection auriculaire guérie, ou une intervention auriculaire également guérie, des phénomènes méningés surviennent, comme si une infection latente méconnue avait couvé un certain temps sans réaction morbide appréciable.

b. Formes d'après l'age. — On peut dire, d'une façon générale, que la méningite otogène est d'autant plus grave qu'elle survient à une période plus éloignée de l'âge moyen de la vie. Elle est toujours mortelle chez le nourrisson et le vieillard.

Chez le nourrisson, la méningite est brutale, courte et violente. « Deux symptômes la résument : une fièvre intense, des convulsions, soit partielles, soit généralisées, dont les premières jettent l'enfant dans le coma, dont les dernières le tuent en moins de trois jours » (Lermoyez).

Chez le vieillard, l'apparition de la méningite se fait sournoisement, insidieusement, sans trépied méningitique, fièvre ni contracture. Un délire calme survient peu à peu, qui aboutit progressivement à la somnolence et au coma terminal.

c. Formes d'après les signes biopsiques. — Nous les avons déjà étudiées dans le cours de ce travail, et nous ne ferons que les rappeler brièvement. Suivant l'intensité des réactions cyto-chimiques et bactériologiques du liquide, on distingue des méningites aseptiques, séreuses ou puriformes, et des méningites septiques.

Une méningite est dite septique, lorsque l'on peut y déceler l'élément microbien, mais ce n'est pas toujours une recherche facile, et il peut arriver que les diverses épreuves de laboratoire donnent des résultats discordants. S'il ne peut y avoir d'hésitation devant un liquide où l'examen direct, la culture et l'inoculation révèlent, par des réponses également positives, la nature microbienne de l'infection, il en va tout autrement lorsque ces épreuves différentes donnent des réponses également différentes. Sans nous étendre sur ce sujet, nous dirons qu'il existe des cas — méningites toxiques de Brieger — où l'examen du liquide, négatif sur lames, négatif après ensemencement, détermina une inoculation positive, par suite de l'intoxication des animaux inoculés. Enfin, le fait de trouver un liquide microbien à l'examen, et cependant peu de polynucléaires, est d'un pronostic fâcheux, par la mauvaise réaction de l'organisme, et la virulence microbienne qu'il révèle.

d. Formes d'après la nature du microbe. — La nature de l'espèce microbienne en cause, si elle est un facteur pronostique plus ou moins fâcheux, n'a aucun retentissement sur l'allure clinique de l'affection. Il est donc impossible de rattacher à une espèce microbienne donnée un complexus morbide précis. Il est également impossible d'en déduire un pronostic autre qu'un pronostic d'ensemble. Ces réserves étant faites, on peut dire que les méningites à streptocoques et à pneumocoques ne pardonnent guère, pour des raisons théoriques un peu différentes : le streptocoque tuant en raison de sa malignité, et le pneumocoque en raison de ses réactions fibrineuses intenses qui, cloisonnant les espaces sous-arachnoïdiens, rendent illusoires toutes tentatives de drainage. Le staphylocoque, blanc ou doré, s'avère dans toutes les statistiques, comme relativement le plus favorable (1).

e. Formes d'après le siège des lésions. — Depuis longtemps déjà, Kœrner a montré la relation étroite qu'il y a entre le siège des lésions et le mode de

(1) L'otorrhée tuberculeuse, avec fistule du promontoire, pyolabyrinthite, etc., peut tuer de deux façons : ou bien le bacille de Koch, envahissant les milieux arachnoïdiens, détermine une méningite tuberculeuse banale, ou bien, ce qui est plus fréquent, en raison de la pluralité des germes microbiens d'une vieille otorrhée tuberculeuse diffuse, et de l'exaltation que produit toute symbiose microbienne, la méningite tuberculeuse n'a pas le temps de se déclarer, un des bacilles associés réalisant pour son propre compte une méningite purulente aiguë.

début des réactions céphaliques (1), et c'est là une loi générale, vraie dans la majorité des cas, et que la clinique confirme souvent.

Jenkins, dans un rapport au Congrès international d'otologie (1922) a essayé de rattacher certains symptômes de début de la méningite, à certaines localisations primitives de l'infection, surtout en rapport avec le siège maximum de la lésion, c'est-à-dire avec le point de départ de la diffusion méningée. Pour schématiques et encore insuffisantes qu'elles soient, ces recherches n'en indiquent pas moins une intéressante tentative, qui, bien qu'encore discutée, doit être connue.

Méningite à point de départ dans la fosse cérébrale moyenne. — Cette forme succède à des otorrhées généralement chroniques et momentanément réchauffées, ayant peu à peu déterminé des lésions ostéitiques du toit de l'oreille moyenne. C'est pourquoi il existe souvent des lésions d'abord localisées par des adhérences : pachyméningite externe, abcès extradural, abcès intradural (Lannois et Aloin). Comme nous l'avons vu, l'absence de confluent arachnoïdien voisin, donne à l'infection une lenteur relative dans l'évolution, permettant une meilleure analyse des symptômes. Les méningites du lobe temporo-sphénoïdal se révèlent au début par une douleur assez mal définie, mais nettement locale, régionale, qu'augmente la percussion de cette zone, douleur qui augmente vite et prend la première place du tableau symptomatique par son acuité et les cris qu'elle arrache au malade. Il y a élévation de la température, accélération du pouls, irritabilité de plus en plus marquée du sujet, et l'infection se propageant, le tableau clinique de la méningite se dévoile peu à peu. C'est surtout dans cette forme, comme nous l'avons dit, qu'il peut y avoir une grande discordance dans les réactions cyto-bactériologiques du liquide céphalo-rachidien, suivant qu'on a recueilli ce liquide au niveau de l'encéphale ou de la colonne lombaire.

Méningite consécutive à une labyrinthite. — Au point de vue clinique, le stade de la diffusion méningée, c'est-à-dire de l'envahissement du lac bulbo-spinal, se révèle comme nous l'avons vu par une céphalée occipitale diffuse, avec sensation d'endolorissement et contracture légère des muscles de la nuque, et surtout une élévation légère de la température (37°8-38°2) sur laquelle Lund vient d'attirer l'attention. La ponction lombaire montre des modifications grandissantes du liquide, sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Méningite à point de départ dans la fosse cérébrale postérieure. — Elle est peu fréquente lorsque le labyrinthe n'est pas en cause. Elle succède alors le plus souvent à une thrombo-phlébite du sinus latéral, ou à un abcès cérébelleux et ses signes de début sont d'abord rattachés à l'affection causale. Ce qui la caractérise le plus, c'est la violente céphalée occipitale et la raideur de la nuque.

Enfin, tout signe traduisant une extension basilaire du processus méningé (paralysie du moteur oculaire commun, du facial, troubles bulbaires (petitesse et rapidité du pouls, respiration à type de Cheynes-Stokes) est de très fâcheux augure, la méningite étant d'autant plus grave qu'elle est plus postérieure et proche des centres bulbo-protubérantiels.

Tous ces essais de localisation sont encore très schématiques, et souvent difficiles à mettre en évidence, ils ont une importance théorique plus que pratique. C'est pourquoi nous ne les citons pas tous (on a également essayé d'individualiser la méningite de la convexité avec des troubles moteurs et aphasiques, la méningite antérieure, etc.).

f. Formes d'après l'étiologie. — Enfin, la méningite peut se déclarer dans des circonstances étiologiques spéciales, succédant à une collection encéphalique rompue dans les méninges, ou survenant après un acte opératoire auriculaire.

Un abcès encéphalique peut se rompre soit dans les ventricules, soit à la corticalité. Dans le premier cas, la méningite est brutale et d'évolution suraiguë; dans le deuxième cas, il en est souvent de même, mais parfois, il peut y avoir eu des adhérences protectrices qui limitent pour un certain temps, la collection purulente, mais ce stade d'enkystement ne dure guère, et la méningite diffuse survient rapidement, malgré les tentatives thérapeutiques.

La méningite postopératoire est d'autant plus grave que son apparition est plus précoce. Elle peut tenir à de nombreuses causes. Au cours d'un évidement, il peut arriver que l'étrier au lieu de se rompre sous la curette, la platine restant encastrée dans la fenêtre ovale, soit arraché et dans ce cas, la fenêtre ovale, béante, laisse diffuser l'infection de l'oreille moyenne dans un labyrinthe sain. L'infection est donc massive, et la méningite peut survenir soit immédiatement (et est alors mortelle), soit après une phase de labyrinthite aiguë. La rapidité avec laquelle les espaces sous-arachnoïdiens se prennent, indique assez bien la gravité de leur atteinte. D'autres fois, l'acte opératoire, par l'ébranlement qu'il provoque, peut briser des adhérences et faire diffuser une infection jusque-là localisée au labyrinthe. C'est pourquoi, dans les labyrinthites purulentes aiguës ou chroniques, l'évidement ne doit pas être fait. Il faut, ou bien respecter l'oreille moyenne et surveiller le malade, ou bien intervenir et sur l'oreille moyenne et sur l'oreille interne et faire une labyrinthectomie. Il vaut mieux ne pas opérer qu'opérer incomplètement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la méningite doit être précoce et se pose différemment suivant les cas. Mais un des premiers points évidemment, en présence d'un état méningé aigu est de ne pas méconnaître son origine auriculaire possible. Aussi faut-il toujours interroger le passé auriculaire de ces malades, vérifier par les quelques épreuves simples que nous avons signalées, l'état approximatif de leur audition, pour ne pas méconnaître une surdité labyrinthique. L'existence d'une telle surdité, faisant soupçonner une participation labyrinthique, nécessitera un examen complet des fonctions auriculaires mettant sur la voie du diagnostic causal (1). Parfois la méningite cérébro-spinale peut

(1) Loi de Koerner, citée par Baldenweck (les *Annales* 1908). « Les affections otitiques du cerveau, des méninges et des sinus commencent, en général, à l'endroit où la suppuration du temporal a fait irruption dans la cavité cranienne ».

(1) C'est ce qui s'est passé dans une observation, rapportée en collaboration à la Société de neurologie. Chez une petite malade, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de méningite tuberculeuse, la présence d'une surdité labyrinthique permit de soup-

se compliquer d'otite (le point de départ rhino-pharyngé de cette méningite explique la coexistence possible de l'otite); dans ce cas les caractères spéciaux du liquide céphalo-rachidien, les résultats de l'examen bactériologique, joints à l'intégrité du labyrinthe et à l'aspect bénin de la lésion auriculaire, permettent de reconnaître le caractère secondaire de l'otite.

Mais la difficulté change et devient plus grande lorsque l'otite étant seule en cause, des complications endocraniennes se déclarent, qui, au début, ne peuvent être que soupçonnées.

La mastoïdite prête assez peu à erreur, la douleur à la pression de l'antre en haut et en arrière du conduit (seule caractéristique, toute otite aiguë s'accompagnant de douleur à la pression de la pointe), le gonflement de la région mastoïdienne qui apparaît comme soufflée, l'abondance de l'écoulement qui « bat » à l'examen otocospique, ne peuvent guère tromper à un examen attentif.

La thrombo-phlébite des sinus, dans sa forme classique (1) se reconnaît essentiellement à sa température à grandes oscillations, et à ses frissons secouant le malade de la tête aux pieds, et s'accompagnant de sueurs profuses.

L'abcès du cerveau et l'abcès du cervelet peuvent parfois donner lieu à un début de syndrome méningé. Cependant, les phénomènes hypertensifs, œdème de la papille et surtout ralentissement du pouls, la torpeur accusée des malades, l'absence complète de fièvre, l'absence de contracture seront les principaux éléments de la différenciation clinique de ces affections, que l'étude de la ponction lombaire permettra de confirmer.

Certes, il peut exister des associations pathologiques ou des anomalies symptomatiques qui compliquent grandement le diagnostic : coexistence d'un abcès encéphalique et d'une méningite subaiguë, abcès encéphalique avec liquide céphalo-rachidien trouble, abcès cérébelleux et thrombophlébite avec réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, toutes les éventualités peuvent se produire, et les observations en sont annuellement relatées dans les journaux spéciaux. C'est dans ces cas délicats, où toutes les recherches doivent contribuer à l'établissement d'un diagnostic aussi ferme que possible, que l'examen du sang peut prendre une grande importance.

M. Sebileau a montré que dans la méningite suppurée diffuse, la formule leucocytaire dépasse 30.000 avec 92 à 95 p. 100 de polynucléose, alors que les abcès encéphaliques ont une formule variant de 10 à 15.000 avec une proportion bien moindre de polynuclaires.

En réalité, et les cas d'espèces, les exceptions étant mises à part, ce qu'il importe et ce qui est difficile, c'est de déceler la méningite à son début. C'est pourquoi, dans le cours de ce travail, nous nous sommes attachés surtout à étudier les phases prémonitoires de l'atteinte des espaces sous-arachnoïdiens, à montrer la distinction fondamentale qui doit être faite entre un simple otorrhéique et un malade atteint de labyrinthite, comment il faut différencier la labyrinthite purulente localisée (cette méningite enkystée) de la labyrinthite en voie de diffusion. L'étude systématique des modifications du liquide céphalo-rachidien est de beaucoup le meilleur guide ; si elle doit marcher de pair avec l'étude des symptômes cliniques, elle doit néanmoins avoir la suprématie, et le diagnostic de méningite au début doit être porté lorsque des modifications cytologiques commençantes se produisent, avant même toute altération du tableau clinique. Sans revenir sur ce que nous avons déjà longuement exposé, rappelons simplement qu'une labyrinthite pure (1) ne s'accompagne ni de fièvre, ni de céphalée, ni de contracture, ni de modifications qualitatives du liquide céphalo-rachidien.

Traitement (2). — Nous serons brefs sur le traitement de la méningite otogène, car les discussions qu'il suscite sont nombreuses, et non encore complètement terminées. Non pas qu'il y ait divergence d'opinion sur le grand principe de la nécessité opératoire, mais bien plutôt sur la façon d'intervenir. Les chances de succès s'épuisant d'autant plus que l'affection est avancée, il y a indication formelle d'opérer dès le diagnostic posé. Mais ici, deux grands cas sont à distinguer, suivant que le labyrinthe est ou non lésé.

Lorsqu'il n'y a pas de labyrinthite, et que, par conséquent, l'oreille interne est indemne, il faut dans un premier temps opératoire, mettre complètement à nu les cavités de l'oreille moyenne, et pratiquer un évidement pétro-mastoïdien extrêmement large, allant jusqu'à la dure-mère (cérébrale et cérébelleuse) et jusqu'au sinus. Cette exploration montre souvent des lésions variables : l'état plus ou moins fongueux de la dure-mère (pachyméningite), l'existence d'un abcès extradural conduisant par une petite fistule dure-mérienne sur le point de départ de la diffusion méningée, ou dans d'autres cas, la coexistence avec les phénomènes méningés pour lesquels on intervient d'une thrombo-phlébite latente ignorée (un cas personnel).

Si quarante-huit heures après cette opération, les phénomènes méningés n'ont pas rétrocédé, ou s'aggravent, un complément opératoire s'impose : incision cruciale de la dure-mère, au niveau du point de départ de la diffusion méningée. Certains auteurs tentent même de réaliser un véritable lavage des espaces sous-arachnoïdiens, comme nous le verrons tout à l'heure.

Lorsqu'il existe une labyrinthite, la question de-

çonner l'existence d'une affection à point de départ auriculaire et fit admettre cette malade dans un service spécial. Elle présenta d'ailleurs une thrombo-phlébite du sinus latéral, avec méningite séreuse aseptique progressive et abcès du cervelet, toutes lésions dont elle guérit complètement après un évidement avec labyrinthectomie, ponctions cérébelleuses et évacuation d'un volumineux abcès (Ramadier, Lanos et Jousseaume (*C. R. de la Soc. de neurol.*, 1924).

(1) Il existe également des thrombo-phlébites subaiguës ou même latentes sur lesquelles notre collègue et ami H.-P. Chatellier (*Th. de Paris*, 1923, *Les Annales* de 1924) vient de bien attirer l'attention.

(1) Nous n'avons envisagé les labyrinthites que dans leurs rapports avec les méningites. C'est pourquoi nous avons laissé de côté les labyrinthites séreuses, et le diagnostic différentiel des labyrinthites proprement dites, avec les affections cérébelleuses notamment.

(2) Nous ne donnerons que les directives générales du traitement chirurgical. Les cas cliniques, en effet, échappent aux schémas didactiques, et la pratique ignore les belles systématisations théoriques. En réalité, bien souvent l'examen d'un malade, avec les résultats contradictoires qu'il comporte, pose des problèmes diagnostique et thérapeutique angoissants. C'est là qu'intervient, en dehors des connaissances théoriques indispensables, le véritable sens clinique du médecin, et c'est une banalité de dire que les indications opératoires sont parfois plus délicates à poser que l'intervention opératoire n'est délicate à pratiquer. Quoi qu'il en soit, il y a là de nombreux cas d'espèce, que le spécialiste est seul capable de résoudre en connaissance de cause.

vient plus complexe du fait de la participation de l'oreille interne. Etant données : d'une part la fréquence, d'autre part l'extrême et rapide gravité, des accidents méningés consécutifs à une labyrinthite, de nombreux auteurs, et plus particulièrement l'école viennoise, interviennent et pratiquent systématiquement la labyrinthectomie dans toutes les labyrinthites aiguës, consécutives à des suppurations auriculaires que celles-ci soient aiguës ou chroniques (1). Pour Hautant, « les labyrinthites aiguës totales se compliquent de méningite dans une proportion qui n'est pas négligeable. Les plus graves sont celles qui sont dues à des otorrhées chroniques banales. L'heure chirurgicale survient dans les conditions suivantes : quand la labyrinthite aiguë totale se manifeste au cours d'une otite moyenne chronique réchauffée, et qu'elle s'accompagne de signes de réaction vestibulaire marqués (2) au delà du quinzième jour, il est nécessaire d'intervenir par un traitement chirurgical, sans attendre les prodromes de la méningite. La trépanation du labyrinthe est alors la seule intervention chirurgicale permise ». Et plus loin, il ajoute : « les labyrinthites chroniques doivent être respectées. La trépanation du labyrinthe n'est indiquée qu'au cas où persistent des troubles d'irritation vestibulaire et surtout quand il y a des lésions osseuses labyrinthiques en évolution ».

Nous avons déjà longuement insisté, au cours de cette étude, sur la période un peu latente, où l'infection dépasse le labyrinthe pour envahir les espaces sous-arachnoïdiens. C'est cette période qu'il faut reconnaître (légère élévation thermique, vomissements, céphalée localisée, présence de quelques éléments figurés par millimètre cube de liquide céphalo-rachidien (voir plus haut), pour intervenir à temps et saisir « l'instant chirurgical » de la diffusion méningée. Dans ces cas où l'infection méningée succède à une labyrinthite purulente, il est avant tout indispensable de détruire le foyer infectieux, c'est-à-dire l'oreille moyenne et l'oreille interne, de pratiquer une « radicale » (évidement pétro-mastoïdien), avec labyrinthectomie (3).

Lorsque malgré cela l'infection progresse, il faut tenter, avec des chances de succès bien moindres, la trépanation du conduit auditif interne qui donne un très large drainage des milieux sous-arachnoïdiens, ou la rupture de la dure-mère cérébelleuse, là où elle redevient adhérente à la face postérieure du rocher (près du grand confluent arachnoïdien), (Holmgren). Ces tentatives seront complétées par les essais de lavage des milieux sous-arachnoïdiens (injection de sérum, ou de solution de Ringer par voie lombaire), mais le plus souvent à ce stade, les interventions sont désespérées.

Conjointement à ce traitement chirurgical on pratiquera naturellement le traitement médical habituel : vessie de glace sur la tête, calmants, urotropine, etc.

Mais combien toutes ces redoutables éventualités seraient évitées, si les écoulements d'oreilles étaient moins négligés. Nous avons surtout essayé, dans ce travail, de montrer pourquoi et comment les méninges étaient atteintes par l'infection auriculaire, à quels moments et de quelles façons différentes cette atteinte se faisait, par quels procédés simples, à la portée de chacun, on pouvait, sinon la diagnostiquer, du moins la soupçonner, et soumettre alors le malade à l'examen complet d'un auriste. Si ces recherches sont courantes dans les services spécialisés, si les revues otologiques en parlent abondamment et savamment, il nous a semblé qu'elles restaient un peu trop à l'écart de la littérature médicale courante, et trop méconnues des milieux médicaux généralement pourtant consultés en premier. C'est ce qui nous a déterminé à publier ce petit essai élémentaire.

(1) Pour l'école viennoise, en effet, toute labyrinthite aiguë avec suppression totale des fonctions statique et acoustique doit être traitée par la labyrinthectomie. Elle s'appuie pour défendre cette doctrine, sur le fait qu'en attendant la diffusion méningée, on risque souvent d'intervenir trop tard. Toutefois, cette opinion semble trop absolue. Outre que l'on risque, dans ces conditions, d'intervenir pour une simple labyrinthite séreuse totale, susceptible de guérir spontanément, ou même pour une labyrinthite purulente aiguë qui serait toujours restée enkystée, il ne semble pas que la labyrinthectomie soit toujours une opération non dangereuse, et des cas ont été relatés, où elle paraît avoir favorisé la diffusion méningée qu'elle devait prévenir. L'école otologique française est sensiblement plus modérée dans ses conclusions.

(2) Nystagmus spontané, troubles de l'équilibre, sensation vertigineuse, etc.

(3) Des différents procédés décrits, on emploie le plus souvent celui de Neuman qui donne également accès sur la loge cérébelleuse, ou celui de Hautant lorsque le labyrinthe seul est en cause.

BIBLIOGRAPHIE (1)

ABOULKER. *Maladies de la face et du cou*, Paris 1923, Maloine, édit.

ALEXANDER. Labyrinthites purulentes, *Arch. des mal. de l'oreille*, janv. 1910.

BALDENWECK. Les collections suppurées intra et extracérébrales d'origine otique, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1908, n° 2, et 1909, n° 1.

BERGGREN. *Etudes sur la méningite otogène purulente généralisée*, Paris 1920, Legrand, édit.

BLANLUET. La leptoméningite purulente otogène, *Th. de Paris*, 1908.

BOSERUP. Contribution aux indications d'intervention opératoire dans le labyrinthe, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1924, n° 1.

BOURGEOIS. *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Widal et Teissier; — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

BUYS. Etude analytique des épreuves interrogeant l'appareil semi-circulaire, *Congrès intern. d'otol.*, 1922.

BROCA et G. LAURENS. Méningite consécutive à une otite chronique ayant simulé un abcès cérébral, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1902, n° 1.

CHAVASSE et MAHU. Rapport à la *Soc. franç. d'oto-rhino-laryng.*, 1903.

CLAUDE et OURY. Réactions méningées et épanchements méningés puriformes aseptiques au cours des lésions en foyer de l'encéphale, *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 45.

FALLAS. De l'examen du sang dans les complications endocraniennes des otites et des sinusites de la face, *Bull. de la Soc. belge d'otol.*, 1907-1908, vol. I.

HAUTANT. Examen fonctionnel des canaux semi-circulaires par le réflexe nystagmique, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1908; — Indication et technique de la trépanation labyrinthique, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1914, n° 1.

JENKINS. La méningite otique, *Congrès intern. d'otol.*, 1922, vol. I.

G. LAURENS. *Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, Paris 1924.

LANNOIS et ALOIN. L'abcès intradural d'origine otique, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1922, n° 1.

LANNOIS et SARGON. Méningites aiguës d'origine otique, *Acta oto-laryngol.*, fasc. 3, vol. II.

LEMAITRE et HALPHEN. Nystagmus et oreille interne, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1908.

LERMOYEZ. Rapport sur la méningite otogène, *Congrès intern.*

(1) Cette bibliographie est réduite à l'indication des principaux travaux publiés sur la question.

de Budapest, 1909; — *Ann. des mal. de l'oreille*, 1909; — La tuberculose de l'oreille, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1914.

LUC. *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne*, Paris 1910.

LUND. La labyrinthectomie dans la labyrinthite destructive diffuse aiguë, *Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1922.

MOURE et COUZAUD. Examen fonctionnel du labyrinthe, rapport au *Congrès de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1909.

MOURET. Sur une voie de communication directe entre l'antre mastoïdien et la face postérieure du rocher, *Revue de laryngol.*, 1905, n° 1; — Déhiscences intracraniennes des cavités de l'oreille et déhiscences de l'aqueduc de Fallope, *Congrès de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 1910; — Lieu d'élection pour la trépanation de l'antre mastoïdien, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1914.

PASSOT. Méningites et états méningés aseptiques d'origine otique, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1913, n° 11.

PORTMANN. Quand faut-il intervenir sur le labyrinthe, *Revue de laryngol.*, 1923, n° 3.

SEBILEAU. *Soc. franç. de chir.*, 1904.

TORETTA. Les lésions du labyrinthe non acoustique, *Arch. intern. de laryngol.*, 1909.

VON STEIN. Les désordres de l'équilibre causés par les maladies du labyrinthe, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1900, n° 12; — Sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe, *Congrès intern. de Bordeaux*, 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUIN 1924)

De la relation entre la durée et la concentration d'une substance stérilisante (eau oxygénée). — M. Charles RICHET et Mme A. LE BER.

Charbon symptomatique et gangrènes gazeuses chez les bovidés. — MM. E. LECLAINCHE et H. VALLÉE.

Conductibilité électrique des eaux minérales comme moyen de leur contrôle. — MM. W. KOPACZEWSKI et M. BEM.

La nature des hémolysines hétérologues (Forssmann). — M. S. MUTERNILCH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1924)

Essai d'immunisation contre l'infection tuberculeuse. — M. CALMETTE a fait une communication des plus importantes qui a fait une profonde impression sur l'Académie.

Il rappelle qu'en collaboration avec MM. Guérin, Weill-Hallé, Roquet, Nègre, Hilbert, Marcel Léger et Turpin, il a entrepris depuis une vingtaine d'années une série de recherches qui ont donné des résultats si encourageants qu'après de nombreuses expériences sur divers animaux, en particulier sur des veaux, sur des singes, M. Calmette a cru pouvoir tenter des essais sur l'homme, après s'être assuré de la parfaite innocuité du vaccin employé. Ce vaccin est constitué par une race spéciale de bacilles artificiellement atténués par 230 cultures successives sur bile de bœuf et qui ont ainsi perdu la propriété de provoquer la formation de tubercules. On peut ainsi immuniser de jeunes veaux assez solidement pour que dix-huit mois après la vaccination ils résistent à l'inoculation tuberculeuse.

Aux jeunes animaux ainsi vaccinés, on peut faire absorber des doses qui, chez tous les autres, provoquent immanquablement l'évolution d'une granulie aiguë; on peut les exposer à toutes les contagions dans les étables les plus malsaines : ils ne deviendront pas tuberculeux, pour peu que vous preniez soin de renouveler tous les ans l'immunisation.

Le bacille traité par M. Calmette et ses collaborateurs a reçu le nom de B. C. G. Il est parfaitement bien toléré par tous les animaux susceptibles de prendre le bacille de Koch.

Condition indispensable : l'animal ou la personne humaine que l'on veut inoculer doit être indemne de toute infection tuberculeuse préalable.

Or, la tuberculose humaine qui n'évolue qu'assez rarement est répandue à tel point que 98 p. 100 des hommes, même vigoureux, réagissent positivement à l'épreuve de la tuberculine.

Il s'agit donc de pratiquer la vaccination chez des sujets assez jeunes pour qu'aucun risque de contamination par le milieu n'ait pu les effleurer.

En Seine-Inférieure et en Seine-et-Oise, de jeunes bovidés nés de mères tuberculeuses furent inoculés d'abord, au cours des quinze premiers jours de leur existence, avec le vaccin B. C. G., puis revaccinés tous les ans une fois. On en compte 127 : ils sont tous en bonne santé.

Mêmes résultats chez les singes anthropoïdes dont les réactions aux microbes et aux toxines sont les mêmes que celles de l'homme.

Il s'agit donc de vaccinations et de revaccinations annuelles. Ces vaccinations se sont montrées d'une absolue innocuité et d'une certaine efficacité. Parmi les nombreuses expériences qu'a citées M. Calmette nous retiendrons surtout celle-ci : trois singes sont enfermés dans la même cage : l'un a subi l'inoculation tuberculeuse, un autre a reçu la vaccination en question, le troisième a servi de témoin. Ce dernier est devenu tuberculeux et est mort. Celui qui a été vacciné est resté bien portant. Ce vaccin a donc surtout une action préventive.

Lorsque les auteurs ont été bien convaincus, par de multiples expériences sur les animaux, ils l'ont employé en ingestion chez de jeunes enfants, même chez des nouveau-nés, entre le troisième et le septième jour après la naissance, enfants de mères tuberculeuses qui n'ont pas voulu s'en séparer. Ces vaccinations ont été ainsi pratiquées sur 217 nourrissons. Trois mois après, ces enfants, même ceux qui sont restés en milieux tuberculeux, présentaient une cutiréaction négative.

Les auteurs croient pouvoir conclure de ces faits que ce vaccin s'est montré d'une efficacité bien probable et d'une immunité non douteuse.

— M. Léon BERNARD rappelle à ce sujet qu'il a fondé, en collaboration avec M. Debré, des services de préservation de la première enfance. Ils séparent de leur mère malade les petits rejetons condamnés par avance. Cette œuvre, inspirée de l'œuvre Grancher, donne de très bons résultats. Voilà, n'est-il pas vrai, le lieu d'élection pour des recherches très précises sur l'efficacité du nouvel agent de préservation.

Traitement de l'hydrocèle vaginale simple par l'injection iodée. — M. Pierre BAZY s'élève contre l'abus qu'on fait des méthodes sanglantes dans le traitement de l'hydrocèle vaginale simple.

Ces méthodes sanglantes exigent, soit l'anesthésie générale, soit l'anesthésie rachidienne, ce qui est vraiment exagéré, ou une anesthésie locale compliquée.

L'injection iodée est d'une simplicité parfaite, d'une indolence absolue grâce à une anesthésie locale extrêmement simple et n'expose pas à la récidive comme les méthodes sanglantes.

Deux cas de colite parasitaire guéris par l'emploi du stovarsol. — M. Léon BERNARD rapporte deux cas de colite parasitaire dus, l'un à une lamblia, l'autre au balantisium coli, traités avec succès par le stovarsol.

Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — MM. KOTZAROFF et J. DE MORSIER (de Genève) font une communication sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac qu'ils rapportent, d'après des expériences sur les animaux, à une infection par l'oïdium albicans, champignon du muguet.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre

titulaire dans la section des sciences physiques et biologiques, en remplacement de M. Gariel.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 71, majorité 38, M. Jean Camus ayant obtenu 48 suffrages est proclamé élu.

A TRAVERS LES CONGRÈS

DIMINUTION DE LA TUBERCULOSE A LYON. ROLE DES DISPENSAIRES (1)

Par M. le professeur Paul Courmont,
Directeur de l'Institut bactériologique et des dispensaires antituberculeux de Lyon.

La lutte antituberculeuse a commencé à Lyon en 1905 par les dispensaires antituberculeux, fondés par Arloing et Jules Courmont.

Depuis 1918, cinq autres dispensaires ont été créés et les différents organes de la lutte antituberculeuse se sont développés en même temps.

Or, la mortalité par tuberculose a considérablement baissé depuis ces vingt-quatre dernières années, en proportion du nombre et de l'activité des dispensaires.

Avant les dispensaires, de 1900 à 1905, pour 459.000 habitants, la mortalité était de 35,4 pour 10.000 habitants.

Pendant la période des sept dispensaires, de 1918 à 1924, la mortalité a baissé à 22,7 en 1923 et à 19,7 pour certains quartiers en 1924.

A part les autres facteurs d'amélioration des conditions d'hygiène et de lutte antituberculeuse, le rôle des dispensaires antituberculeux s'est montré primordial.

En effet, sur la rive gauche du Rhône où sont installés les plus anciens dispensaires et les quatre plus actifs, la mortalité a baissé de 38,45 pour 10.000 habitants en 1900-1905, à 21,5 pendant les quatre dernières années, et même à 19,7 pour l'année 1923.

Au contraire, dans les quartiers de la rive droite du Rhône, la mortalité qui était de 31,41 avant les dispensaires, n'a baissé qu'à 28 pour 10.000 habitants pendant les quatre dernières années.

La lutte par les dispensaires antituberculeux du type Cal-

(1) Communication faite au Congrès de Bordeaux du « Royal Institut of Public Health », juin 1924.

mette est donc des plus efficaces. Les dispensaires de Lyon sont tous centralisés sur ce même modèle et pratiquent, en outre, la désinfection du linge des bacillifères (buanderie centrale) et la désinfection du logement du tuberculeux en cours de maladie (1.510 logements désinfectés en 1923).

Ces faits sont des plus encourageants pour montrer l'efficacité de la lutte antituberculeuse et la diminution de la tuberculose en France.

LE CANCER PAR LE GOUDRON EN FRANCE (1)

Par M. le professeur Paul Courmont,
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'Institut bactériologique.

Le cancer par le goudron est assez fréquent en Angleterre, jusqu'à 2 p. 100 dans certaines industries maniant le brai.

En France, d'après l'enquête faite par MM. Courmont et Poty, ce cancer est très rare; ils n'ont pu en réunir que quatre cas pendant ces dernières années (Thèse de Poty, Lyon 1923).

La différence semble tenir à la nature des houilles employées et par conséquent de la composition du goudron et du brai qui en résultent.

Les produits issus de houille grasse (comme en Angleterre et en Belgique) semblent plus nocifs. Le goudron et le brai provenant des fours à coke sont moins nocifs que ceux qui proviennent des usines à gaz.

C'est dans cette direction qu'il faut chercher la pathogénie du cancer du goudron, et la prophylaxie industrielle doit être effectuée surtout contre les poussières de brai.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS

INTERPRÉTATION STRICTE. MALADIES ORGANIQUES NON PRÉVUES

Suivant police d'assurances en date du 4 janvier 1923, souscrite à la Compagnie anonyme d'assurances La Yorkshire, D... avait contracté une police individuelle forfaitaire pour les accidents pouvant lui survenir, et ce moyennant une prime de 200 francs, pour un capital de 30.000 francs. L'article 1er de cette police stipulait notamment que l'assuré était garanti contre les conséquences réelles et directes de tout accident corporel, causé d'une façon fortuite et indépendante de la volonté de l'assuré par l'action soudaine et violente d'une force extérieure; l'article 2 spécifiait que les indemnités s'appliquaient aux trois cas suivants : 1° La mort; 2° les mutilations ou les infirmités permanentes; 3° l'incapacité temporaire. L'article 8 énumérait limitativement les cinq degrés de mutilations donnant droit à une indemnité forfaitaire variant de 1/10e de la totalité de la somme assurée.

Or, le 28 mai 1923, D... était occupé à décharger un wagon de combustible, lorsqu'il fut pris entre ce wagon et sa voiture. Dans un certificat du 6 septembre 1923, le médecin traitant déclara que, par suite d'un écrasement du thorax, D... avait été atteint de fractures du côté droit et d'hémothorax; il ajoutait que le blessé gardait de la gêne respiratoire, qu'il existait de la submatité à la droite du poumon et que ces lésions susceptibles de s'améliorer étaient des séquelles de traumatisme; il concluait que D... était encore obligé de prendre de grandes précautions, mais qu'on pouvait le regarder comme atteint d'une incapacité permanente partielle de 50 p. 100. C'était dans ces circonstances que D... réclamait à la Compagnie la somme de 15.000 francs représentant la moitié de la somme assurée.

Mais la Compagnie soutenait que l'infirmité dont le blessé aurait été atteint n'était pas prévue aux clauses générales de la police, et qu'elle ne devrait que l'indemnité temporaire courue jusqu'à la date de la consolidation de la blessure.

Le tribunal civil d'Angers, à qui la question était soumise, donna raison à la Compagnie dans son jugement du 4 février 1923.

« Attendu, dit-il, que les paragraphes 2, 3, 4, 5 et 6 de l'article 8 de la police énumérent limitativement et d'une façon précise le cas où le sinistré a droit a une indemnité; que cette énumération ne porte que sur des fractures de membres, la perte des yeux, l'aliénation mentale, *mais est muet sur le fait d'une maladie organique consécutive à un accident*; que le tribunal ne saurait donc, sans ajouter aux conventions intervenues, décider que, par analogie, l'incapacité permanente, dont D... est atteint, rentre dans l'un des degrés de mutilation ci-dessus indiqués.

Attendu que l'article 1er de l'assurance couvre tout accident corporel survenu à l'assuré, mais qu'il convient cependant de retenir que ce même article apporte immédiatement un tempérament à la généralité de ses termes, en empruntant les catégories de mutilation ou d'infirmité permanente garantie.

Qu'au surplus en admettant qu'il existe un doute sur l'interprétation des clauses de l'article 1er avec celles de l'article 8, ce doute devrait être encore interprété contre D... qui a stipulé en faveur de la Compagnie La Yorkshire qui a contracté l'obligation. »

Le tribunal a fait dans l'espèce qui lui était soumise application des deux principes de droit suivants : d'une part, les conventions font la loi des parties, et il n'appartient aux tribunaux de ne les interpréter qu'en cas d'ambiguïté; d'autre part, aux termes de l'article 1162 du Code civil, dans le doute la convention s'interprète contre celui qui a stipulé et en faveur de celui qui a contracté l'obligation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 1er juillet. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Lejars et Vandescal. — M. Nom (G.). Prolapsus génital total chez les femmes âgées. — M. Malgot. Résultats éloignés du traitement des fractures par l'ostéosynthèse métallique. — M. Morice. Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingotomie. — M. Pélizza. Mode de délivrance par injection funiculaire. — M. Limouzin-Lamothe. Les accidents septiques des salpingo-ovarites au cours de la gestation. — M. Pinel (A.). La dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins. — M. Lefebvre (G.). Etude des pyélonéphrites (traitement par les vaccins anticolibacillaires).

Jury : MM. Marfan, président; Carnot, Laignel-Lavastine et Villaret. — M. Florand. Sténoses et atrésies du duodénum (première enfance). — M. Lestoquoy. Etude du métabolisme et du calcum. — M. Crocy (Robert). Etude de la valeur séméiologique de la réaction de Wassermann dans la syphilis. — M. Gamard. Etude de l'ouabaïne. Sa posologie par voie buccale. — M. Clanose (André). Sur la présence des cellules néoplasiques dans le liquide céphalo-rachidien. — M. Kalmanovitch. Etude des anémies pernicieuses.

Jury : MM. Gilbert, président; Sicard, Gougerot et Lian. — M. Depaulis (André). Diagnostic radiologique des malformations congénitales du vagin. — M. Gambillard. Le tubage duodénal en pathologie hépatique. — M. Montrau (Robert). La tachyphagie. — M. Michineau (H.). Mesure de la pression capillaire sanguine chez l'homme. — M. Lacombe (Frédéric). Réactions oculaires au cours du traitement antisyphilitique. — M. Lonjon (Jules). L'autosuggestion. — M. Laplane (S.). Le radiodiagnostic des affections intrarachidiennes par le lipiodol.

L'État actuel du problème du cancer, par Gustave Roussy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice Paul-Brousse. In-8 couronne de 192 pages avec 20 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(1) Communication faite au Congrès de Bordeaux du « Royal Institut of Public Health », juin 1924.

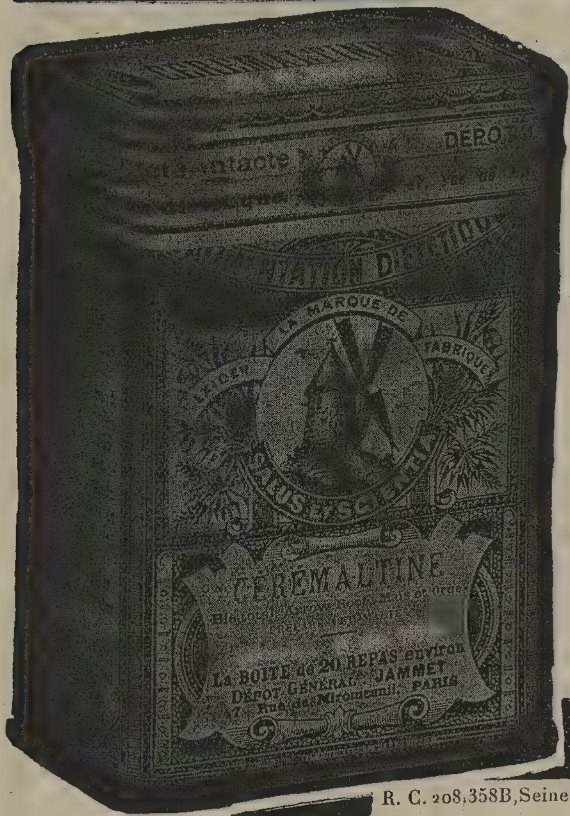
Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



L'Œuvre de Pasteur, par Charles RICHET, professeur à l'Université de Paris, membre de l'Institut. Un vol. in-16. — Prix : 6 fr. — Paris, F. Alcan.

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz malté	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE à base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total malté
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE – MALTS TORRÉFIÉS – MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

R. C. 208,358B, Seine

SEL DE HUNT

Laboratoire ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, Paris.

Échantillons pour Essais cliniques.

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

DISSOLVANT URIQUE ANTIRHUMATISMAL

Diathèse Urique **Dialyl** *Gravelle Goutte*

ÉCHANTILLONS POUR ESSAIS CLINIQUES
Laboratoire ALPH. BRUNOT, 16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Faroy, Monier-Vinard, Capette, Bergeret, Brocq, Cerise, qui acceptent; Touraine, Bénard, Vignes, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat (année 1924-1925) et la nomination aux places d'interne en médecine vacantes le 15 février 1925 aura lieu le jeudi 31 juillet, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mardi 1er juillet jusqu'au samedi 19 juillet inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Une session s'ouvrira, par exception, au mois de janvier 1925, pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Les inscriptions seront reçues, du 1er octobre au 30 novembre 1924, aux secrétariats des académies. (*J. O.*, 28 juin 1924.)

— ALGER. — M. Weber, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, sur sa demande, professeur d'histologie et embryologie à la même Faculté. (*J. O.*, 28 juin 1924.)

— M. Portes, agrégé, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1923-1924, de l'enseignement de la physique médicale (chaire vacante).

— BORDEAUX. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés, pendant le second semestre de l'année scolaire 1923-1924, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Golse, chimie pharmaceutique; Jeanneney, médecine opératoire.

— LILLE. — La chaire de chimie organique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante. (*J. O.*, 27 juin 1924.)

— M. Polonowski, agrégé, est chargé, pour le second semestre de l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de chimie organique (chaire vacante).

— MONTPELLIER. — Sont maintenus en exercice jusqu'à l'âge de la retraite les agrégés dont les noms suivent :

MM. Cabannes et Galavieille, histoire naturelle.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1924 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — (Mutations. Armée active) :

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Guignot est affecté à l'hôpital militaire Golbey, à Epinal, et désigné comme président de commission de réforme; Sandras est affecté à l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis et désigné comme président de commission de réforme; Chrétien est affecté à la section technique du Service de santé.

Médecin-major de 1re classe. — M. Barège est affecté

comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Arlabosse est affecté au 175e rég. d'inf. à Ajaccio; Gaillard est affecté au 196e rég. d'artillerie lourde à tracteurs à Bordeaux; Didier est affecté au 26e rég. d'inf. à Nancy; Picot est affecté au 22e rég. d'aviation à Chartres; Ben-Aouda est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecins aides-majors. — MM. Palafer, Texier et Gautrot sont affectés aux troupes d'occupation du Maroc.

CENTRE ANTICANCÉREUX DE STRASBOURG. — M. le docteur Gunsett, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé directeur du centre régional de lutte contre le cancer de Strasbourg. (*J. O.*, 28 juin 1924.)

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis). — Un cours de perfectionnement aura lieu à la clinique des maladies mentales du 30 juin au 5 juillet.

Les leçons seront faites le matin, à 9 h. 1/2, et le soir, à 3 heures.

Les principaux sujets traités seront les suivants :

Les constitutions. — Les manifestations de l'automatisme mental. — La démence précoce. — Les états schizophréniques. — Les variations psychologiques des dégénérés. — La périodicité délirante. — L'exploration du système neurovégétatif. — La psychanalyse. — Notions modernes concernant l'épilepsie. — L'hystérie au point de vue psychiatrique.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

Sur présentation de la quittance, MM. les auditeurs devront se faire inscrire auprès de MM. les chefs de clinique.

Le droit d'inscription est de 100 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J.-Ch. Avezou, ancien interne des hôpitaux de Paris; Bayard, médecin-major de 1re classe en retraite à Aix-en-Provence et Ch. Grall, médecin inspecteur général du cadre de réserve, des troupes coloniales, décédé à Nice.

REVUE DES THÈSES

L'AIL EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Un nouveau travail vient de paraître sur l'emploi de l'ail en thérapeutique.

Ce médicament signalé il y a trois ans comme hypotenseur par Lœper et qui avait fait à ce sujet l'objet d'un travail très intéressant du docteur Pouillard (Thèse de Paris 1921) a d'autres propriétés pharmacodynamiques tout aussi intéressantes au point de vue broncho-pulmonaire. Le docteur Mika Vlaicovitch (de Nancy) vient de faire une étude complète de l'ail en thérapeutique et a étudié principalement son action sur les sécrétions bronchiques.

Sa thèse se divise en plusieurs chapitres dont les principaux sont les suivants : historique de l'emploi de l'ail en thérapeutique, indications botaniques, composition chimique de la plante, préparations pharmaceutiques; puis action de l'ail sur la tension artérielle (action hypotensive, augmentation de l'indice oscillométrique, ralentissement du pouls); action de l'ail dans les voies respiratoires et en particulier dans la tuberculose pulmonaire (diminution de l'expectoration, désodorisation des crachats); action de l'ail comme antiseptique (entérite, vers intestinaux).

L'auteur achève par la détermination « in vitro » de son pouvoir antiseptique sur les microbes et les champignons. Ce pouvoir antiseptique est surtout remarquable sur ces derniers, ce qui explique l'action favorable de l'ail dans les mycoses, les plaies tuberculeuses et la tuberculose pulmonaire.

Dans le cours du travail, l'auteur relate de nombreuses observations cliniques prises dans un service de tuberculeux. Toutes ces observations montrent que dans la tuberculose avec expectoration, l'ail diminue le nombre des crachats, les désodorise et les rend plus fluides. Malgré la répugnance de certains malades pour l'alcoolature, ceux-ci n'hésitent pas à suivre longtemps le traitement, « parce qu'ils se sentent mieux ». Ceci tient probablement, ajoute l'auteur, tant à l'action locale de l'ail qu'à son action cardio-tonique qui se manifeste quand on absorbe la préparation pendant longtemps à dose élevée. Associé à une cure iodée, l'ail renforce l'action de l'iode et évite les inconvénients de la médication iodée intensive.

Vlaicovitch a utilisé dans ses essais soit l'alcoolature d'ail frais stabilisé, soit les pilules d'ail stabilisé contenant l'ail total et enrobées pour éviter l'odeur. Ces préparations généralement bien tolérées par les malades semblent être celles qui donnent les résultats les meilleurs et les plus constants. L'auteur conclut que l'ail, sans être un médicament de fonds, est un précieux adjuvant qui élargit les ressources du praticien et peut lui donner des résultats intéressants, là ou une autre médication d'un usage plus courant s'est montrée sans action.

L. G.

(1) *Th. de Nancy*, mai 1924.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CRISE DE LA MÉDECINE MILITAIRE

Le découragemeut que l'on a constaté parmi les médecins militaires semble gagner malheureusement depuis quelque temps les élèves de l'École du Service de santé.

Le régime de l'Ecole et la rigueur d'une discipline peut-être mal comprise par ceux qui ont charge de l'appliquer, la comparaison, surtout, entre la médiocrité de l'état d'officier et les brillantes situations auxquelles atteignent certains praticiens civils, paraissent être les causes de ce découragement.

Que nos jeunes confrères de l'Ecole de Lyon ne s'y trompent pas. Il n'y a pas, à l'heure troublée où nous vivons, de situation qui ne comporte des préoccupations de tous les jours, des servitudes et des risques.

Croyez-vous que les médecins de la campagne ou même de la ville gagnent tous 40.000 francs par an? S'ils les gagnent, quelle somme ne faut-il pas en défalquer pour payer les frais de la profession et amortir les frais d'études?

Croyez-vous aussi que la servitude du praticien obligé de marcher de jour et de nuit, par tous les temps, soit beaucoup plus douce que la servitude militaire?

La médecine militaire est une carrière exposée, certes, à des déboires et à des désillusions, mais pas plus, nous le répétons, que la profession médicale civile. Elle donne d'autre part de grandes satisfactions morales, car le soldat, recrue ou poilu, est un client reconnaissant qui n'oublie pas ceux qui furent bons pour lui. On ne saurait en dire toujours autant des clients civils.

Souhaitons que nos jeunes confrères réfléchissent, souhaitons que ceux qui sont appelés à l'honneur de les commander et de les diriger dans leurs études s'appliquent à leur faire aimer leur école.

Ce serait, en vérité, une triste chose de voir les jeunes gens se détacher d'une profession, la plus belle peut-être, parce qu'elle est faite entièrement de dévouement et de désintéressement.

F. L. S.

SUR LE TRAITEMENT
DE LA
MÉNINGOCOCCÉMIE A FORME DE FIÈVRE INTERMITTENTE

PAR MM. LES DOCTEURS

ROBERT DEBRÉ et JEAN BERTRAND

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des hôpitaux. (de Saint-Germain-en-Laye).

Nous voudrions, à propos d'un nouveau cas personnel récemment observé à l'hôpital Bretonneau avec M. Ravina, insister sur la thérapeutique de la méningococcémie à forme « pseudo-palustre ». Malgré les rapports documentés de MM. Dopter et Boidin qui ont parfaitement mis au point les indications et les résultats des thérapeutiques de la méningococcie, il nous paraît encore utile de mettre en lumière certains éléments particuliers du problème.

Le type pseudo-palustre de la septicémie à méningocoques est maintenant bien connu. En 1906, Follet et Sacquépée en ont publié la première observation. Dopter, Netter et Debré, et plus récemment Boidin dans son rapport au Congrès de médecine de Bordeaux de 1923, l'ont spécialement étudiée. Plus de trente observations en ont été publiées à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Chaque année, depuis près de vingt ans, le nombre des cas connus est devenu plus important. Les caractères cliniques principaux de cette forme de septicémie figurent maintenant dans tous les traités classiques. On sait que la méningococcémie à forme « pseudo-palustre » débute presque toujours brusquement par un accès fébrile violent analogue à l'accès paludéen, d'où lui vient son nom ; au frisson initial fait suite un stade de chaleur, puis un stade de sueurs : la température, qui s'est élevée à 39°, 40°, retombe à la normale. L'accès a duré quelques heures. Un peu de lassitude persiste pendant la journée, mais l'état général est peu atteint et rien ne permet de prévoir que cet incident marque le début d'une longue maladie : les accès fébriles, en effet, vont se renouveler, identiques à eux-mêmes, pendant des semaines ou des mois. Les arthralgies, les poussées d'érythème, le purpura qui affecte si volontiers le type nécrotique, accompagnent assez souvent l'élévation de température.

Les traitements qui ont été proposés pour triompher de cette singulière septicémie à la fois fragile et tenace ont été sans cesse en se multipliant, et leur nombre même est une preuve de leur inefficacité au moins relative. Quant à l'interprétation de l'action thérapeutique des méthodes proposées, elle est encore l'objet d'appréciations assez variées : telles médications donnant à un auteur un succès thérapeutique éclatant, à un autre auteur un échec complet, qu'il s'agisse de sérothérapie, de vaccinothérapie, de protéinothérapie, de colloïdothérapie (1).

En réalité, le traitement de la méningococcémie pseudo-palustre est essentiellement variable suivant les cas; nous voulons dire qu'il faut, comme nous l'avons exposé récemment (2), distinguer complètement deux groupes de méningococcémie pseudo-palustre : la méningococcémie pseudo-palustre, sans réaction méningée, ni clinique, ni anatomique et sans localisation viscérale, et la méningococcémie pseudo-palustre associée à une méningite cérébro-spinale ou à d'autres localisations. De ce deuxième groupe on pourrait du reste rapprocher toutes les formes de méningococcémie ne s'accompagnant pas de fièvre intermittente, dont nous avons donné la description avec notre maître, M. A. Netter : forme typhoïde, forme athralgique, forme purpurique, forme oculaire, etc.

Cette distinction une fois établie il nous paraît plus facile d'apporter un peu de méthode dans l'étude des indications thérapeutiques.

Le petit malade auquel nous faisions allusion au début de cet article était un enfant de onze mois, atteint de méningococcémie pseudo-palustre pure. Le premier accès fébrile l'avait surpris brusquement en pleine santé et s'était accompagné d'une éruption érythémateuse discrète qui ne s'est pas renouvelée dans la suite. A ce premier accès en avaient succédé d'autres assez régulièrement quotidiens donnant à la courbe de température l'aspect « en clochers successifs » caractéristique.

L'enfant resta d'abord peu de jours à l'hôpital, sa mère l'ayant repris sur sa demande avant qu'on ait eu le temps de pratiquer une hémoculture et sans qu'aucune thérapeutique active ait encore été instituée. L'état du petit malade ne s'améliorant pas chez lui, on nous le ramena un peu plus tard, et c'est le trente-neuvième jour de sa maladie qu'une hémoculture positive permit d'établir d'une façon certaine le diagnostic de méningococcémie. On injecta 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique polyvalent sous la peau, et la température qui précédemment s'élevait chaque jour pendant quatre ou cinq heures à 39 ou 40 degrés resta pour la première fois à la normale pendant deux jours et demi. Une deuxième injection de 40 centimètres cubes faite après une nouvelle poussée thermique à 40 degrés amenait l'apyrexie définitive. L'action du sérum avait donc été incontestable, mais très particulière. La première injection avait brisé le rythme des accès fébriles, la deuxième avait définitiuement ramené la température à la normale. Ce n'est pas ainsi qu'on est habitué à voir agir les sérums spécifiques au cours des différentes infections (diphtérie, peste, méningite cérébro-spinale, etc.) : au lieu de l'action progressive qu'on observe habituellement nous avons assisté ici, comme dans un cas précédent, à une action brusque : augmentation de l'intervalle entre deux accès d'abord, le dernier accès gardant la même intensité que les précédents; puis disparition définitive de ces accès ensuite.

Avant d'étudier les résultats obtenus par les différents cliniciens qui ont soigné des sujets atteints de méningococcémie à forme pseudo-palustre, nous avons cherché à savoir quelle était l'évolution naturelle de la septicémie méningococcique pseudo-palustre, livrée à elle-même sans le secours d'aucune thérapeutique active. Il est évident que les cas publiés en sont peu nombreux puisque, ou bien le diagnostic n'a pas été posé, et partant l'observation non communiquée, ou bien la nature de la maladie étant reconnue, la sérothérapie fut rapidement instituée. Néanmoins nous avons retrouvé cinq cas où, pour un motif accessoire quelconque (manque de sérum, crainte d'anaphylaxie, etc.), nul traitement actif n'avait été tenté, bien qu'un diagnostic exact confirmé par le laboratoire eût été fait; nous avons constaté que les cinq malades avaient guéri spontanément; il faut remarquer en outre que ces malades n'ont guéri qu'après une longue évolution,

(1) BOIDIN *Congrès de méd. de Bordeaux*, sept. 1923.
(2) Thèse de Bertrand, Paris 1924.

et ils ont guéri brusquement, le dernier accès fébrile n'ayant pas été d'une intensité moindre que ceux qui l'avaient précédé. La méningococcémie pseudo-palustre pure peut donc parfaitement évoluer vers une guérison spontanée; la mort n'en est la terminaison qu'exceptionnellement; telle est la conclusion de l'étude de ce premier groupe de faits. Ce serait faire preuve d'un esprit peu scientifique que de n'en pas tenir compte lorsqu'une médication donnée semble remporter un succès thérapeutique.

Examinons ensuite les cas où la sérothérapie spécifique a été employée. La date de l'intervention thérapeutique est variable, de même que les doses utilisées et le nombre des injections pratiquées. Sur dix cas typiques de cette catégorie, il y eut six échecs complets : les injections de sérum n'ont amené aucune amélioration même passagère; une fois il y eut une amélioration de très courte durée, suivie immédiatement d'une reprise des accès fébriles malgré la continuation de la sérothérapie; trois fois enfin, le sérum a amené la guérison; dans deux de ces cas cette guérison a été extrêmement brusque, d'une soudaineté impressionnante, une injection de sérum amenant subitement une chute de la température qui se maintient définitivement à la normale, alors que les injections précédentes n'avaient produit aucune amélioration. Le troisième cas est celui auquel nous faisions allusion tout à l'heure; la première injection amène un allongement de la phase d'apyrexie entre deux accès fébriles; la deuxième provoque la chute définitive de la température. Pas une seule fois nous n'avons vu le sérum agir d'une façon lente et progressive.

L'étude des courbes de température nous a fait faire une autre constatation importante que M. Boidin a du reste bien mise en lumière dans son rapport, à savoir que le sérum a d'autant plus de chances d'agir que la septicémie dure depuis plus de temps. Plus la septicémie paraît tenace, plus en réalité elle devient fragile.

La bactériothérapie compte également des succès évidents à son actif, plusieurs guérisons ont été observées après des injections sous-cutanées ou intraveineuses, de vaccin antiméningococcique; mais l'action spécifique du vaccin ne doit pas être admise trop promptement; ainsi, l'un de nous a eu l'occasion de suivre, dans le service de son maître le professeur Sergent, l'évolution d'une méningococcémie pseudo-palustre pure durant depuis plus de trois mois et qui céda rapidement à l'action d'un vaccin non pas antiméningococcique, mais antistaphylococcique injecté par la voie intraveineuse.

Nous avons enfin eu connaissance, grâce à notre maître M. Netter, de deux succès obtenus par les injections de lait, et un par la pyothérapie aseptique.

Quelle que soit la thérapeutique employée, une particularité doit attirer l'attention, à savoir la fréquence d'un phénomène de choc, dramatique parfois, précédant immédiatement la guérison. Tel malade qui avait résisté à une longue série d'injections de sérum antiméningococcique, présente au moment de la reprise de ce traitement quelques semaines plus tard des accidents anaphylactiques effrayants avec collapsus qui font redouter une issue fatale : au bout de quelques heures tout se calme et la température, si désespérément oscillante, se maintient définitivement aux environs de 37°. Tel autre, dont la septicémie résiste à l'action de la bactériothérapie sous-cutanée, devient très rapidement apyrétique après une injection intraveineuse du vaccin dont l'effet immédiat avait été un frisson et une ascension brusque de la température à 40°.

La pyothérapie aseptique et les injections de lait, n'ont-elles d'autre but que celui de produire un phénomène de choc? La brusquerie d'action de toutes ces méthodes thérapeutiques nous donne lieu de croire que, même lorsque le phénomène de choc n'est pas cliniquement appréciable, il se produit dans l'organisme des phénomènes biologiques du même ordre, lesquels pour n'être pas aussi bruyants, n'en sont pas moins réels.

Sans doute pour étayer cette façon de voir, l'étude attentive des manifestations colloïdoclasiques décrites pour la première fois par M. Widal et son école serait indispensable. Les phénomènes cliniques brutaux dans la plupart des cas, la cessation brusque de la maladie après le traitement, lorsqu'il est appliqué au bon moment (que nul ne peut prévoir), sont des arguments suffisants pour étayer notre opinion.

Toute différente se présente l'évolution de la méningococcémie pseudo-palustre associée à une méningite cérébro-spinale, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou au contraire soumise à une action thérapeutique. Le pronostic est en tout état de cause beaucoup plus sévère (10 p. 100 environ de mortalité).

Les résultats thérapeutiques sont bien différents. Le sérum paraît bien être ici la médication rationnelle. Sans que nous nous en expliquions exactement la raison, il faut reconnaître que la sérothérapie agit ici sur la septicémie, le plus souvent d'une façon efficace et que quelquefois même son action sur la septicémie est progressive, comme est son action habituelle sur la méningite cérébro-spinale. Cette efficacité du sérum sur la septicémie s'observe notamment lorsque, comme le conseille depuis longtemps M. Netter, on pratique avant tout des injections intrarachidiennes. Nous n'en avons pas moins retrouvé deux observations où la sérothérapie avait amené la guérison de la méningite cérébro-spinale, sans atténuer les manifestations cliniques de la septicémie; chacune des deux manifestations morbides de la méningococcie a donc une certaine autonomie. La bactériothérapie, la protéinothérapie, les injections de térébenthine, ont, ici, été essayées comme dans la méningococcémie pseudo-palustre pure, elles ont, dans certains cas, amené la guérison ; mais, nous le répétons, l'étude d'un grand nombre de cas nous a montré que par opposition à la méningoccémie pure, la sérothérapie est ici efficace dans la majorité des cas, c'est à elle, avec raison que l'on s'est presque toujours adressé.

De cette étude critique, il nous est donc permis de tirer quelques conclusions. Tout d'abord il est essentiel de distinguer les deux types de méningococcémie pseudo-palustre : la méningococcémie pseudo-palustre pure, et la méningococcémie pseudo-palustre associée à la méningite cérébro-spinale, celle-ci est en grande partie, du point de vue qui nous occupe, assimilable à la méningite cérébro-spinale elle-même : le traitement sérique est essentiel, les autres traitements ne sont que des moyens adjuvants.

La méningococcémie pseudo-palustre pure, au contraire, n'obéit pas à l'action du sérum en tant qu'agent spécifique. Elle n'obéit pas davantage à l'action spécifique de la bactériothérapie. Le sérum ou le vaccin antiméningococcique ont assez sou-

vent de bons effets, mais ils n'agissent qu'en tant qu'albumine étrangère. On ne doit pas opposer, ici, la sérothérapie à la protéinothérapie : le sérum, le vaccin, le lait, l'argent colloïdal, la pyothérapie agissent de la même façon, brusquement, avec ou sans phénomène clinique de choc, mais, croyons-nous, avec des réactions biologiques du même ordre. Il n'y a pas de traitement spécifique à opposer aux traitements adjuvants. Toutes les médications proposées ont un même but : guérir par surprise en quelque sorte; c'est dire qu'on ne s'attardera pas plus à la sérothérapie ou à la bactériothérapie qu'aux autres traitements; on les emploiera d'abord parce que cela paraît logique, mais s'ils échouent on essaiera les injections de lait, d'essence de térébenthine ou de pus aseptique de Netter et Bridré.

Si l'on persiste à employer la sérothérapie, on en modifiera tout au moins la technique, en substituant, par exemple, les injections intraveineuses aux injections sous-cutanées. On devra également suspendre durant quelques jours le traitement pour le reprendre un peu plus tard. On pourra obtenir un choc anaphylactique dont malheureusement il est impossible de prévoir la violence, mais dont l'efficacité est infiniment probable : que par une méthode quelconque, on obtienne le phénomène de choc, la guérison s'ensuivra presque sûrement.

Malgré l'évolution favorable de la maladie abandonnée à elle-même, il ne faut pas attendre la guérison spontanée, si fréquente comme nous l'avons indiqué, car au bout d'un temps variable, la méningococcémie pure à forme pseudo-palustre peut se compliquer d'une localisation fâcheuse notamment d'une méningite cérébro-spinale secondaire.

La méningococcémie à forme pseudo-palustre d'une évolution si spéciale et si curieuse, d'une physiologie pathologique si mal éclaircie, constitue à notre sens la maladie de choix pour l'emploi et l'étude de la thérapeutique par choc, dont les travaux de M. Widal et de ses collaborateurs ont déjà montré, en maintes circonstances, les utiles applications.

ACTUALITÉS

L'IRIDODIAGNOSTIC

L'iridodiagnostic, aussi appelé *Iriscopie* et même *Augendiagnose* par les personnes férues d'allemand, est une curieuse méthode de diagnostic des maladies par l'examen de l'iris, qui fut découverte, vers le milieu du siècle dernier, par un hongrois, Ignace PECZELY. Celui-ci, étant enfant, vit se former une tache noire sur l'iris d'un hibou dont il avait cassé la patte. Plus tard il se rappela ce fait et, devenu médecin, il chercha à le retrouver chez ses malades. Bientôt, en effet, il s'aperçut — ou crut s'apercevoir — que toute lésion a sa « signature » en un point fixe de l'iris et que cette « signature » permet de reconnaître et de localiser des altérations d'organes éloignés. Ses observations furent publiées, en 1881, sous le titre *Guide pour l'étude du diagnostic par les yeux*. L'idée ne tarda pas à faire son chemin, surtout parmi les homéopathes, dont il était, et successivement SCHLEGEL (1887), LILJEQUIST (1897), THIEL (1902), ANDERSCHOU (1908), MULLER (1912), KLOTZ (1920), SCHNABEL (1920), VANNIER (1923), pour ne citer que les principaux auteurs, vinrent compléter et préciser les travaux de PECZELY. A la suite de quelques articles de vulgarisation parus dans la grande presse, le public lui-même commence à s'intéresser à cette méthode qui lui paraît amusante, car il s'imagine qu'un simple regard jeté sur les yeux de ses voisins lui permettra de deviner leurs malaises physiques, même ceux qu'ils voudraient bien cacher. Mais l'iridodiagnostic exige plus d'attention. Avant d'en discuter la valeur qu'on me permette d'exposer le problème tel qu'il le conçoit et la solution qu'il prétend lui fournir.

* * *

Théoriquement, les relations de l'iris avec les divers organes s'expliquent par son innervation, qui dépend du nerf moteur oculaire commun, du trijumeau et spécialement du sympathique. Du reste SCHIFF ne considérait-il pas l'iris comme le plus sensible des esthésiomètres? Le principe de la méthode est donc juste. Il s'agit de savoir jusqu'à quel point il reste juste.

Les iriscopistes n'admettent que deux couleurs de l'iris, le bleu et le brun, les autres couleurs, gris, verdâtre, jaune, marron, résultant de la superposition plus ou moins abondante et régulière du brun au bleu. En effet, le bleu serait la couleur vraie, originelle, qui caractérise les personnes parfaitement saines et les races pures. C'est pourquoi on l'observe souvent, à la naissance, chez l'enfant libre de toute tare. L'iris brun au contraire provient de l'accumulation, dans les cellules étoilées du tissu irien, d'un pigment d'origine pathologique. Plus l'organisme est faible, plus il supporte de tares, plus il a subi de maladies, plus aussi l'iris est foncé. Par suite, quand, chez un individu les deux yeux ne sont pas de la même couleur, le plus clair indique le côté le plus résistant. Pour le moment, je ne discute pas, j'expose.

C'est que, à chaque iris, correspond une moitié du corps, l'iris droit à la moitié droite, l'iris gauche à la moitié gauche : le foie a donc sa correspondance dans l'iris droit, le cœur, la rate dans l'iris gauche. Notre corps se trouve ainsi divisé par un plan médian antéro-postérieur, coupant en leur milieu la colonne vertébrale et les organes transverses, estomac, côlon, vessie; il n'y aurait d'exception que pour l'utérus qui se localise exclusivement dans l'iris droit. Cette première division en entraîne beaucoup d'autres, puisque chaque organe de chaque côté trouve son expression dans une région limitée et invariable de l'iris. Les iriscopistes ont donc été amenés à partager l'iris en secteurs horaires ou en degrés, que l'on lit, pour permettre la notation exacte des signes iriens sur la fiche signalétique, dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre pour l'iris gauche, en sens inverse pour l'iris droit. PECZELY, LILJEQUIST, SCHLEGEL, SCHNABEL, VANNIER ont ainsi construit des schémas de la topographie de l'iris, qui, à peu de choses près coïncident. On y voit que les organes gastro-intestinaux et le système sympathique ont leur correspondance dans la zone pupillaire, la peau et le système lymphatique dans la zone périphérique, le cerveau à midi, le membre inférieur à 6 heures, le poumon entre 2 et 3 heures, les côtes et la poitrine entre 3 et 4 heures, le dos entre 8 et 9 heures, la main et le bras vers 4 heures, le rein vers 7 heures, etc., la moelle épinière occupe une place spéciale, allant obliquement

du bord pupillaire à la périphérie dans le secteur 9-8. Quant au cœur et à l'aorte, ils s'expriment à l'intérieur du secteur 2-4 de l'iris gauche.

Cette topographie admise, comment vont se traduire, en chaque point de l'iris, les troubles et les lésions des organes correspondants? Par des signes variés, intéressant, les uns les parties superficielles de l'iris, les autres ses parties profondes. Les premiers consistent en taches grises, jaunes, rougeâtres, ayant chacune leur signification particulière, intoxication, inflammation, etc., en taches noires, gravées en creux, qui se rapportent à des lésions indélébiles, à des pertes de substances; en lignes blanches ou jaunes, ouvertes quand l'état morbide est en évolution active, fermées quand il est en voie de terminaison ou guéri. Les seconds forment des lignes radiaires ou des plis courbes parallèles à la périphérie; ils dépendent de troubles de la musculature, de la vascularisation et de l'innervation iriennes et indiquent les affections spasmodiques, l'artério-sclérose, les paralysies. De plus les pointillés doivent faire songer à la tuberculose, de petites tuméfactions moniliformes à la syphilis et les tracés sinueux en forme de mycelium au cancer. Enfin SCHNABEL a étudié la signification des modifications pupillaires sous l'influence des troubles moteurs de l'iris; ces troubles déforment la pupille, la rendent ovale ou rabattent, aplatissent un de ses côtés. La pupille ovale signifierait une prédisposition à l'apoplexie, mais la localisation et la gravité du pronostic, varient suivant que le grand axe de l'ovale est vertical, horizontal ou oblique. Quant à l'aplatissement, il serait l'indice de troubles psychiques s'il porte sur la région supérieure de la pupille, d'inhibitions motrices s'il porte sur la partie inférieure, etc.

Je ne peux pas m'étendre davantage sur tous ces détails. Les indications précédentes suffiront à montrer que l'iridodiagnostic prétend connaître par l'examen de l'iris à la loupe ou au microscope cornéen, non seulement les organes ou les parties d'organes touchés, mais encore la nature du mal et son état, s'il est en activité, en voie d'amélioration ou guéri. A en croire ses partisans, il pourrait donc, sans interrogatoire, auscultation, radioscopie, analyses et recherches de laboratoire, renseigner de la manière la plus certaine et la plus prompte sur les maladies présentes et passées d'un individu, sur sa constitution, son tempérament et sa résistance. Un tel progrès aurait de quoi réjouir malades et médecins.

* * *

Mais ce progrès est-il réel, je veux dire les affirmations des iriscopistes sont-elles justifiées par les faits? Il ne le semble guère. C'est ainsi que la signification attribuée à l'iris bleu et à l'iris brun paraît entièrement erronée. Rien ne prouve en effet que l'œil bleu soit l'apanage de la santé et de la pureté de la race. Il est constant, au contraire, que la teinte de l'iris tend à s'éclaircir sous l'influence de certaines maladies, notamment de la paralysie du sympathique cervical. Chez les vieillards affaiblis, cachectiques, l'œil jaune ou marron passe au gris. De plus, tandis que l'animal en liberté a des yeux très foncés, l'animal domestiqué et plus ou moins dégénéré présente des yeux plus clairs ou encore l'œil vairon. Or, dans ce dernier cas, et l'observation a pu être également faite chez l'homme, l'œil clair répond plutôt que l'œil foncé au c[illegible] ou déformé du sujet. D'ailleurs la couleur de l'iris représente un caractère mendélien, dans lequel le brun est dominant par rapport au bleu, ainsi que le prouve l'étude des croisements entre types blonds et types bruns, faite en Allemagne par VIRCHOW et KOLLMANN et en Angleterre par BEDDOE. Quant à la présence des pigments qui donnent à l'iris sa coloration brune, elle ne peut constituer un signe pathologique, pour la raison qu'elle est surtout une affaire de race. L'iris est d'autant plus foncé que l'organisme est plus riche en pigment et ce pigment ne saurait être considéré comme une production morbide puisqu'il représente un procédé de défense contre certaines radiations. C'est en partie parce que les albinos manquent totalement de ce pigment, signe d'un arrêt de développement endocrinien, qu'ils sont moins résistants et meurent rarement vieux. L'expérience prouve que les races très pigmentées, à iris noir, possèdent des individus aussi sains et aussi robustes que les races dépigmentées, à poils blonds et à iris bleu, celles-ci n'étant probablement, d'après PASCHE et PENKA, qu'une variété albinique développée à la faveur d'un climat humide et brumeux.

Les correspondances établies par les iriscopistes entre les organes et des points déterminés de l'iris, entre leurs lésions et les signes iriens sont-elles exactes et la clinique les vérifie-t-elle? Ici nous nous trouvons en présence d'affirmations contraires. PECZELY, LILJEQUIST, MULLER, SCHNABEL, etc., ont cité des faits concordants. KLOTZ (de Paris), ayant découvert chez un de ses malades un aplatissement symétrique des deux pupilles en conclut, avant tout examen, à de l'anaphrodisie compliquée d'angoisse, ce que la clinique confirma. De son côté VANNIER rapporte deux observations dans lesquelles l'iriscopie décela des lésions pulmonaires jusque-là méconnues. Mais voici que, dans un travail tout récent (1), MONDAIN, TILMAN et M. BENOIT exposent le résultat négatif de leurs recherches : sur 348 malades, ils n'ont trouvé que trois fois la concordance entre les signes iriens et le diagnostic clinique et, chez des malades examinés avant et après l'opération chirurgicale, il leur a toujours été impossible de constater, après l'opération, l'apparition dans l'iris de taches nouvelles. Enfin si, pour les raisons invoquées plus haut, le sympathique cervical agit sur la pigmentation irienne, il faut reconnaître que cette action est inconstante et que, si elle se produit, elle modifie la pigmentation dans la totalité de l'iris et non dans un de ses secteurs particuliers.

Il ne faut pas chercher à conclure. Nous avons de bonnes raisons pour ne point adopter d'enthousiasme la méthode iriscopique, mais nous avons quelques motifs pour demander de nouvelles vérifications. Elles donneront peut être raison à notre scepticisme actuel mais nous n'en savons rien, car l'avenir réserve parfois des surprises qui déroutent l'humaine prévision.

J. LAUMONIER.

Manuel de techniques, de physico-chimie et spécialement de chimie des colloïdes à l'usage des médecins et des biologistes, par Léonor MICHAELIS. Traduit de la 2e édition par H. CHABANIER et LOBO-ONELL. In-8 de 205 pages avec 40 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

---

(1) *Presse méd.*, 21 mai 1924.

CONGRÈS

SÉANCE EXCEPTIONNELLE DE LA SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

à l'occasion de la Ve Réunion internationale de neurologie
(29 mai 1924)

Le caractère visuel des auras et des équivalents épileptiques dans les lésions occipitales. — M. André LÉRI indique qu'après les blessures du crâne et du cerveau il peut survenir, soit des phénomènes de dépression, paralysies ou hémianopsies notamment, soit des phénomènes d'excitation. Ceux-ci sont généralement plus tardifs et symptomatiques de lésions plus superficielles.

Les phénomènes d'excitation sont, soit des crises comitiales, soit le syndrome subjectif décrit par le professeur Pierre Marie en 1917 qui consiste surtout en céphalées et en éblouissements.

Ces différents phénomènes, crises comitiales, céphalées et éblouissements, ne sont souvent pas associés parce que les crises épileptiques sont surtout consécutives aux blessures temporo-pariétales, alors que le syndrome subjectif apparaît surtout après les blessures frontales et occipitales; le fait résulte clairement des statistiques apportées par l'auteur.

Les éblouissements ont d'ailleurs des caractères nettement différents quand la blessure est frontale ou quand elle est occipitale. *Dans le dernier cas, ils sont souvent accompagnés de phénomènes visuels* : phosphènes, sensation de tournoiement des objets autour du sujet ou de tournoiement du sujet lui-même, obscurcissement de la vue, objets à contours flous, « escamotage » et réapparition des objets comme par un obturateur cinématographique, etc.

Pourtant des crises comitiales peuvent s'observer à la suite de lésions occipitales, même strictement localisées; elles sont alors caractérisées le plus souvent par l'association à ces crises de *phénomènes visuels* qui les précèdent sous forme d'*auras* : phosphènes, visions colorées, plus ou moins vagues ou précises, allant jusqu'à l'hallucination visuelle complète, mais non accompagnée de troubles psychiques véritables. Ces sensations visuelles anormales peuvent avoir une localisation hémiopique, et, quand il y a hémianopsie préalable, elles apparaissent souvent dans le champ visuel aveugle; mais il n'en est pas toujours ainsi, elles peuvent occuper le champ visuel complet.

Dans certains cas elles accompagnent des crises de *petit mal*, ou peuvent simplement être intercalées à de grandes crises comitiales. Dans ces cas, les sensations visuelles anormales prennent le caractère, non plus d'auras, mais d'*équivalents* épileptiques.

Dans certains cas il n'y a pas de crises comitiales, mais les sensations visuelles anormales ont encore le caractère de manifestations épileptiques par le fait de leur brusquerie d'apparition, de leur fugacité, de l'obnubilation intellectuelle qui les accompagne et de la fatigue qui les suit.

Tous ces troubles visuels apparaissent presque toujours quand la blessure est occipitale, mais parfois aussi quand la porte d'entrée se trouve *à distance de l'occiput*; ils indiquent alors que dans la profondeur la lésion a atteint le lobe occipital. Ils peuvent apparaître également à la suite de lésions d'ordre médical ayant touché la corticalité occipitale, méningite syphilitique ou otitique par exemple.

M. André Léri cite des exemples de ces différentes variétés d'auras ou d'équivalents épileptiques.

Il insiste sur l'utilité qu'il peut y avoir à analyser mieux qu'on ne le fait généralement les caractères, l'allure et la marche des auras épileptiques; on peut en déduire souvent la localisation des lésions, quelquefois leur nature, et par suite leur traitement.

Valeur diagnostique de la stase papillaire au point de vue neurologique. — M. CHRISTRIANSEN (de Copenhague). La stase papillaire indique toujours l'existence d'un obstacle à la circulation de la lymphe et du sang veineux de l'œil vers le crâne; elle indique toujours une hypertension intracranienne, mais ne nous renseigne pas sur la cause de cette hypertension. Heureusement pour le diagnostic, la stase n'existe jamais à l'état isolé; elle prête aux autres symptômes leur véritable valeur comme signe d'hypertension.

L'unilatéralité de la stase n'a pas une importance de premier ordre pour la localisation du siège de la tumeur; en tout cas le moindre symptôme de localisation l'emportera sur celui-ci.

Existe-t-il dans la cavité cranienne des régions déterminées dont l'atteinte provoquera l'apparition plus précoce ou plus tardive de la stase? Pour répondre à cette question, le facteur décisif est le suivant : oui ou non la région dans laquelle se localise le processus pathologique contient-elle des éléments nerveux dont l'atteinte provoquera des symptômes que le malade ne peut laisser passer inaperçus. Dans plus de la moitié des cas de l'auteur, pour les tumeurs de la *région motrice*, ce furent uniquement les phénomènes moteurs ou sensitifs qui firent le diagnostic, la stase faisant défaut. Au contraire, dans les tumeurs des *lobes occipitaux*, elle est à peu près constante, car l'hémianopsie homonyme est bien souvent méconnue du malade. Pour les *tumeurs basales*, si les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux provoquent presque toujours la stase, cela vient de ce que les symptômes focaux précoces passent inaperçus du malade ou de son médecin. Si les tumeurs du *cervelet* donnent presque toujours, au premier examen du malade, de la stase papillaire, cela provient de ce que les tumeurs de cette région peuvent atteindre des dimensions considérables avant que les symptômes aient inquiété le malade, et inversement si les tumeurs *intraprotubérantielles* au commencement de leur évolution s'accompagnent rarement de stase, c'est que les voies cortico-musculaires et sensitives, et les noyaux et faisceaux intraprotubérantiels sont particulièrement sensibles aux influences pathologiques.

La *rapidité* de l'évolution du processus intracranien joue un rôle dans la rapidité avec laquelle se manifeste la stase papillaire. L'exemple le plus frappant en est fourni par les tumeurs de l'hypophyse; celles qui sont bénignes et d'accroissement lent ne se compliquent que très tardivement de stase papillaire. Au contraire dans les formes malignes, à évolution rapide, la stase papillaire apparaît à une époque précoce de la maladie.

La stase papillaire peut-elle nous guider dans la localisation extra ou intracérébrale de la tumeur? L'auteur ne le pense pas.

Lorsque le neurologiste adresse à l'ophtalmologiste un malade atteint de stase papillaire, il désire être fixé sur trois points : 1° y a-t-il une atrophie de la papille, et si oui est-il possible d'en savoir l'origine? 2° existe-t-il un rétrécissement du champ visuel, quelle est sa forme, intéresse-t-il les couleurs? 3° y a-t-il un affaiblissement de l'acuité visuelle?

L'hésitation est souvent permise entre la stase papillaire et la névrite. Il est probable que dans tous les cas où nous hésitons il y a une combinaison de la stase papillaire avec une compression des voies optiques basales. Cette compression donne lieu à une dégénération secondaire des voies optiques. Ces cas où une simple dégénération secondaire des voies optiques est combinée avec des phénomènes de stase, ou bien ceux où une stase papillaire se complique d'une dégénération secondaire de ce genre, forment la transition entre la stase papillaire pure et la dégénération secondaire pure des voies optiques. Ce qui caractérise ces formes combinées, c'est qu'aux attributs cliniques de la stase papillaire viennent s'ajouter des symptômes de compression des voies optiques basales; il se produit dans ces cas, souvent à un stade précoce de la maladie, un affaiblissement de l'acuité visuelle accompagnée quelquefois d'atrophie optique. On constate aussi l'existence de scotomes hétéronymes variés. Ce n'est pas l'atrophie, mais la compression des voies optiques qui conditionne les troubles fonctionnels. L'atrophie est la simple conséquence de la dégénération secondaire. Mais la rapidité ou plus souvent la lenteur avec laquelle celle-ci arrive à provoquer l'atrophie de la papille dépend de circonstances que, dans beaucoup de cas, nous ne sommes pas à même d'apprécier.

Atrophie spéciale de l'iris et signe d'Argyll-Robertson. — M. DUPUY-DUTEMPS rappelle les caractères de l'atrophie spéciale de l'iris qu'il a décrite en 1905 chez les sujets présentant le signe d'Argyll-Robertson. Après vingt ans d'observation il confirme dans tous ses détails la description qu'il en

a donnée; sa distribution uniforme et diffuse ou irrégulière et en secteurs; ses rapports constants avec l'irrégularité de la pupille et avec la dissociation des mouvements pupillaires (qui disparaissent toujours dans le même ordre chronologique : 1° photo-moteur; 2° contraction à la distance; 3° réflexe pupillo-palpébral), la région la plus atrophique de l'iris étant celle qui présente le trouble moteur le plus accusé.

Cette atrophie suit l'apparition des troubles réflexes, mais ne les précède pas. Elle est le signe manifeste d'une lésion périphérique atteignant primitivement le neurone ciliaire ou la jonction neuro-musculaire (peu vraisemblablement le tissu irien lui-même) et entraînant une dégénérescence de l'iris d'ordre trophique. Elle ne peut, en effet, être consécutive à une lésion tronculaire ou nucléaire de la IIIe paire, ni des racines rachidiennes, comme il résulte des données certaines de l'anatomie et de la physiologie. L'altération de l'iris et de son appareil neuro-musculaire explique l'*inertie* irienne et les déformations pupillaires.

Avec d'autres caractères cliniques elle fournit la preuve que la dissociation des réflexes pupillaires dont le signe d'Argyll-Robertson représente le premier stade (et qui peut d'ailleurs s'arrêter à une étape quelconque de son évolution) est déterminée par une lésion périphérique du neurone ciliaire dans ses parties extra ou intra-iriennes.

Sa cause de beaucoup la plus fréquente, presque constante en dehors des traumatismes directs, est la syphilis acquise ancienne ou héréditaire qui trouve dans l'appareil irien une localisation si élective et précise que le muscle ciliaire, appartenant cependant au même système, n'est que rarement intéressé en même temps. Elle n'est pas consécutive à une lésion nerveuse centrale ou tronculaire et son existence n'implique pas une atteinte certaine du névraxe ou des méninges. Mais les analogies embryologiques et anatomiques ainsi que leurs affinités pathologiques très voisines expliquent la très fréquente coïncidence de la localisation syphilitique sur les deux systèmes. Le tabes et la paralysie générale peuvent évoluer sans troubles pupillaires; par contre, dans des cas heureusement très nombreux des malades présentant le signe d'Argyll-Robertson avec ou sans atrophie spéciale de l'iris arrivent à un âge avancé sans aucun symptôme d'affection du système nerveux central.

M. A. Terson a souvent observé autrefois à l'Hôtel-Dieu, et signalé à la Société, des tabétiques avec cette difformité pupillaire, sans franges synéchiques, qu'il a appelée *oblique-ovalaire*, forme la plus habituelle. Ce signe uni ou bilatéral précède souvent, puis accompagne l'Argyll et la myose tabétique. D'autres observateurs l'avaient déjà noté et, plus récemment, Schrameck y est revenu. Qu'il s'agisse de tabes, de paralysie générale, de vésanie, il semble que ce signe a une importance diagnostique et il est bon de préciser son substratum anatomo-physiologique, ses rapports avec l'Argyll et la syphilis, dans les diverses névropathies.

Étude anatomique de deux cas de syndrome de Parinaud. — MM. J. Lhermitte et Walter Kraus. La paralysie associée des mouvements de verticalité et de convergence constitue un phénomène qui est loin d'être exceptionnel chez des vieillards, ainsi que l'ont montré récemment Lhermitte et Bollack, Léri et ses collaborateurs. Mais si l'accord est fait au sujet de la détermination du syndrome isolé par Parinaud, nous sommes loin d'être fixés sur les lésions qui en conditionnent l'apparition. Depuis les recherches de Spiller, il est classique d'enseigner que la lésion de cette variété de paralysie de fonction est liée à des altérations siégeant dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs; d'autres auteurs ont pensé, d'autre part, que l'on pouvait peut-être incriminer les lésions du noyau de la IIIe paire.

Les auteurs ont étudié anatomiquement deux faits typiques ayant trait à une paralysie de la verticalité du regard associée à une paralysie de la convergence; et, dans ces deux cas, les résultats histologiques ont montré plusieurs points intéressants. Tout d'abord l'intégrité complète des tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs ainsi que des noyaux de la IIIe paire. D'autre part, aussi bien dans le premier que dans le second fait, l'on constatait l'existence d'une dégénération du pied du pédoncule cérébral symétrique et bilatéral. Chez le premier sujet, cette dégénération qui affectait la région moyenne du pied pédonculaire ainsi qu'on l'observe chez nombre de pseudo-bulbaires apparaît indépendante du déterminisme du syndrome de Parinaud. Chez le second malade, au contraire, qui présentait, à la ressemblance avec l'observation princeps de Parinaud, une paralysie associée au signe de Robertson, les altérations très probablement d'origine syphilitique affectaient la région basale interpédonculaire, le *tuber cinereum*, et déterminaient une dégénération bilatérale de la région interne du pied pédonculaire comprenant, par conséquent, les faisceaux ponto-pontins.

Sans prétendre donner cette dégénération du système fronto-pontin comme la seule responsable du syndrome de Parinaud, les auteurs estiment qu'il y a, dans ce fait, une indication digne d'être retenue pour orienter les recherches ultérieures.

P. BAILLIART.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUIN 1924)

Sur l'intoxication par les vapeurs de nitrite d'amyle. — M. Hayem, à propos de l'observation de MM. Vialard et Lancelin, rappelle qu'il a étudié autrefois l'action du nitrite d'amyle sur le sang et que les vapeurs ne détruisent pas les hématies. De plus, dans le traitement de la tuberculose, l'emploi du nitrite d'amyle sur 200 malades environ n'a jamais déterminé d'accidents. Il considère que les accidents ne s'observent qu'en cas de nitrite d'amyle impur.

Ictère hémolytique acquis coïncidant avec une poussée de tuberculose pulmonaire. Radiothérapie myélo-splénique. Présence intermittente d'isolysines au cours de l'ictère et après guérison. — MM. Faure-Beaulieu et Mouquin présentent un sujet actuellement en parfaite santé, qu'ils ont observé en 1921 pour une crise d'ictère hémolytique acquis avec anémie extrêmement marquée, du type plastique, évoluant en même temps qu'une poussée tuberculeuse du sommet droit. Après avoir persisté pendant six mois environ malgré des traitements ferrugineux, l'anémie et l'ictère disparurent avec une remarquable rapidité après un traitement radiothérapique (onze séances d'irradiations, cinq sur la rate et six sur le tibia). Ce cas pose une fois de plus la question délicate de la démarcation entre l'anémie pernicieuse avec ictère, l'ictère hémolytique acquis et l'ictère hémolysinique; étant donné la diminution nette de la résistance globulaire et la présence d'isolysines, il semble devoir rentrer dans le cadre des ictères hémolytiques. Il faut remarquer d'ailleurs que les isolysines n'existaient que par intermittences dans le sérum sanguin, sans qu'il y eut de rapport entre les crises de déglobulisation et leur présence. Leur intervention ne paraît donc pas pouvoir être incriminée dans la pathogénie de cette anémie.

L'étiologie tuberculeuse de cet ictère hémolytique ne paraît pas douteuse, car il a débuté exactement en même temps qu'une poussée de tuberculose pulmonaire et celle-ci a guéri peu après l'ictère hémolytique. Le rapport entre la tuberculose et l'hémolyse est donc ici beaucoup plus évident que dans les autres cas étiquetés : ictères hémolytiques tuberculeux.

Quant à la thérapeutique enfin, il faut remarquer, sans vouloir leur en attribuer exclusivement le mérite, la rapidité de la guérison après quelques séances de radiothérapie de la rate et de la moelle osseuse.

Appareil simplifié de métabolisme basal. (Présentation.) — M. A. Guillaume.

Appareil pour pneumothorax artificiel. (Présentation.) — M. Baillet (de Nîmes) présente un nouvel appareil à pneumothorax artificiel qui se compose essentiellement :

1° D'un injecteur de gaz formé d'un cylindre en verre parfaitement calibré, monté sur métal, dans lequel glisse à frottement doux un piston métallique rigoureusement étanche mû par une tige à crémaillère actionnée par une molette.

Ce cylindre est gradué de 0 à 500 centimètres cubes.

2° D'un manomètre métallique anéroïde donnant avec précision et sensibilité les pressions variant de moins 40 à plus 40 centimètres d'eau. Le cylindre est relié à la fois au manomètre et à l'aiguille à ponction par un tube en Y muni d'un robinet.

Les principaux avantages de cet appareil sont les suivants :

1° Par sa construction en verre et métal nickelé, il se présente avec la propreté et le fini d'un appareil chirurgical ;

2° Il est entièrement démontable et stérilisable ;

3° Il est rigoureusement étanche en raison de la parfaite adaptation du piston au cylindre;

4° Il est d'un volume réduit (hauteur 25 centimètres) et pèse 3kg500.

Pour l'ensemble de ces raisons, cet appareil paraît remplir avec avantage toutes les conditions que requiert l'opération de Forlanini et constituer le type de l'appareil portatif par excellence.

A propos du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — M. Rist présente un malade pour lequel le diagnostic de tuberculose fut porté puis nié par certains médecins alors qu'il présentait une tuberculose lobaire excavée. L'auteur insiste sur la valeur de l'examen radioscopique et l'examen des crachats. Le malade traité par le pneumothorax poursuivi pendant quatre ans est actuellement guéri.

Compression de la moelle dorsale par un psamnome. Ablation de la tumeur. Guérison de la paraplégie. — MM. Faure-Beaulieu et de Martel présentent une femme de cinquante-sept ans guérie par opération d'une paraplégie qui depuis des mois la confinait au lit. Le diagnostic de syphilis spinale avait d'abord été porté, en raison d'antécédents suspects et d'une réaction de Calmette-Massol faiblement positive dans le liquide céphalo-rachidien. Après échec d'un traitement spécifique suivi pendant plusieurs mois, le diagnostic de compression par tumeur fut posé en raison de : *a.* l'évolution lentement progressive inaugurée par une phase de douleurs radiculaires à la base de l'hémithorax droit; *b.* la légère dissymétrie des troubles sensitivo-moteurs constituant une ébauche de syndrome de Brown-Séquard ; *c.* l'existence sur le tronc d'une zone d'anesthésie unilatérale à limite supérieure nette et fixe répondant au VIIe segment dorsal ; *d.* l'examen du liquide céphalo-rachidien qui montre une dissociation albuminocytologique nette, avec Wassermann et benjoin colloïdal négatifs. Le diagnostic topographique découlait de la situation de la bande fixe d'anesthésie, ainsi que de la dissociation des réflexes abdominaux. Pour plus de sûreté, on eut recours au lipiodo-diagnostic de Sicard qui montra un arrêt de la colonne opaque au point prévu. La malade est opérée le 17 mars; on enlève une tumeur grosse comme une noisette qui comprimait la face postéro-latérale droite de la moelle et que l'examen histologique montre être un psamnome. Les jours suivants, violent ébranlement sympathique : hyperthermie, tachycardie, chute de la pression artérielle, rétrécissement punctiforme des pupilles, sueurs profuses inondant le tronc et les membres supérieurs. Les troubles de la sensibilité objective régressent en quelques jours et le retour de la motilité volontaire est tel que vingt-huit jours après l'opération la malade peut faire ses premiers pas. Actuellement elle marche sans aide et sans canne, mais garde encore quelques signes objectifs de souffrance du faisceau pyramidal : signe de Babinski et clonus du pied à droite, c'est-à-dire, fait paradoxal, sur le membre inférieur qui dans la phase de paraplégie avait été le moins complètement impotent.

M. de Martel insiste sur la valeur du lipiodo-diagnostic pour localiser la tumeur par rapport aux vertèbres.

M. Léri rapporte un cas semblable opéré siégeant au niveau de D_{11} qui ne s'est pas accompagné d'un ébranlement sympathique.

Azotémie mortelle avec intégrité anatomique des reins. — MM. Lemierre, Deschamps et Bernard rapportent l'histoire d'un malade mort au cours d'une azotémie de 5g30. Les auteurs insistent sur le type respiratoire, l'hypothermie, l'absence d'anurie et à l'autopsie sur l'absence de lésions rénales manifestes.

M. Laubry pose la question des azotémies extrarénales.

M. Lemierre pense que dans ces cas il existe toujours des troubles de l'élimination rénale et que notamment la constante d'Ambard est toujours élevée.

M. Renaud a observé un cas semblable.

Excavation thoracique par large déhiscence de la paroi. — MM. Maurice Renaud et Chatagnon montrent une tumeur infiltrante de la paroi thoracique, sarcome d'origine costale, ayant créé dans la région sus-mamelonnaire gauche une brèche de 10 centimètres de diamètre donnant accès dans une vaste cavité du volume d'une orange et dont le fond est constitué en arrière par le poumon, en avant par le cœur gauche et le pédicule des gros vaisseaux. Cette énorme lésion a été pendant de longs mois fort bien tolérée et n'a entraîné aucun trouble fonctionnel pulmonaire ni cardiaque.

La ventriculographie par pneumorachis. — MM. Cestan et Riser (de Toulouse) exposent une technique personnelle qui permet par une ponction lombaire de faire pénétrer de l'air stérilisé dans les ventricules latéraux du cerveau et d'obtenir ainsi des radiographies de ces cavités. A l'appui ils montrent toute une série de ventriculogrammes de paralysie générale et de méningites tuberculeuses avec dilatation et déformation des ventricules. Certes cette méthode provoque souvent quelques réactions méningées aseptiques assez vives et douloureuses, transitoires d'ailleurs et qui ne dépassent pas trois jours, mais ces auteurs n'ont jamais eu d'incident notable (60 insufflations).

La pneumorachie prudemment conduite permet de délimiter les dimensions et la forme des ventricules latéraux, de vérifier la perméabilité des trous de Luschka et de Monro.

On comprend toute l'importance des services que peut rendre cette méthode tant dans les méningites ventriculaires bloquées que dans les diplégies cérébrales infantiles par parencéphalie, pseudo-parencéphalie, hydrocéphalie, etc., lésions qu'il est bien difficile jusqu'ici de différencier du vivant du malade.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1924)

Spasme myoclonique rythmique glossopéribuccal. — MM. Foix et Hillemand montrent une malade de soixante et onze ans atteinte depuis 1919 d'un syndrome parkinsonnien classique qui ne présente comme particularités, que l'absence du tremblement et l'existence d'un signe de Babinski droit. Elle se plaint en outre, de douleurs rhumatismales survenues à l'âge de vingt ans, et sans rapport par conséquent, semble-t-il, avec la maladie de Parkinson. Ce qui fait l'intérêt de cette malade, c'est l'existence d'un spasme myoclonique glossopéribuccal, au rythme de 60 à la minute. Rien dans l'âge ou les antécédents ne fait penser à une encéphalite épidémique. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas d'une localisation sur un territoire périphérique déterminé puisque le facial et l'hypoglosse y participent. Dans le domaine du facial, seule la partie péribuccale est intéressée; dans le domaine de l'hypoglosse, le spasme myoclonique ne frappe que les muscles de la langue. Il est curieux de voir ainsi touché un système musculaire à groupement fonctionnel différent des groupements nucléaires classiques. Ce fait est à rapprocher d'une part des paralysies des mouvements associés, et d'autre part des phénomènes décrits sous le nom de nystagmus du voile du palais associés souvent à un nystagmus oculofacial. Il est difficile de l'expliquer soit par une altération nucléaire, soit étant donné sa stricte localisation par une altération diffuse. Il s'agit vraisemblablement soit d'une lésion susnucléaire très localisée, frappant soit au centre, soit un barreau associatif sous-cortical.

Les réflexes cutanés palmaires. — M. Juster étudie le réflexe cutané hypothénarien, le réflexe palmo mentonnier et le réflexe cutané palmaire. Le réflexe cutané hypothénarien consiste dans la flexion et l'adduction du pouce (réflexe du pouce), l'adduction de l'index, et l'extension des deuxième et troisième phalanges des deuxième, troisième, quatrième et

cinquième doigts, avec parfois flexion de la main sur l'avant-bras, de l'avant-bras sur le bras, et le retrait du bras, lorsqu'on excite avec un objet mousse ou par le pus couvrant la région hypothénarienne de la main tenue étendue sur l'avant-bras. Ces phénomènes ne s'observent chez l'adulte qu'en cas de lésion du faisceau pyramidal. L'auteur analyse les deux phases de ce réflexe : réponse locale des doigts et réponse à distance (phénome du triple retrait qu'il est possible de produire par la pression du carpe au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes). Il montre les analogies qui existent entre le réflexe cutané hypothénarien et les phénomènes produits au membre inférieur par l'excitation cutanée plantaire ou le pincement du dos du pied chez les malades tateints de lésion du faisceau pyramidal (réflexes de défense ou d'automatisme médullaire).

Le réflexe palmo-mentonnier, étudié par Marinesco et Radovici, présente un grand intérêt sémiologique et physiopathologique que les recherches de M. Juster confirment. Il insiste sur l'avantage de l'emploi d'un objet mousse à la place de l'épingle pour la recherche de ce réflexe et des réflexes cutanés.

Le réflexe cutané classique, qui consisterait dans la flexion des doigts après excitation palmaire, ne semble pas d'après l'auteur, devoir être considéré comme un réflexe,

M. Juster insiste enfin sur la valeur sémiologique du réflexe du pouce, du réflexe cutané hypothénarien et du réflexe palmo mentonnier.

Sur le diagnostic des compressions de la moelle. Pseudo-paraplégie par raideur et douleur avec exagération des réflexes de défense et arrêt du lipiodol. — MM. Clovis VINCENT et Jean DARQUIER. Il s'agit d'une malade qui présente depuis un an des troubles de la marche d'aspect spasmodique : les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs; le réflexe cutané plantaire se fait en extension des deux côtés; pas de troubles sensitifs; pas de troubles sphinctériens. La malade ne présente aucun stigmate clinique ou humoral de syphilis. Rien n'autorise à la considérer comme atteinte de sclérose en plaques. Ces phénomènes sont vraisemblablement sous la dépendance d'une compression de la moelle.

Une observation précise montre que les troubles de la marche ne sont pas d'ordre paralytique : ils sont liés à la raideur et à la douleur. Il existe un certain nombre de phénomènes dont l'association est presque caractéristique de certaines néo-formations compressives. Cette malade souffre d'un double point de côté droit et gauche qu'elle situe au niveau de la deuxième côte. Elle présente des mouvements involontaires très douloureux des membres inférieurs et de la paroi abdominale antérieure. Les réflexes de défense sont extrêmement vifs. La colonne vertébrale présente une raideur diffuse qui s'étend aux membres inférieurs. Le liquide céphalo-rachidien montre une augmentation du taux de l'albumine sans réaction cellulaire. Le lipiodol injecté dans la cavité arachnoïdienne par la méthode de Sicard reste suspendu au niveau de la VIIe vertèbre dorsale.

Les caractères de la raideur, l'absence de lésion osseuse visible sur les clichés radiographiques, tendent à faire penser qu'il ne s'agit pas d'un mal de Pott. On serait alors amené à admettre l'existence d'une néo-formation comprimant la moelle et justiciable de la chirurgie.

Au sujet du syndrome parkinsonnien. — M. Clovis VINCENT. Actuellement, un certain nombre de neurologistes tendent à admettre que le syndrome parkinsonnien est dû à une altération du corps strié. S'il en est ainsi, il conviendrait de préciser la nature de l'altération qui détermine ce syndrome, car évidemment toutes les lésions du noyau caudé et du noyau lenticulaire ne donnent pas de syndrome parkinsonnien. Il a eu l'occasion d'observer récemment un foyer de ramollissement atteignant la plus grande partie de la tête du noyau caudé et le putamen qui ne présentait aucun des symptômes qu'on tend habituellement à rapporter au corps strié : aucun mouvement involontaire choréique ou athétosique, aucune raideur. Les détails de l'observation seront donnés ultérieurement.

Sur le diagnostic entre certaines formes d'encéphalite épidémique et certaines tumeurs du cerveau. — M. Clovis VINCENT. Certaines tumeurs du cerveau peuvent donner l'impression, à une période voisine de leur début, d'une encéphalite épidémique, parce que, outre la céphalée dont se plaint le malade, elles se manifestent par de la raideur à type parkinsonnien, des myoclonies. L'erreur sera évitée par un examen systématique du fond de l'œil : il n'y a pas de stase papillaire dans l'encéphalite épidémique : elle sera possible pendant longtemps quand la stase manque. Le regretté Bouttier a posé, le premier, la question devant la Société de neurologie, au mois de juin 1923.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 2 juillet. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Legueu, Heitz-Boyer et Mathieu. — M. FEUCHAUD-BRIN. Considération sur la maladie de Volkmann. — M. BAC (Henri). Le traitement rationnel des fistules vésico-intestinales. — M. TOURTOU (A.). Péritonites par perforation spontanée des voies urinaires. — M. MÉROT (P.). Les lésions de l'urètre par dislocation du bassin. — M. BALTZER. Un cas de tridactylie avec luxation du radius à droite. — M. MIHAÏLOVITCH. Un cas d'ectromélie bilatérale incomplète. — M. POPOVICI (G.). Deux cas de polydactylie et syndactylie.

Jeudi 3 juillet. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Duval, Hovelacque et Auvray. — M. LEFÈVRE (Raymond). Etude anatomique de l'iris. — Mme REYMOND DE GENTILE. Esssai sur l'emploi du radium en ophtalmologie. — M. FABRE. Essai sur la filaire de l'œil humain. — M. BAGERT. La « genu renervatum » congénital. — M. VIOLLET. Etude des fistules vésico-vaginales. — M. COLLIN (P.). De l'anesthésie générale par éthérisation rectale. — M. MATRY (R.). Etude de la tuberculose de la rotule.

Jury : MM. Cunéo, président; Lecène, Chevassu et Retterer. — M. PÉRÈS (P.). Traitement des fistules tuberculeuses par l'extrait bacillaire colloïdal. — M. GODART (J.). L'anus artificiel angulo-colique. — M. HERMET. Anesthésie à l'acétylène. — M. HUREZ. Etude des botryomycomes buccaux. — M. LIPETZ-BAZILIA. Angiome sous-cutané du cuir chevelu. — Mme SIMA. Etude anatomo-clinique d'un cas de tuberculose du pylore.

Jury : MM. Jeanselme, président; Desgrez, Nobécourt et Villaret. — M. SOLMIAC. Contribution à l'étude des atmosphères renfermés. — M. CONAN (A.). Epilepsie et syphilis héréditaire. — M. DOP. De l'étiologie dans l'arriération Mongolienne. — M. DEBAVELAERE (Ch.). Etude des septicémies chez l'enfant. — M. JOFFRION (J.). Etude du diagnostic différentiel de la rougeole et de la rubéole. — M. DUCUING (J.). Dyspepsie du nourrisson au sein par excès de beurre.

Vendredi 4 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Sebileau, Labbé (M.) et Chiray, — M. FERRARI (M.). Etude du signe respiratoire dans les processus de la vésicule biliaire. — M. CROCQUEFER (H.). Etude histologique des kystes dentaires. — M. LEVESCO. La cure radicale des sinusites frontales récidivantes par le procédé Sebileau. — M. DUFOURCQ-LAGELOUSE. Etude des lésions des sinus maxillaires dans l'ozène. — M. LEFÈVRE (Jean). L'adsorption en thérapeutique. Le charbon animal.

Jury : MM. Broca (Aug.), président; Couvelaire, Gosset et Heitz-Boyer. — M. ORNSTEIN (S.). Un cas d'auriculaire supplémentaire avec bifidité du Ve métacarpien. — M. RAITER. Deux cas de polydactylie. — Mme ARIS. Etude des fractures du bassin chez l'enfant. — Mme JOB. Etude clinique de la physiométrie pendant la partisation. — M. CORNUT (Jean). Etude sur l'accroissement pondéral du fœtus inutéro. — M. BLANCHE. La radiologie obstétricale. — M. RAHARIJOANA (J.). Etude du rôle de la clinique dans le diagnostic de l'ulcus duodénal.

Samedi 5 juillet. — Jury : MM. Ménétrier, président; Broca (André), Bezançon et Lian. — M. BERTHIER (G.). Etude du pouls artériel. — M. DELTON (G.). Etude de l'étiologie des syndromes de Paget. — M. DUPONT. Les tromboses leucémiques. — M. DOUTREBENTE (M.). Etude de la rupture du cœur et particulièrement de la symptomatologie. — M. PAVLOVITCH (D.). De la douleur lombaire chez les uté-

rines. — M. COUVREUX. La constriction pupillaire normale. — M. ROESER (J.). De la diathermie dans le traitement de la claudication intermittente.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ) (1)

2° **Cancer du côlon gauche.** — DÉBUT. — Peut être marqué par une CRISE D'OCCLUSION AIGUË, survenant brusquement, sans phase gastro-intestinale ni altération de l'état général, chez un sujet âgé.

Le plus souvent précédé par une très longue période de subocclusion, réalisée progressivement par la striction du cancer en ficelle : type de description : Ce stade est caractérisé par des douleurs et des troubles de la défécation :

1° **Constipation.** — Symptôme initial, capital, qui domine toute l'histoire des néoplasmes du côlon gauche. Aggravée chez les constipés habituels, signe révélateur chez les sujets ordinairement bien réglés, elle peut s'observer sous deux formes :

a. *Indolore*, sans retentissement général grave.

b. *Douloureuse.*

2° **La douleur** spontanée est, avec la constipation, le signe essentiel de ce cancer. Elle revêt diverses modalités :

1. *Localisée* à la fosse iliaque gauche, sourde, continue, augmentée par les secousses ou la pression.

2. *Propagée* suivant un trajet, toujours le même, parfois à tout l'abdomen ; apparaît par crises paroxystiques violentes, parfois syncopales, à type de coliques, de crampes, de torsion, de déchirement.

3. *Irradiée* vers les reins, le testicule, la cuisse.

4. Très souvent, *prédomine au niveau du cæcum*, en raison de la distension douloureuse par la stase gazeuse et stercorale ; réaction à distance, cause d'erreurs de localisation importante à connaître.

5. *Ténesme.* — Sensation de faux besoin extrêmement pénible, et non suivie d'effet.

ÉTAT. — **Période d'obstruction chronique.** — SIGNES FONCTIONNELS. — 1° *Crises douloureuses* souvent paroxystiques, caractéristiques : CRISE COLIQUE, crampe douloureuse, sensation de torsion qui débute en un point quelconque, puis se propage toujours vers le point : siège de la sténose, où elle cesse. Cette contracture est souvent visible (ondes péristaltiques soulevant la paroi abdominale), ou au moins palpable ; elle peut être sonore : gargouillement perçu au moment où cesse la crise.

2° *Selles.* — *a.* Diarrhée profuse, tantôt alternant avec les crises de constipation, tantôt incoercible. Résulte de l'irritation de la muqueuse intestinale ; constitue un trop plein « liquéfié, putréfié, irritant et toxique », mais laisse subsister la rétention stercorale.

b. Forme des matières (ovillées, rubanées), sans intérêt.

c. Eléments anormaux : sang, pus, mucosités, fragments de tumeur : d'un intérêt capital ; l'hémorragie intestinale, relativement fréquente, est tantôt très abondante (sang rouge), tantôt discrète.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Amaigrissement relativement tardif ; anémie, stercorémie.

SIGNES PHYSIQUES. — I. *Inspection.* — Météorisme exceptionnellement en cadre (signe de Laugier), souvent localisé au cæcum (signe de Bouveret). Péristaltisme.

II. *Palpation.* — Très difficile. Chercher à appliquer le côlon pelvien contre le plan résistant de la fosse iliaque gauche, en decubitus latéral droit, en position de Trendelenbourg. Révèle :

a. Douleur.

b. Tumeur dure bosselée irrégulière : éliminer les deux causes d'erreur : stercorome, contracture.

III. *Toucher rectal.* — Donne en général peu de renseignements.

IV. *Sigmoïdoscopie.* — Capitale. Montre la lésion :

a. Végétante : petits mamelons pressés les uns contre les autres, saignant très facilement ;

b. Ulcérovégétante : ulcération à fond gris sale, bourgeonnant, à bords irréguliers ;

c. Tumeur arrondie, régulière, presque lisse, dure, saignant peu : Sarcome (exceptionnel).

Permet d'apprécier : l'extension en largeur de la lésion, la mobilité (insufflation) ; l'état de la muqueuse voisine.

Permet enfin de prélever un fragment de la tumeur, afin d'en pratiquer l'examen histologique.

V. *Radiologie.* — Examen après lavement bismuthé montre : 1° ampoule rectale souvent atone, se laissant distendre plus que normalement ; 2° tantôt une sténose absolue, tantôt un défilé plus ou moins tortueux ; 3° une dilatation sus-stricturale.

TERMINAISON. — **Occlusion.** — Terme ultime, tantôt très précoce, tantôt après deux ou trois ans. Mécanisme variable : sténose cancéreuse proprement dite, corps étrangers, invagination. Présente le tableau habituel de l'occlusion, avec quelques particularités : vomissements tardifs ; météorisme abdominal prédominant souvent, parfois limité au cæcum.

Evolution habituelle de l'occlusion.

COMPLICATIONS. — Perforation. Fistule. Invagination.

1° **Perforation.** — Mécanisme variable : cancéreuse (épithélioma térébrant) ; inflammatoire, par adénopathie suppurée (rare) ; diastatique ; véritable éclatement de la paroi à distance.

Se fait : rarement dans la grande cavité péritonéale, le plus souvent au milieu d'adhérences : début rarement brutal, le plus souvent progressif.

Aboutit à un abcès : d'où septicémie, ouverture à la paroi ou dans un viscère creux voisin.

2° **Fistules.** — Le plus souvent sigmo-vésicales (intérêt de la cystoscopie dans tous les cancers du gros intestin) : cystite ; émission de gaz par l'urètre ; à la palpation sus-pubienne, tumeur fixée.

Beaucoup plus rares sont les fistules : sigmo-intestinales, sigmo-vaginales, sigmo-rectales.

3° **Invagination.** — Rare, s'observe cependant plus fréquemment au niveau de l'S iliaque qu'au niveau de tout autre segment intestinal.

Melæna, douleurs paroxystiques d'expulsion ; au toucher rectal, boudin d'invagination dont la tumeur constitue la tête.

4° **Métastases viscérales.** — Rares, très tardives, se font au niveau du foie. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 51, p. 859.

LIVRES NOUVEAUX

Les Polypes déformants et récidivants des fosses nasales (1), par le docteur BOSCHE (de Limoges).

C'est la première étude complète qui ait été faite de cette affection. L'auteur, tout en suivant l'ordre didactique, émet des idées nouvelles notamment sur la genèse de cette maladie. Il a particulièrement étudié la pathogénie des trois caractères cardinaux : polypes, récidive, déformation. Le chapitre du traitement est exposé en détails utiles au praticien.

S'appuyant sur les idées des maîtres de la laryngologie, ainsi qu'en témoigne une bibliographie complète, cet ouvrage n'en est pas moins original. Il est agrémenté de planches hors texte dues à l'obligeance de M. le professeur Sébileau et de M. le docteur Liébault. L. G.

(1) Un vol. in-8°. — Paris, 1924, Les presses universitaires de France, 49, boul. Saint-Michel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Faroy, Monier-Vinard, Capette, Bergeret, Brocq, Cerise, Touraine, qui acceptent; Bénard, Vignes, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — La première session pour la *deuxième épreuve* de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie aura lieu au mois de mars 1926.

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, la première épreuve aura lieu au mois de janvier 1925.

— Toulouse. — M. le docteur Riser est nommé, du 1er avril au 31 octobre 1924, chef des travaux de médecine légale, en remplacement de M. Sorel, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1924 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Un concours s'ouvrira le 6 novembre 1924 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Est rapporté l'arrêté du 13 mars 1924 fixant l'ouverture de ce concours au 16 septembre.

— Marseille. — Il est créé un emploi de chef de clinique d'hygiène et maladies de la première enfance.

— Reims. — Un concours s'ouvrira le 17 novembre 1924 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Emily, nouvellement promu, est maintenu directeur du Service de santé du corps d'armée colonial.

— M. le médecin inspecteur Iversenc, nouvellement promu, est maintenu directeur du Service de santé du 12e corps d'armée.

— (Armée active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Gauthier, Monéger, Gorse, Binet, Rambaud.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Grenier de Cardenal, Courvoisier, Louis, Comte, Massip, Prat, Vallat.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Collignon, Dellys, Belbeze, Charton, Pilod, Faure, Laurent, Martin, Jagues, Pouchet, Duchêne-Marullaz, Orticoni, Mulot, Donius, Contant.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lormeau, Escalier, Gruson, Gaillot, Crozes, Fournès, Pozzo di Borgo, Bergeaud, Castex, Peytraud, Migout, Luquet, Pradier, Fabre, Verdet, Jacquot, Dardy, Lacaze, Valade, Jeannoel, Georgel, Gelibert, Sourdois, Le Roch, Bailleul, Martin, Ribollet.

VACANCE DE DIRECTEUR DE BUREAU D'HYGIÈNE. — La place de directeur du bureau municipal d'hygiène de Bordeaux est déclarée vacante. Traitement : 18 000 francs. S'inscrire dans un délai de vingt jours, à partir du 2 juillet 1924, au ministère du Travail et de l'Hygiène, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publics, 6e bureau.

UN CHIRURGIEN JAPONAIS ENTRÉ DANS LES ORDRES. — Le docteur Vincent Bunkei Totsuka, chef d'un important service chirurgical à Sapporo, qui a publié dans le numéro 93 de la *Gazette des hôpitaux* (26 nov. 1921) une lettre du Japon intitulée : « La chirurgie actuelle au Japon », vient d'entrer dans le ministère sacré ; le 28 juin dernier, il a reçu à Saint-Sulpice l'ordination sacerdotale. En nous communiquant cette nouvelle, notre confrère le docteur J.-M. Le Goff nous apprend que le docteur Totsuka va rentrer au Japon pour exercer son apostolat catholique parmi ses compatriotes tout en pratiquant l'art chirurgical dans lequel il est passé maître.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Bouvier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Briffaut (de Gérardmer), Brindejonc (de Guérande) et Vigenaud (de Clermont-Ferrand).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

HERNIE. RELATION AVEC LE TRAVAIL

La jurisprudence a distingué, pendant longtemps, la hernie de force résultant d'un traumatisme et la hernie résultant d'un état morbide antérieur dû à des prédispositions physiologiques. Elle ne paraît plus faire cette différence, s'il est indiscutable que l'accident survenu est la cause de la hernie.

Le tribunal civil de la Seine, dans un jugement du 3 juin 1920, écarta l'application de la loi du 9 avril 1898 dans un cas où l'ouvrier était atteint d'une hernie de faiblesse. « Attendu, dit-il, qu'il résulte du rapport de l'expert que M... constitue le type de l'individu présentant un aspect anormal de tous les points de moindre résistance de l'abdomen, et qu'il a pu être atteint, même au cours d'un effort banal, d'une hernie que rien n'établit, en dehors des déclarations du blessé, que l'effort au cours duquel l'accident s'est produit, a été anormal. » Le tribunal, en présence des constatations de l'expert, estima qu'il y avait des présomptions graves, précises et concordantes pour que la hernie qui avait apparu, fût une hernie de faiblesse, ne donnant pas lieu à l'application de la loi sur les accidents du travail.

C'était l'ancienne jurisprudence.

La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 3 décembre 1923 réforma la décision des premiers juges et appliqua la loi du 9 avril 1898, en constatant que l'accident survenu était la cause de la hernie, quel qu'ait été l'état de l'accidenté antérieurement à l'accident.

« Considérant, dit-elle, qu'il résulte de l'enquête à laquelle a procédé le juge de paix du 11ᵉ arrondissement de Paris que le 9 juillet 1920, M..., en soulevant une caisse d'outils chez son patron, le Sʳ G..., a fait un violent effort, et que, immédiatement, il a senti un craquement dans l'aine et s'est trouvé mal ;

Que, à la suite dudit accident, une hernie inguinale droite s'est déclarée ;

Considérant que le docteur X..., médecin-expert commis par le tribunal et qui a examiné l'accidenté, a déclaré que M... était prédisposé à une hernie, à raison de la faiblesse des différents points de moindre résistance de l'abdomen, et que, par suite, une hernie pouvait se produire, même au cours d'un effort banal, et il a ajouté qu'*il était indiscutable que l'accident du 9 juillet 1920* était la cause de la hernie actuelle ; et il a évalué à 9 p. 100 la réduction de capacité ouvrière et fixé la date de la consolidation de la blessure au 9 août 1920. »

La Cour a, en conséquence, fixé le salaire de base et déterminé le montant de la rente due. Son arrêt complète la jurisprudence de la Cour de cassation qui tend à étendre l'application de la loi sur les accidents du travail.

Mais s'il n'est pas établi que l'accident ait causé la hernie d'une façon indiscutable, l'application de la loi de 1898 peut alors être écartée (voir Trib. civ. de Villefranche-sur-Saône, 13 nov. 1923, *Gaz. trib.*, 23 déc. 1923).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

LE IIIᵉ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

Après les Congrès de Bruxelles et de Rome où les Français reçurent un accueil inoubliable, voici que Paris se prépare à recevoir en 1925 les médecins militaires de trente-cinq puissances alliées ou amies.

C'est dans le sens le plus large qu'il faut comprendre le titre de médecins militaires. La plupart des médecins français ont appartenu à l'armée pendant la grande guerre. Ils ont éprouvé les difficultés de la lourde tâche qui leur incombait, ils ont réalisé des prodiges, mais ils sentent tout ce qui leur reste à faire pour se préparer à la nouvelle épreuve si elle venait à nous être imposée.

Ils sentent tous l'importance du travail en commun avec nos chers alliés et nos amis, aussi tous les médecins de l'active et des « réserves » ainsi que les médecins rayés des cadres tiendront-ils à participer au IIIᵉ Congrès international de médecine et de pharmacie militaires qui doit avoir lieu à Paris du 20 au 25 avril 1925.

Sous les plus hauts patronages, un Comité d'organisation a été constitué. Il comprend, sous la présidence du médecin inspecteur général Vincent, des représentants des services de santé de l'armée métropolitaine, de l'armée coloniale et de la marine, avec le médecin inspecteur Dopter, le médecin inspecteur général Emily, le médecin général Gastinel, le pharmacien inspecteur Gautier, etc., et un nombre égal d'officiers du Service de santé de complément ; les professeurs Hartmann, président de l'Association pour le développement des relations médicales entre les pays alliés ou amis, Achard, J.-L. Faure, Pierre Teissier, Nobécourt, Lejars, Walther, Hérissey, etc.

Un commissariat comprenant, au titre de l'armée active, le médecin principal Uzac et le médecin-major Vincent, du ministère de la guerre, et au titre des officiers de réserve, M. Auvray, secrétaire général du Congrès de chirurgie, et M. Pasteau, secrétaire général du Congrès d'urologie, a été particulièrement chargé de la préparation matérielle du Congrès. Dès maintenant, d'après les dispositions envisagées, cette réunion s'annonce comme devant être une manifestation grandiose où les médecins, pharmaciens, officiers d'administration, dentistes militaires du cadre actif et du cadre de complément qui constituent l'ensemble du Service de santé français se trouveront réunis pour recevoir dignement tous les représentants de toutes les nations alliées, associées et neutres.

RENSEIGNEMENTS

JEUNE DOCTEUR désire faire remplacement longue durée, libre de suite. Sérieuses références. — S'adr. au Journal.


TANNURGYL
DU DOCTEUR LETANNEUR
TANNURGYL
Réaction HÉMOCLASIQUE
à "EFFET PEPTONE"
réalisé par le VANADIUM
Par Voie digestive (Gouttes)
Hypodermique (Ampoules)
Mode d'Emploi :
15 gouttes
à chacun des deux repas
TANNURGYL
Atelier LORTAC
Produit réglementé : LABORATOIRE VIGAN
6, Rue de Laborde PARIS (8e) R. C. Seine, 15.638

REVUE GÉNÉRALE

PHYSIOLOGIE DES CÔLONS

Par MM. Léon ISÉMEIN et Robert POINSO,
Internes des hôpitaux de Marseille.

Nous entendons sous ce nom la physiologie du gros intestin, rectum excepté, et nous comprenons par conséquent dans cette étude :

1° Le cæcum et son annexe, l'appendice vermiculaire, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse, qui forment ce que les auteurs modernes appellent le côlon droit ou côlon proximal.

2° La moitié gauche du côlon transverse, le côlon descendant et le côlon ilio-pelvien : c'est le côlon gauche ou côlon distal des mêmes auteurs.

Elliott et Barclay Smith divisent le gros intestin en :

Côlon proximal : cæcum, côlon ascendant, moitié droite du transverse.

Côlon intermédiaire : moitié gauche du transverse.

Côlon distal : qui va de l'angle splénique au rectum.

Cette distinction s'appuie sur des recherches anatomiques comparées ; elle est surtout nette chez les herbivores ; or, on sait que le côlon humain se rapproche plus du côlon des herbivores que du côlon des carnivores.

Nous préférons néanmoins individualiser dès le début deux côlons : un droit et un gauche et nous nous appuyons sur des preuves :

1° *Embryologiques.* — Le tube colique primitif arrêté sous le foie s'évagine par sa portion droite pour donner le cæcum et le côlon ascendant.

2° *Anatomiques.* — Le côlon droit est fixe, sans mésos ; le côlon gauche est mobile (c'est l'anse gastro-colique des anatomistes) ; le côlon droit est court, volumineux, contourné sur lui-même, tandis que le gauche est long, rectiligne, relativement grêle.

3° *Physiologiques.* — Le côlon droit est la portion véritablement digestive du gros intestin ; elle est douée d'une motricité particulière ; tandis que le côlon gauche n'a pas de propriété digestive.

4° *Pathologiques.* — La stase stercorale droite s'accompagne de phénomènes généraux, de stercorémie ; tandis que la stase stercorale gauche est bien plus longtemps tolérée, et au point de vue thérapeutique, elle ne relève pas des mêmes traitements.

Evitant toutes les discussions morphologiques et pathologiques nous nous occuperons uniquement de la physiologie. Celle-ci est restée longtemps dans l'oubli ; les traités classiques lui accordent une importance minime et c'est seulement dans les travaux des radiologues et des chirurgiens contemporains que se trouvent éparses les notions relatives à ce sujet. De nombreux auteurs, français et étrangers, étudiant la stase intestinale chronique, ont été amenés à préciser des points de physiologie, à faire des expériences et des observations que nous aurons l'occasion de citer au cours de cette étude. Sorrel dans sa thèse, Lefebvre dans les *Archives franco-belges de chirurgie* (1923) développant les conclusions qu'il a consacrées à la physiologie du gros intestin dans son importante thèse, en ont fait les premiers une étude d'ensemble au point de vue chirurgical.

Division du sujet. — Le gros intestin, comme les autres portions du tube digestif, comprend au point de vue physiologique deux ordres de phénomènes : les uns moteurs, les autres digestifs. Après les avoir étudiés d'une manière générale, nous esquisserons la physiologie particulière des segments coliques. Enfin, nous montrerons le rôle du gros intestin.

Physiologie générale — I. Les phénomènes moteurs. — Ils se résument dans :

La traversée digestive.
Les mouvements.
Les excitants de la motricité.

A. La traversée digestive. — Les premiers moyens d'étude ont été le carmin et le charbon absorbés per os et retrouvés normalement vingt-quatre à trente heures après dans les matières (Mathieu et Roux). Mais cette méthode ne permettait pas de savoir la durée de la traversée du gros intestin. Aussi, la radiologie a-t-elle été d'un précieux secours.

Après repas bismuthé, la tête de colonne atteint le cæcum au bout de quatre heures ou quatre heures et demie ; l'angle hépatique en six heures et demie ou sept heures ; à la huitième ou dixième heure, la moitié du côlon transverse ou même celui-ci tout entier jusqu'à l'angle splénique ; entre dix et seize heures l'S iliaque ; entre dix-huit et vingt-quatre heures l'ampoule rectale est remplie ; pendant tout ce temps le côlon ascendant reste visible ; enfin, après quarante-huit heures, au plus tard, il n'y a plus trace de bismuth dans le côlon.

Ces chiffres sont une moyenne ; ils sont admis en France (Bensaude, Guéneaux entre autres) et en Allemagne (Klose, Stierlin). Les Anglais admettent les chiffres de Hertz qui ne diffèrent pas sensiblement (l'anse sigmoïde serait atteinte en douze heures au lieu de quatorze à seize heures).

En prenant des radiographies toutes les demi-heures, on a fait des constatations intéressantes ; les matières progressent du cæcum à l'angle hépatique d'une façon régulière, *les mêmes distances étant parcourues dans les mêmes temps.* L'angle colique droit dépassé, la tête de colonne opaque subit une accélération de vitesse très marquée, puisqu'en une demi-heure elle atteint l'angle gauche. A cet endroit, il y a un arrêt de une à deux heures pendant lequel le contenu intestinal subit de petits déplacements de va-et-vient. Puis, il se produit une nouvelle accélération jusqu'au début de l'S iliaque, avec un deuxième arrêt et de légers déplacements sur place. Dans la portion inférieure du descendant, et dans l'S iliaque, la progression ne se fait pas régulièrement ; les mouvements de recul alternent avec les poussées en avant. Ces dernières, prédominant, amènent lentement la colonne intestinale dans la partie pelvienne de l'S iliaque et dans le rectum où elle séjourne pendant des heures (Bensaude et Guénaux).

B. Les mouvements du gros intestin. — Ils furent observés d'abord par les sacrificateurs qui les considéraient comme un langage de la divinité ; mais leur étude, vraiment scientifique est récente :

Après la laparotomie qui avait pour but en rem-

plissant la cavité abdominale de solution saline chaude de provoquer des contractions intestinales, après la méthode graphique (ampoules compressibles reliées à un tambour enregistreur introduites dans le côlon sur le vivant ou sur des organes dans la solution de Ringer), on s'est adressé aux rayons X, qui sont actuellement la méthode de choix. On utilise la radiostéréoscopie, les radiographies en série, la cinématoradiographie ou bioradiographie; la radioscopie ne donne pas de précisions suffisantes. Le bismuth est ingéré par la bouche ou donné en lavements : Cette dernière méthode est antiphysiologique ; c'est *une caricature de la réalité*, a dit de Quervain. Certains dénigrent la radiologie. Qu'ils méditent cette phrase de Béclère et Mériel à propos de la radiologie gastro-intestinale : « Les rayons de Röntgen ne trompent jamais ; c'est nous qui nous trompons en leur demandant plus qu'ils ne peuvent donner ou en interprétant mal leur langage. »

Etudiés d'abord par Holzknecht qui admettait leur production par ondes, fort peu nombreuses (deux à trois par vingt-quatre heures), les méthodes radiologiques que nous avons citées ont montré la continuité des contractions coliques. Ce n'est pas leur seul avantage, puisque c'est grâce à elles qu'on a établi une classification des mouvements du gros intestin.

Il y a des mouvements destinés à assurer le cheminement des matières : ce sont les *mouvements dits péristaltiques* (πέρι, autour, στελλειν, serrer) que l'on rencontre sur toute l'étendue du gros intestin, avec prédominance sur le côlon gauche, et des mouvements qui ont pour but une segmentation plus marquée du contenu intestinal et, partant, sa plus grande utilisation : ce sont les mouvements *antipéristaltiques*, de *brassage*, de *segmentation* et les mouvements *pendulaires* plus propres au côlon droit (ces derniers exceptés).

1. *Mouvements de progression ou péristaltiques.* — Lefebvre distingue des mouvements ordinaires et des mouvements de masse.

Mouvements ordinaires. — Ce sont les *petits mouvements péristaltiques*; ils sont continus, très lents (la cinématoradiographie les perçoit difficilement). Ils ne diffèrent en rien des autres mouvements péristaltiques.

Mouvements de masse. — Ce sont les *grands mouvements péristaltiques* (Holzknecht, 1909). Rapides, *véritables bonds durant dix secondes* (Lefebvre), très espacés (deux à trois fois en vingt-quatre heures pour Holzknecht, plus probablement sept à huit fois), ils doivent être considérés comme exceptionnels et n'apparaîtraient qu'au cours de la défécation ou dans certains états pathologiques (colites). Mais, pour Case, ils joueraient le principal rôle dans la progression des matières.

2. *Mouvements de brassage.* — Ceux-ci se divisent en :

a. *Mouvements antipéristaltiques (anastalsis de Cannon, mouvements rétrogrades du côlon* de certains auteurs) : Ils furent découverts, accidentellement par Jacobi, en 1890, chez un chien intoxiqué par le colchique ; *dans une première phase*, ils furent niés par Braam, Houckgeest, Nothnagel, qui firent les expériences suivantes : un côlon plongé dans de l'eau salée tiède et excité ne dessine aucun mouvement antipéristaltique ; pour Nothnagel, des excitants violents, par conséquent, non physiologiques, comme le contact d'un sel de sodium sur la face externe de l'intestin ou l'introduction de solutions salines concentrées dans le rectum, peuvent seuls les réaliser. *Dans une deuxième phase*, on admet leur existence, au moins chez les animaux. Cannon, d'abord, puis Elliott et Barclay Smith, chez le chat, observent ces mouvements sur le côlon proximal seul; ils naissent d'un *anneau de constriction tonique* (Cannon), situé au milieu du transverse, et progressent rythmiquement en un mouvement onduleux vers le cæcum ; de telle sorte que le contenu intestinal comme enfermé dans un sac, est mélangé, brassé, par ces contractions. C'est lorsque la masse accumulée est en quantité suffisante qu'une contraction péristaltique la chasse plus loin.

Chez l'homme les avis sont partagés. Niés par les uns, ils sont admis par Cannon, Klose, Stierlin et Bloch.

Klose, pour les démontrer, se base sur les constatations suivantes :

1° Le bismuth reste très longtemps visible dans le cæco-ascendant.

2° L'infusion de séné qui arrête l'antipéristaltisme chez le chat (d'après Magnus) supprime chez l'homme la stase physiologique du bismuth dans le cæco-ascendant.

3° Le cæcum, au moment de son remplissage, semble descendre, même lorsque le patient est couché.

4° Par les fistules d'appendicostomie sortent fréquemment des gaz et des matières.

5° Après exclusion du gros intestin (iléo-sigmoïdostomie par exemple), il se produit un reflux de matières dans le cæcum qui « se gonfle comme un ballon ».

Cannon a observé chez l'homme l'anneau de constriction tonique qu'il avait décrit chez le chat. Il commence à battre dès qu'il est distendu, par la dilatation du côlon par exemple. De chaque pulsation naît une onde antipéristaltique. Il y en aurait cinq par minute pendant quatre ou cinq minutes. Ces mouvements amèneraient une pression croissante du chyme repoussé contre le fond cæcal par l'onde suivante « qui s'avance comme une baratte » (Cannon).

Bœhm décrit comme normal chez l'homme un rétrécissement siégeant au niveau du nœud de Cannon.

Tous ces faits nous portent à croire que les mouvements antipéristaltiques existent chez l'homme, et seulement sur le côlon droit, pour la plupart des auteurs.

Case dit les avoir vus dans le côlon distal; il semble que dans ces cas il faille incriminer les néoplasies sigmoïdiennes ou les tumeurs pelviennes dont ces malades étaient affligés, qui réalisaient une sorte d'anneau de constriction.

Si elles sont exagérées, les contractions antipéristaltiques sont un indice d'obstruction intestinale.

b. *Mouvements pendulaires de Rieder (oscillatoires de Elliott et Cannon, rythmiques de va-et-vient de Block, Bergmann et Lenz, de brassage de Schwartz).* — Ce sont des mouvements lents, par lesquels un segment d'intestin est porté alternativement à droite et à gauche, sans modification appréciable de son calibre. Pour les uns (Sorrel), ils sont dus à la contraction des seules fibres longitudinales; pour Klose, ils sont constitués par deux mouvements combinés : contractions et plissement rythmique de la muscu-

laire longitudinale, contractions et relâchement de la musculaire circulaire. Ces mouvements seraient pour lui les plus importants et amèneraient un meilleur brassage du contenu intestinal. Ils sont plus marqués au niveau des segments à long méso (côlon transverse et anse oméga) et atteignent leur maximum dans les cæcums mobiles.

c. *Mouvements de segmentation ou de pétrissage.* — Comme leur nom l'indique, ils divisent l'intestin en petits segments et assurent ainsi un contact plus long et plus intime du contenu intestinal avec la paroi. Ils s'observent surtout dans le côlon droit, où les matières sont fluides. Serena les divise en trois groupes : petits mouvements pendulaires, petits mouvements de dislocation et mouvements amiboïdes, division assez subtile de ces mouvements déjà si peu connus !

Tous ces mouvements de progression et de brassage, ont été l'objet d'études, tant sur l'homme que sur les animaux. Bergmann et Lenz ont retrouvé les mouvements péristaltiques, antipéristaltiques et pendulaires chez l'homme; ils ont publié deux radiographies particulièrement saisissantes à cet égard (*Th. de* Sorrel).

C. La cause des mouvements. Les excitants de la motricité. — Les causes des mouvements du gros intestin sont variées. Elles sont d'ordre général (motricité en général) et d'ordre local (causes du péristaltisme, de l'antipéristaltisme).

1. *Causes d'ordre général.* — C'est surtout la *distension du gros intestin par son contenu* (gaz et matières). Celui-ci agit par sa masse, provoque les contractions qui doivent l'évacuer. Qu'il nous suffise de citer, comme exemple, le rôle des aliments végétaux, à nombreux déchets, dans le traitement de la constipation. Le rôle de la distension, s'il est nettement prouvé, est encore peu connu (on l'admet comme on admet les mêmes causes pour la vessie et le rectum).

A côté de cet élément de premier chef, citons des facteurs secondaires tels que :

L'action de la pepsine (Lœper et Baümann). — Ces auteurs après injection de pepsine, chez le chien, ont remarqué une exagération du péristaltisme intestinal avec diarrhée; chez l'homme les mêmes phénomènes se produisent avec un maximum d'action sur le côlon droit; le cæcum se vide plus vite, les incisures sont plus marquées sur la moitié droite du transverse. La pepsine semble agir par le vague. On sait que ce ferment se trouve dans ce nerf, au moment de la digestion; d'autre part, après vagotomie, la pepsine n'agit plus.

Le rôle du potassium. — Ce métal exagère la motricité du gros intestin sur un côlon de lapine, isolé et vivant. Le calcium a, au contraire, une action inhibitrice.

Le rôle de la bile humaine. — Non seulement elle ne renforce pas les mouvements, comme on le croyait, mais elle les inhibe (expériences de Boulet).

L'existence de contractions réflexes du gros intestin par excitation de l'estomac (Lebon et Aubourg). — La réplétion de l'estomac par les aliments détermine d'une façon certaine des mouvements du côlon, soit par excitation de la muqueuse gastrique (hormone?), soit par des anneaux musculaires partant du grêle et se propageant. *Au point de vue humoral*, on sait que le duodénum contient, avec la sécrétine, la *motiline* (Hallion) ou l'*hormone péristaltique* (Zuelzer), qui excite le péristaltisme intestinal. *Quant à l'action musculaire*, citons les expériences suivantes : Dubus endort des chiens, introduit un ballon dans le cæcum et le côlon ascendant. Il excite électriquement l'estomac et constate des réactions motrices du côlon. Mais on peut objecter que tous ces préparatifs, faussent les résultats. Aussi la radiologie vient, à point nommé, nous fournir ses éléments de précision. L'estomac constitue incontestablement une source de « *zones génératrices des contractions coliques* ». La simple introduction et les mouvements de la sonde dans l'estomac ont montré à Lœper des contractions coliques. Il semble y avoir donc un vrai *réflexe gastro-colique.*

C'est de la même manière qu'agissent la quassia, la strychnine, lorsqu'elles déterminent des mouvements du côlon, de même le café et la caféine. La radioscopie a permis de constater la durée et la nature de ces contractions.

Enfin, citons des éléments adjuvants de la motricité : la *pression abdominale* (massage du côlon en particulier), et la *vis a tergo*, dont le rôle est important. Les *purgatifs drastiques* agissent directement sur la musculature intestinale.

Ce faisceau de causes générales n'aurait pas de raison d'être, si nous ne mettions en évidence le rôle du *système nerveux*, qui est par excellence l'excitant moteur de l'organisme.

Encore inconnus il y a quelques années, puis schématiquement fixés, les nerfs moteurs des côlons ont trouvé dans les théories sympathiques un regain d'actualité.

Avant celles-ci, on distinguait :

L'innervation du côlon proximal par le pneumogastrique. — Lebon et Aubourg en 1911 excitent le vague et voient apparaître des contractions du côlon ascendant; Boehm, chez le chat et le lapin, montre des contractions du premier tiers du côlon droit; en même temps se dessinent des mouvements antipéristaltiques, cet anneau de contraction et les mouvements antipéristaltiques contribuent à retenir dans le côlon droit les résidus alimentaires en assurant une digestion plus complète.

L'innervation du côlon distal par le nerf pelvien (III et IV sacrée). — Son excitation électrique provoque la contraction des fibres musculaires et longitudinales du côlon distal (Elliott et Smith); aucun mouvement du cæco-ascendant.

Depuis, à la suite des travaux des auteurs anglais, Guillaume schématise ainsi l'innervation colique :

Le *sympathique* innerve les sphincters (cæcal, mésocæcal, rectaux).

Le *parasympathique* innerve la musculature intestinale : ici c'est le parasympathique pelvien, le *nerf érecteur ou érigens d'Eckardt*, à qui est dévolue toute l'innervation motrice du gros intestin, les sphincters exceptés. Il continue l'action du parasympathique cranial (contenu dans le tronc du vague) qui innerve la musculature du grêle. Ce n'est pas tout. De même que le cœur, le côlon aurait des amas nodaux de fibres neuro-musculaires, tissu mal différencié, à caractère embryonnaire : ce sont les « cœurs abdominaux » de Barclay. De ces amas naîtraient les ondes motrices; or le plus important parmi eux serait le nœud de Cannon, au milieu du côlon transverse (Keith).

Ainsi, l'on voit le chemin parcouru..... jusqu'au jour où de nouveaux faits viendront nous démontrer la faiblesse de nos connaissances.

2. *Causes d'ordre local.* — *Mouvements péristaltiques* : ce sont les plus communs des mouvements du côlon. Aussi pouvons-nous leur appliquer ce que nous avons dit des mouvements en général. Certains auteurs les considèrent comme dus à des variations brusques du tonus intestinal : il y aurait un relâchement du segment distal tandis que se produirait une contraction hypertonique du segment proximal. C'est en somme la *loi de l'intestin* de Bayliss et Starling, loi générale applicable à tous les segments du tube digestif depuis le pylore. La cause de ces variations de tonus a été tour à tour cherchée dans la distension des parois et dans une action chimique (voir plus haut).

Mouvements antipéristaltiques : leur cause est mal connue. On a proposé les explications suivantes :

a. Il se produirait un relâchement des tuniques intestinales après la contraction péristaltique, et la *pesanteur* agirait de l'angle hépatique vers le cæcum, occasionnant ainsi un retour des matières; c'est l'hypothèse la plus ancienne.

b. Ce serait un réflexe comparable à celui qu'on observe dans la sténose de l'œsophage où les ondes péristaltiques dirigées vers le cardia produisent par contre-coup un reflux des aliments vers la bouche.

Ces explications ont été critiquées et même annihilées. Mais on n'a pas encore esquissé de théorie pour les remplacer.

Les autres mouvements, encore peu connus dans leur existence, ne le sont pas du tout dans leurs causes.

II. **Les phénomènes digestifs.** — Si les phénomènes moteurs sont, on l'a vu, assez bien connus, il n'en est plus de même des phénomènes digestifs.

La première opinion, la plus ancienne, refuse au côlon un rôle quelconque dans la digestion des aliments. Elle s'appuie sur l'absence de ferments propres dans cette partie du tube digestif et sur les caractères histologiques de la muqueuse colique, dépourvue de cellules de Paneth, qui on le sait, sont l'origine des diastases digestives. Les chirurgiens s'emparant de cette idée ont pratiqué sans hésiter un certain nombre de colectomies totales, puisque le côlon était un organe inutile.

Mais on n'a pas tardé à remarquer que ces opérations entraînaient des troubles généraux graves. Des physiologistes ont montré l'existence de ferments; des histologistes (Kostitch), chez le hérisson, il est vrai, ont retrouvé des cellules de Paneth. Aussi s'est fait jour une deuxième hypothèse : le côlon n'est pas privé de toute fonction digestive; il a son utilité dans l'organisme. C'est ce point que nous allons essayer de développer.

Nous diviserons ce chapitre en :

1. L'absorption de l'eau;
2. La digestion et l'absorption des matières nutritives;
3. Les ferments microbiens;
4. Les résidus digestifs : les fèces coliques.

1. **L'absorption de l'eau.** — Mar-Fayden, Henneki, Siber, ont étudié le débit des fistules cæcales chez l'homme. D'après eux, il arriverait 500 centimètres cubes d'eau dans le gros intestin; or l'eau rejetée dans les fèces ne dépasse pas 100 centimètres cubes; il y a donc une résorption quotidienne de 400 centimètres cubes. Celle-ci se produit, avec une alimentation mixte; elle serait moindre avec une alimentation carnée.

Hertz sur 300 grammes de chyme arrivant dans le cæcum n'en retrouve que 135 dans les fèces. La proportion d'eau s'abaisse de 90 p. 100 (contenu de la fin du grêle) à 75 p. 100 dans les fèces.

Pour Croves et Hall, le côlon absorbe 10 à 20 p. 100 d'eau, mais cela surtout au niveau du rectum et du côlon pelvien.

Maestrini observe une diminution graduelle de l'eau du cæcum au rectum (chez le bœuf).

Mummery signale également la résorption aqueuse.

Pour tous les auteurs, sauf Croves et Hall, cette résorption est surtout active au niveau du côlon droit. Elle a pour but de rendre le chyme pâteux : « le cæcum épaissit le chyme » (Klose). La palpation du cæco-côlon ascendant, cinq à six heures après les repas, donne la sensation d'un contenu pâteux avec clapotement (Hertz).

Comme on vient de le voir, le rôle d'absorption de l'eau est très important : « c'est par l'intestin grêle que s'apaise la faim, mais c'est par le côlon droit que s'apaise la soif » a dit Cadenat.

Parfois, elle s'exagère et peut entraîner de la constipation. C'est le *côlon vorace* des Anglais (Greedy Côlon).

2. **La digestion et l'absorption des matières nutritives.** — a. *Digestion.* — Malgré toutes les expériences de ces dernières années, l'accord n'est pas encore fait, le *débat est ouvert,* comme l'a dit Lefebvre.

Pour Czerny et Laütschenberger un côlon entier d'homme, ne résorbe que 6 grammes d'albumine en vingt-quatre heures; Heile étudiant des chiens porteurs de fistules cæcales et un homme à anus contre nature du côlon vit que le gros intestin ne résorbait pas l'albumine d'œuf non modifié et n'absorbait les sucres que d'une façon insuffisante.

Pour Hamburger, le gros intestin résorbe les acides gras. Telles étaient les seules conclusions positives au sujet du rôle digestif des côlons avant ces dernières années.

Maestrini, dans divers articles, a exposé de nombreuses analyses et expériences qu'il a faites sur les animaux. Il a pu ainsi assurer à peu près l'existence des ferments digestifs dans le gros intestin. Il y avait deux opinions en présence : pour les uns le cæco-ascendant avait des propriétés digestives très importantes (protéolyse, lipolyse, inversion de la saccharose); pour les autres, s'effectuait seulement la scission du sucre commun en glycose. Cette divergence provenait de la difficulté à faire des expériences rigoureuses sur le vivant. Maestrini a effectué cinq séries d'expériences pour se faire une idée personnelle.

Dans une *première série,* il mit par laparotomie des sachets de gaze contenant la substance à examiner, exactement dosée, dans la lumière du côlon ascendant; il les retrouve dans les fèces et dose à nouveau la substance; celle-ci fut d'abord de la fibrine ou de la glutine du sang, car, Maestrini cherchait un ferment protéolytique (chiens, chats, lapins).

Dans une *deuxième série* d'expériences plus précises, il fixe les sachets de gaze dans la paroi du gros intestin (côlon ascendant, côlon transverse, et côlon descendant).

Il a constaté, dans les deux cas, une diminution de poids, très importante, de fibrine ou de glutine

dans la première partie du gros intestin; cette diminution était minime dans le segment distal. Donc, il y avait des substances hydrolysantes dans la première portion.

Mais, ces ferments, n'étaient-ils pas bactériens? Pour répondre à cette objection, Maestrini a inauguré une *troisième méthode* : il fit séjourner les mêmes sachets dans des anses coliques privées de fèces et rendues aussi stériles que possible; il isola une anse de la même manière que Thiry et Vella pour l'intestin grêle. Il fit les observations suivantes : la première partie du gros intestin digère, la deuxième très peu. Cependant, on ne peut supprimer complètement l'action microbienne. C'est ce qui a décidé Maestrini à instituer une *quatrième série* d'expériences; il recueillit par une fistule de Thiry du suc colique et opéra avec lui des digestions in vitro. Pour le recueillir en abondance, il faut donner à l'animal une alimentatiun carnée, et injecter in situ un mélange de bile et d'acide oléique. L'opération porta sur quatre chiens et sur des brebis : on trouva dans le côlon proximal de l'*érepsine* (nettement démontrée), de la *lipase* (absente chez la brebis), de l'*amylase* et de l'*invertine*. Ces ferments sont absents dans le côlon distal. Les *dernières expérimentations* furent faites avec des extraits de muqueuse.

La quatrième et la cinquième série permettent ainsi d'éliminer l'action des ferments digestifs provenant du grêle, et celle des ferments microbiens.

Nous pourrons conclure avec le physiologiste italien que :

1° Le côlon proximal a des propriétés digestives, différentes des autres portions coliques.

2° Dans le côlon proximal, il n'y a pas de ferments protéolytiques analogues à la trypsine ou à la pepsine.

3° Mais il en existe un dans la sécrétion du côlon proximal, chez le chien qui, outre la fibrine du sang hydrolyse peut être la glutine (ou fibrine végétale) et dans l'infusion de muqueuse chez la brebis : *c'est l'érepsine*.

4° Il y a de la lipase dans le côlon du chien (absente chez la brebis).

5° La première portion du côlon a le pouvoir de dédoubler l'amidon.

6° Le côlon distal ne contient aucun de ces ferments.

7° L'invertine, au contraire, est présente dans chacune des portions coliques.

Ces conclusions sont communes aux expériences pratiquées chez le chien et la brebis.

b. *Absorption.* — L'assimilation par le gros intestin a été niée par Gley, Croves et Hall. Son rôle a été démontré par Hertz, Carnot et Boudouy, par Delbet et par Maestrini. Cette absorption est prouvée au moins par deux faits très connus : les lavements nutritifs; la présence dans l'urine d'urobiline et de sels d'acides sulfo-conjugués qui proviennent des fermentations coliques. Réservant l'étude de Carnot et Boudouy pour ce qui a trait à la physiologie du cæcum, nous donnerons ici les analyses qu'a faites Maestrini sur l'intestin du bœuf.

Il a pratiqué des anus artificiels en différents points du côlon chez le lapin, et il a constaté :

1° Que la plus grande quantité d'*azote total* se trouve dans le contenu de la première portion colique, et qu'elle va ensuite en diminuant jusque vers la moitié du côlon transverse; à partir de là, jusqu'au rectum, la quantité de l'azote est constante.

2° Que l'*azote soluble* est à son maximum dans le côlon ascendant, puis diminue.

3° Que le *résidu non digéré* va en augmentant beaucoup jusqu'au côlon transverse et que de là au rectum l'augmentation est très légère.

4° Que *le maximum des cendres* se trouve chez le bœuf dans le contenu du côlon ascendant et qu'elles diminuent ensuite jusqu'au rectum; chez la brebis, il y a une légère augmentation vers le rectum.

5° Que les *graisses* subissent une énorme diminution, depuis le commencement du côlon jusqu'au transverse, et que de là au rectum elles varient peu.

Donc, seul le côlon proximal absorbe; le côlon terminal n'a aucun rôle dans la division ou l'absorption des substances digestives. D'autre part, les graisses qu'on croyait inchangées dans leur traversée colique, sont, en réalité, absorbées, peut être même digérées.

Quant à l'azote on sait qu'une grande partie provient de la sécrétion propre du gros intestin; mais cette partie reste constante dans tous les segments du côlon ascendant.

On voit donc à la lumière de toutes ces expériences que *le gros intestin n'est pas la fosse d'aisance de l'intestin*, « Cespool of the System », comme le disait le pittoresque Lane.

3. **Les ferments microbiens.** — L'action des microbes dans la digestion colique n'est pas négligeable; on est obligé de lui faire une large part. Ces microbes sont : Bactérium coli commune, bacillus putrificus coli, bacillus coprogenes parvus, bacillus butyricus, amylobacter, un grand nombre de sarcines, de levures, de champignons, etc. Les uns sont iodophiles (bactéries et clostridies), ce qui est en rapport avec la digestion de l'amidon et de la cellulose (Goiffon); les autres sont non-iodophiles : ces derniers sont les hôtes du côlon gauche; les premiers appartiennent au côlon droit.

On a émis l'hypothèse que les microbes intestinaux sont un auxiliaire puissant des sucs digestifs. Ils sécrètent des diastases absolument semblables. Mais ils ne sont pas nécessaires à la digestion (animaux nouveau-nés extraits de l'utérus maternel par césarienne et élevés, le tout aseptiquement : leur croissance est normale, bien que leur intestin soit dépourvu de microbes). L'expérimentation a montré que les microbes sont bien plus « des consommateurs des produits de la digestion physiologique que des producteurs de ces produits » (Arthus). Ce ne sont pas des auxiliaires, ce sont des parasites et ils sont « coûteux » parce qu'ils doivent décomposer beaucoup de matières pour se procurer de l'énergie; ce sont *des ennemis dangereux*, car ils libèrent un certain nombre de poisons dont les uns sont éliminés par les fèces et dont les autres sont absorbés et pénètrent dans le sang; mais l'organisme neutralise ces derniers et les élimine rapidement (acides phénylsulfurique, indoxylsulfurique, hippurique).

Quels sont ces poisons? Ils résultent de la fermentation des matières albuminoïdes; les uns appartiennent à *la série aromatique* (indol, scatol, tyrosine, parakrésol et phénol), les autres à la *série grasse* (acides aminés, acides gras, méthyl-mercaptan), les derniers, enfin, sont des *alcaloïdes* et des *ptomaïnes*.

De cette action sur les albuminoïdes, résulte aussi la production de *gaz*; ce sont : l'azote (des nitrites,

des ferments albuminoïdes), le gaz carbonique (qui provient des albuminoïdes, des hydrates de carbone), l'hydrogène (fermentation des hydrates de carbone), l'hydrogène sulfuré (qui provient de la putréfaction des matières albuminoïdes), enfin, le méthane ou gaz des marais (fermentation de la cellulose, des légumes secs). Il n'y a pas d'oxygène dans le gros intestin, tandis qu'il y en a des traces dans le grêle ; ceci nous explique l'anaérobiose des microbes coliques.

Nous n'avons pas parlé de la cellulose qui est cependant la seule substance qui fermente sous l'influence unique des microbes : c'est qu'en réalité la cellulose caractérise la digestion cæcale, nous aurons l'occasion d'y revenir.

4. **Les résidus digestifs, les fèces coliques.** — *D'une manière générale,* le contenu du gros intestin comprend :

1° De la *bile* : elle est décomposée très probablement par l'action réductrice des microbes en ses divers éléments. Les uns, tels que les sels sont réabsorbés en partie dans l'intestin (circulation entéro-hépatique de Schiff) ; les autres sont rejetés dans les fèces (pigments). Les produits d'hydrolyse de la bilirubine sont : la biliverdine, le stercobilinogène, et la stercobiline. Seule, cette dernière doit se trouver normalement dans les fèces et si on rencontre les autres pigments on peut en déduire qu'il y a accélération du transit.

2° *Les produits de la putréfaction bactérienne* (voir plus haut).

3° *Des substances respectées par les sucs digestifs* (tissu corné).

4° *Des portions alimentaires ayant échappé à la digestion* (en quantité infime chez l'homme sain).

5° Des *sels*, des *débris épithéliaux*, des *microbes*.

Il y a un nombre considérable de matières organiques non dosées qui ont échappé jusqu'ici à toute détermination.

Les fèces sont colorées par la stercobiline ; leur odeur est due à des produits de putréfaction non encore isolés et non à l'indol ou au scatol qui, purs, n'ont pas d'odeur (Gley).

En particulier, le contenu du gros intestin varie suivant qu'on l'examine à droite ou à gauche.

1° *Dans le côlon droit*, il y a un travail chimique, la digestion se continue, il existe une flore microbienne abondante ; l'aspect des fèces est liquide et pâteux. On y trouve, chez un individu au régime alimentaire mixte, de l'amidon, des hydrates de carbone, des fibres musculaires fortement attaquées, d'ailleurs, des globules de graisses constitués surtout par des acides gras, des bactéries et clostridies iodophiles en grande quantité. Enfin, la réaction est acide, l'odeur butyrique (tout ceci est surtout vrai pour le cæco-ascendant).

2° *Au delà du côlon droit, le travail chimique cesse* (Duval et J.-Ch. Roux). Les selles sont solides, déshydratées ; il n'y a plus d'amidon, plus de globules gras ; on trouve quelques rares fibres musculaires ; les microbes, non iodophiles, sont moins nombreux ; les clostridies iodophiles sont rares. Les bactéries éliminées en grande quantité sont presque toutes mortes.

La réaction est neutre ou alcaline, l'odeur est « fécale ».

On comprend que la constipation du côlon droit soit particulièrement nocive et retentisse sur l'état général (accidents toxiques dus à la résorption par une muqueuse altérée).

Nous avons vu les phénomènes digestifs qui se passent dans le gros intestin. Pour en finir avec eux, il nous reste à dire un mot :

1° De l'*élimination de certaines substances* par la muqueuse colique ; ces substances sont *organiques*, normales (sels de chaux, magnésie, manganèse, fer, dont l'élimination est plus active que dans le grêle, sauf pour le fer), ou *médicamenteuses*, anormales (l'ésérine par exemple, Carles, Blanc et Leuret).

2° *De l'innervation sécrétoire.* — Démontrée, ou à peu près, pour le grêle, qui reçoit ses nerfs sécréteurs du vague (Savitch et Sochestvensky), l'innervation sécrétoire du côlon ne l'est pas du tout. Etant donné le rôle très restreint de ce viscère dans l'acte digestif, on comprend très bien qu'on ait négligé jusqu'ici cette partie du problème. Il est probable que c'est le *vague* qui influence la faible sécrétion colique.

Physiologie segmentaire. — Nous avons, dès le début de cette étude, divisé les côlons en deux parties bien distinctes. Nous aurions pu, d'une manière schématique, décrire la physiologie du côlon droit et la physiologie du côlon gauche. Nous ne l'avons pas fait, certains points nécessitant une description d'ensemble. Mais on reconnaîtra que la distinction entre côlon droit et côlon gauche est palpable dans tous les chapitres. Aussi, maintenant que nous avons fixé les propriétés générales des côlons, nous pouvons aborder celles qui sont plus particulières aux divers segments du gros intestin :

1. La valvule iléo-cæcale ;
2. Le cæcum ;
3. L'appendice cæcal ;
4. Le côlon droit et le côlon gauche : résumé synthétique.

1. **La valvule iléo-cæcale** est encore appelée valvule de Bauhin. Au risque de sortir de notre sujet, nous ferons remarquer qu'elle a été découverte par Varole. Bauhin, anatomiste allemand, s'est approprié cette découverte, véritable *piraterie scientifique*, suivant la forte expression de Sappey.

Sa physiologie nous intéresse, puisqu'elle règle l'entrée des matières dans le cæcum et en empêche le reflux dans le grêle.

Pour les classiques, les solides ne refluent pas, mais les liquides refluent dans 45 p. 100 des cas, et les gaz dans 72 p. 100.

Grützner a observé que de fines particules solides en suspension dans de l'eau salée pouvaient remonter du rectum dans le grêle.

Pour Cannon, toute substance liquide ou demi-liquide introduite par le rectum remonte jusqu'au cæcum par les mouvements antipéristaltiques, et pénètre dans la partie inférieure de l'iléon (expériences sur des animaux, 1906). Quant aux solides, la valve en prévient le reflux, et le grêle envoie son contenu dans le cæcum par un mouvement réglé analogue à celui du pylore.

Stierlin, Holzknecht, Bergmann et Lenz, Klose, Case, Hertz et Lohfeldt ont, au contraire, admis qu'à l'état normal il n'y a pas de reflux chez l'homme. La valvule forme une barrière infranchissable, quand le cæcum et l'iléon sont en position normale l'un par rapport à l'autre. En cas de cæcum mobile, où les

deux viscères forment un angle aigu, il y a insuffisance valvulaire et rétrocession du chyme dans le grêle. Ces auteurs sont d'accord avec Bauhin, Tulpius, Riolan et Sappey, pour lesquels aucun reflux ne se produit.

Debierre a fait remarquer qu'il n'y a pas de reflux avec des valves d'égale longueur ou avec une valve inférieure plus grande que la supérieure; il y en a, au contraire, si la supérieure dépasse l'inférieure (ce qui est normal pour Lefebvre).

Ces variations d'opinions proviennent de ce que les auteurs ont expérimenté sur des cadavres à valvule inerte. Or nous devons envisager une valvule vivante, douée de tonicité. Keith pense à la possibilité d'un sphincter, vu l'épaississement des fibres musculaires transversales, sphincter prouvé par Elliott en 1904, qui est maintenu en contraction tonique par les nerfs splanchniques; si on sectionne ces derniers, il y a un relâchement du sphincter et reflux dans le grêle. Leur excitation amène sa contraction avec arrêt de tous les mouvements. Ce sphincter ne réagit pas quand le péritoine voisin est malade ou quand le cæcum est très dilaté, « exactement de la même façon que la valvule auriculo-ventriculaire devient impuissante et laisse régurgiter le sang dans les cas de dilatation de l'un ou l'autre ventricule du cœur » (Hertz). Pour Case, l'insuffisance est due à la « distension latérale et longitudinale du cæcum qui ouvre mécaniquement les bords de la valve ».

C'est la radiologie qui a permis ces travaux. *Nous pouvons conclure, d'après la majorité des auteurs* :

1. La valvule retient les aliments dont la digestion n'est pas achevée;
2. Elle laisse passer le contenu intestinal lorsque le grêle a terminé son action digestive;
3. Elle empêche la régurgitation (tout au moins pour les solides).

Comme l'a dit Delbet, la *valvule de Bauhin existe.*

2. **Le cæcum.** — C'est la partie la plus importante au point de vue digestif. Elle a été considérée comme un deuxième estomac (Gérard lui décrit des courbures et des tubérosités); on sait que, chez les rongeurs, le cæcum est la poche digestive principale. Chez l'homme, il ne faut pas se hâter de conclure de la même manière; mais il n'en est pas moins vrai que le cæcum a un rôle dans la digestion.

Hertz, sur des porteurs de fistule cæcale, a vu disparaître des fèces du sucre, des graisses et des albumines coagulables; et leur absorption se fait dans le cæcum, *organe qui refait la digestion* (Klose).

Allbu a montré que c'était le lieu de digestion de la cellulose (Bacillus Amylobacter).

Carnot et Bondouy ont fait une remarquable analyse de la digestion au niveau du cæcum. Ils ont pratiqué des anus cæcaux, dont l'écoulement continu de matières à demi liquides (50 grammes par heure), de couleur jaune-brun, d'aspect diarrhéique, a permis un certain nombre de recherches :

a. *Passage et transformation des divers aliments.* — Les hydrates de carbone passent rapidement dans le cæcum où se fait et s'achève une grande partie de leur absorption; ce qui reste du lactose et du saccharose est absorbé dans le cæco-ascendant; l'amidon se retrouve dans le cæcum avec des érythrodextrines, qui se résorbent à ce niveau;

Les albuminoïdes : ces substances y sont à l'état de traces; Carnot et Bondouy ont remarqué la présence de *tyrosine* en cristaux : ceux-ci n'ayant pas été trouvés dans l'iléon, il semble que la dégradation des albumines se complète dans le cæcum et pendant la durés de leur séjour à cet endroit. Il n'y a jamais de peptones.

Les graisses ont été décelées.

b. *Etat des sécrétions digestives.* — Les ferments du grêle ne se retrouvent plus; seule, l'*invertine* est présente.

c. *Passage des médicaments.* — Les sels solubles, facilement résorbables, sont absorbés par le grêle : l'iodure de potassium, le salicylate de soude, éliminés hâtivement.

Les purgatifs se retrouvent dans le cæcum (rhubarbe, séné); leur apparition est tardive et fugace.

En résumé, le cæcum parachève la digestion, notamment celle des albuminoïdes, qu'il résorbe, puisque le côlon gauche et le rectum n'en contiennent plus; l'eau est absorbée en grande quantité; mais le travail diastasique est peu intense. C'est donc un organe important : « sa résection entraîne un gaspillage des substances alimentaires ».

3. **L'appendice.** — Bien que caché sous le cæcum, et de petit volume, l'appendice vermiculaire a un rôle pathologique de premier ordre. Et, s'il est si fréquemment touché par l'infection, la raison n'en est-elle pas sa richesse en follicules lymphatiques? Véritable *plaque de Peyer enroulée sur elle-même* (Lüschka), l'appendice est un centre de défense lymphatique, par conséquent de leucocytopoïèse. C'est la seule propriété qu'on lui connaissait. Mais A. Perera en faisait récemment une glande endocrine, dont l'appendicite serait l'hyperfonctionnement. Nous avouons ne pas comprendre l'idée de l'auteur.

4. **Côlon droit et côlon gauche.** — Nous avons suffisamment souligné, au cours de ce travail, les différences physiologiques de ces deux segments pour qu'il nous soit permis ici d'être brefs.

Le *côlon droit*, au point de vue moteur, est surtout caractérisé par les mouvements antipéristaltiques, qui ont pour but de brasser les aliments; et ceux-ci, retenus dans le cæco-ascendant, y sont « en faible partie chimiquement transformés, en tout cas certainement absorbés » (Delbet); Gley nie l'existence des mouvements péristaltiques sur cette portion du gros intestin. Rappelons que l'aspect des fèces est bien particulier, que la flore microbienne est abondante..... En somme, le côlon droit est « un *segment de stase* (Duroselle).

Le *côlon gauche* est *un segment de transit* (Duroselle). Dans ce « sphincter allongé », les matières sont desséchées, malaxées, *pétries;* elles deviennent des « corps étrangers », poussés au dehors par de grands mouvements de progression et par de petits mouvements à action péristaltique faible, mais continue. Signalons l'existence des mouvements pendulaires. Au point de vue digestif, l'absorption est à peu près nulle.

Ainsi, le côlon droit et le côlon gauche accusent, à tous les points de vue, une différence très marquée.

Rôle du gros intestin. — Ce rôle est nié par Metchnikoff dans des phrases célèbres. Ce savant, dans ses « Etudes sur la nature humaine » et ses « Essais optimistes », en fait non seulement un organe inutile, mais nuisible. L'appendice? ne sert à

rien, et peut devenir une cause de mort. Le cæcum? c'est un organe en voie de régression, beaucoup plus petit que chez les herbivores et le fœtus. Le gros intestin dans son entier? Mais écoutons Metchnikoff lui-même : « Non seulement l'appendice cæcal avec le cæcum, mais même tout le gros intestin de l'homme, sont un organe superflu de notre organisme..... héritage inutile, légué par nos ancêtres animaux..... doit même être rangé dans la catégorie des organes nuisibles à la santé et à la vie des hommes..... dont la suppression pourrait amener des résultats très heureux ». Metchnikoff fait du gros intestin une sorte de réservoir permettant aux animaux de retenir leurs excréments quand ils fuient devant un autre animal qui les poursuit.

Allbu l'a traité d'*organe digestif de troisième ordre*. Et l'on connaît le cas de cette femme qui vécut plus de trente ans avec une fistule du grêle consécutive à l'ouverture d'un abcès. Un chirurgien voulut l'opérer : il constata une atrophie totale du gros intestin.

Gley ne lui accorde pas de rôle digestif : « ce n'est pas un organe digestif, dit-il, c'est un organe d'évacuation ».

Cependant, si le gros intestin n'est pas indispensable à la vie digestive, il achève la transformation chimique des aliments et leur absorption; c'est ce que nous avons essayé de montrer. Aussi ne serons-nous pas étonnés de constater après l'ablation du côlon droit, ou dans les affections de ce même viscère, une série de troubles qui mettent la vie en danger. Si l'opinion de savants tels que Metchnikoff reste en partie vraie (côlon gauche), il ne faut pas dénier tout rôle physiologique au gros intestin (côlon droit). Les progrès de l'instrumentation et de la chimie biologique ont permis de découvrir des faits qui enlèvent leur portée aux phrases que nous avons citées plus haut.

Déductions cliniques et thérapeutiques. — Nous les réduisons au strict minimum.

I. **En clinique**, est-il possible de scruter la physiologie du gros intestin? Oui, d'une façon très restreinte, par l'étude des *bruits intestinaux :*

1. Le matin, à jeun, le silence est complet;

2. Trois à quatre heures après le repas, on entend des bruits distincts des autres bruits de l'abdomen, et dont le maximum se montre une heure et demie après leur apparition. L'irritation du péritoine voisin amène leur disparition par excitation des nerfs splanchniques qui entraîne l'arrêt des mouvements de l'intestin; cette disparition peut servir au diagnostic des lésions péritonéales de la fosse iliaque droite qui agissent comme excitant du réflexe (Mathieu et Roux);

3. Les borborygmes sont des bruits surtout pathologiques décelés lors des coliques intestinales (exagération du péristaltisme) et des sténoses du gros intestin.

D'une manière plus courante, *on a recours aux rayons X.*

II. **Au point de vue thérapeutique**, chirurgical, nous avons vu qu'il fallait respecter le côlon droit et le cæcum (dont la résection, répétons-le, « entraîne un gaspillage des substances alimentaires »).

La valvule iléo-cæcale doit être conservée. Aussi vaut-il mieux faire une cæco-sigmoïdostomie qu'une iléo-sigmoïdostomie. Si l'on est obligé d'en faire l'exérèse, il faudra créer une valvule artificielle par le procédé de Kellog (invagination du grêle dans le côlon).

Quant au côlon gauche, sa suppression n'entraîne pas une déviation du rôle physiologique du gros intestin, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit sans danger.

BIBLIOGRAPHIE (1)

ALLBU. Recherches expérimentales sur l'exclusion du gros et petit intestin, *Mitt. aus des Grenz. der Med. und Chir.*, 1909, t. XIX, f. 5.

ARTHUS. *Traité de physiologie.*

BACKMANN. Calcium et potassium et motricité colique, *Soc. de biol.*, Suède, 2 janv. 1924.

BÉCLÈRE et MÉRIEL. Exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin, *Arch. d'électr. méd.*, 1912, p. 400.

BENSAUDE et GUÉNEAUX. Recherches radiologiques sur les mouvements du gros intestin, *Ann. de la Faculté de méd. de Montevidéo*, t. II, p. 292.

BERGMANN et LENZ. Sur les mouvements du gros intestin chez l'homme d'après des observations radioscopiques, *Deut. med. Woch.*, 1911, n° 31.

CADENAT. Côlon droit et côlon gauche, *L'Hôpital*, 1920, n° 20.

CANNON. Les mouvements de l'intestin étudiés au moyen des rayons de Röntgen, *Amer. Journ. of physiol.*, vol. VI; — *Amer. Journ. of med. sciences*, avril 1906.

CARLES, BLANC et LEURET. Elimination de l'ésérine par le gros intestin, *Réunion de biol.*, Bordeaux, 13 juin 1922.

CARNOT et BONDOUY. Etat de la digestion au niveau du cæcum, *C. R. de la Soc. de biol.*, 11 mai 1918.

CARNOT, HARVIER, FRIEDEL et LARDENNOIS. *Les Colites*, Baillère, 1923.

CASE. *Med. Record*, 1914, n° 10; — *Arch. of the Röntgen Ray*, n° 168; — *Journ. of the amer med. Assoc.*, n° 1194; — *Surg. gyn. and obst.*, 1914, n° 5; — Observation radiologique sur le péristaltisme et l'antipéristaltisme du côlon, *Arch. d'électr. méd.*, 1917, p. 224-240.

COTTALORDA. Appendicite chronique et syndromes douloureux du côlon droit, *Marseille méd.*, 1922, n° 17.

DETRÉ. Les fonctions mécaniques du gros intestin, *Paris méd.*, 1913.

DUBUS. Etude expérimentale de quelques réactions motrices du côlon, *Th. de Lyon*, 1911.

DUROSELLE. Péricolite et appendicite chronique, *Th. de Paris*, 1919.

DUVAL et J.-C. ROUX. Stase stercorale cæco-ascendante et son traitement chirurgical, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, déc. 1920.

ELLIOTT et BARCLAY-SMITH. Antiperistaltis and other muscular activitis of the colon, *Journ. of physiol.*, t. XXXI, p. 242-304.

GLEY. *Physiologie*, Baillière, 1922.

GOIFFON. La localisation coprologique du point de départ d'une diarrhée, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1913, p. 7.

GUARINI. Observation de mouvement colique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1920.

GUILLAUME. *Sympathique et systèmes associés*, Masson, 1921.

HAUCHAMPS. L'antipéristaltisme du gros intestin, *Journ. de radiol.*, t. I, n° 9.

HÉDON. *Précis de physiologie*, Doin.

HERTZ. *Constipation et ses troubles*, trad. Reboul, Masson, 1912.

KLOSE. Cæcum mobile, *Beit. z. klin. Chir.*, juillet 1911.

KOSTITSCH. Cellules de Paneth dans le gros intestin, *Soc. de biol.*, Bellegrade, 24 déc. 1923.

LAMBLING et VALLÉE. Sur la composition des fèces normales de l'homme, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1919, p. 1085.

LEBON. Etude radiologique de la constipation, *Journ. de radiol.*, t. I, p. 59.

(1) Nous remercions vivement M. le docteur de Vernejoul, chirurgien des hôpitaux, des précieux renseignements bibliographiques qu'il a bien voulu nous fournir, et M. le docteur Lefebvre qui a eu la grande amabilité de nous envoyer sa thèse.

LEBON et AUBOURG. Contractions réflexes du gros intestin par excitation de l'estomac, *Presse méd.*, 1913, n° 56.
LEFEBVRE. La chirurgie de la constipation, *Th. de Toulouse*, 1919; — Physiologie chirurgicale du gros intestin, *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1923.
LEVEUF. *Th. de Nancy*, 1919.
LIGNAC. Les mouvements rétrogrades du côlon, leur étude radiologique, *Presse méd.*, 30 janv. 1919.
LOEPER et BAUMANN. Action de la pepsine sur la motricité du gros intestin, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mai 1922.
MATHIEU et J.-C. ROUX. *Pathologie gastro-intestinale. Les constipations non spasmodiques et leur traitement.*
MAESTRINI. Sur les modifications chimiques que subit le contenu intestinal depuis le commencement du côlon jusqu'à l'ampoule rectale. Contribution à la connaissance des enzymes du gros intestin, *Arch. ital. de biol.*, 1917.
MORAT et DOYON. *Traité de physiologie*, t. IV.
MOUTIER. *La Constipation*, in Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, t. XI.
PAUL (Nicolas). Flore microbienne de l'intestin, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1920.
PAYAN (L.). Le sympathique, *Marseille méd.*, 1923, nos 8 et 9.
PERERA. *The International Digest.*, sept. 1923.
SAVITCH et SOCHESTVENSKY. Influence du vague sur la sécrétion intestinale, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1917, p. 508.
SORREL. La stase intestinale chronique, *Th. de Paris*, 1914.
STIERLIN. Ueber Obstipation von Ascendens Typus, *Münch. med. Woch.*, sept. 1911; — Etudes aux rayons X du péristaltisme colique, *Zeit. f. klin. med.*, 1910.
— Pour les autres auteurs cités dans ce travail, consulter la thèse de Lefebvre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1924)

La lutte contre l'alcoolisme. — M. RIEMAIN, secrétaire général de la Ligue nationale contre l'alcoolisme rappelle l'influence considérable qu'ont eue sur la consommation de l'alcool les lois et décrets pris pendant la guerre.

La loi de 1915 sur la limitation des débits de boissons était déjà insuffisante, or le 28 février 1923 le Parlement a réagi contre la législation antialcoolique de guerre en rétablissant le privilège des bouilleurs de cru. Le résultat ne s'est pas fait attendre : la consommation de l'alcool pur a passé de 767.445 hectolitres en 1921, à 928.628 hectolitres en 1922 et 1.016.858 hectolitres en 1923.

Préoccupé, d'autre part, par le développement que prennent les boissons à essences dangereuses, M. Riemain rappelle les délibérations antérieures de la Chambre et notamment le texte de l'article 13 de la loi du 28 décembre 1900 ainsi conçu :

« ART. 13. — Le gouvernement interdira par décret la fabrication, la circulation et la vente de toutes boissons à essences reconnues dangereuses et déclarées telles par l'Académie de médecine. »

Il demande à l'Académie d'intervenir une fois de plus auprès des Pouvoirs publics.

M. POUCHET insiste sur l'inquiétante recrudescence de la consommation de boissons à base d'anis, qui sont tout aussi dangereuses que l'absinthe.

MM. ACHARD et CHAUFFARD ont constaté que les cas d'alcoolisme chronique, très rares après la guerre, sont en grande augmentation actuellement.

— Une commission chargée d'étudier la question a été nommée. En font partie : MM. Siredey, Letulle, Hayem, Chauffard, Marcel Labbé, Doléris, Dopter, Léon Bernard, Pouchet, Meillère.

Traitement de la tuberculose par la récalcification. — M. FERRIER rappelle les résultats qu'il a obtenus depuis vingt-deux ans par l'emploi systématique et exclusif, dans le traitement des tuberculoses, de la méthode qu'il a communiquée au Congrès de la tuberculose de 1905. Cette méthode consiste dans la récalcification. Il a obtenu 72 p. 100 de guérisons et n'a compté que 28 p. 100 de mortalité.

Gastrectomie pour cancer. — M. PEUGNIEZ rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré, il y a vingt-quatre ans, pour un cancer d'estomac. La lésion siégeait au cardia et l'intervention fut une résection large de l'estomac.

L'opération donna une survie de vingt-quatre ans. Le malade succomba l'année dernière à une récidive abdominale.

Appréciant ce qu'ont donné jusqu'ici les tentatives de guérison du cancer d'estomac par la curiethérapie et la radiothérapie à courte longueur d'ondes, M. Peugniez estime que le bistouri reste actuellement l'agent le plus efficace à mettre en œuvre contre cette affection.

L'observation qu'il apporte montre les résultats durables qu'on est capable d'en attendre.

M. HAYEM rapproche, de ce fait, celui d'un malade atteint de cancer de l'estomac qui a été opéré en 1898 par M. Tuffier et qui vit encore. Dans ce cas, l'examen histologique a été fait et il s'agissait d'un épithélioma tubulé caractérisé. Il est à regretter que, dans le cas de M. Peugniez, l'examen histologique n'ait pas été fait.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 7 juillet. — Jury : MM. Roger, président ; Ménétrier, Chiray et Brûlé. — M. MORDRET. L'examen du tympan au cours de la rougeole. — M. MILOCHEVITCH. L'épreuve de Melyer-Lyon. — M. PÉTROVITCH. Etudes sur le dosage et les variations de la bilirubine dans le suc duodénal. — M. VAGLIANOS. De l'anaphylaxie sérique expérimentale. — M. LECŒUR. La pneumatose kystique de l'intestin. — M. RICHON. La maladie de Boricin des muqueuses et sa cancérisation. — M. FETTER. Un cas de léontiasis osseux.

Jury : MM. Teissier, président; Labbé (M.), Sergent et Lian. — M. TUREAU. L'herpès expérimental chez l'homme. — M. RIVALIER. Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunisation par la voie cutanée. — M. JACQUINET. Contribution à l'étude des hépatites parenchymateuses syphilitiques. — M. BAZOVITCH. Etude des troubles de la diurèse aqueuse chez les obèses. — Mlle TASOF. Gangrène diabétique par artérite et son traitement. — M. TURILLOT. Etudes des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. VIGUAND. Etude des syndromes abdominaux au cours de la grippe.

Jury : MM. Sebileau, président; Legueu, Gosset et Lemaître. — M. ALESSANDRI (J.-B.). L'épididymectomie (traitement de la tuberculose génitale). — M. LAGIER (Elie). Etude de l'épilepsie réflexe d'origine gastro-intestinale. — M. POPOVITCH. Traitement de l'hypospadias balanique. — M. NAGNAN (Jean). L'exérèse du pôle supérieur de l'amygdale palatine. — M. NEVEU-DÉROTRIE (J.). Etude des paralysies faciales d'origine dentaire. — Mlle SCHULMANN. L'ozène (essais de pathogénie et traitement).

Mardi 8 juillet. — Jury : MM. Jeanselme, président; Guillain, Sicard et Laignel-Lavastine. — Mme SCHAEFFER. Relations de certains eczémas avec les ulcérations du tube digestif. — M. RESTOUS. Choix de composés bismuthiques (traitement de la syphilis). — M. WEISMANN. Des migraines. — M. CAPELIN (A.). Etude du traitement des névralgies faciales. — M. STÉPHANOVITCH (P.). Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. — M. FROEHLICHER (Jean). Réactions comparées du benjoin colloïdal. — M. VINCENT DU LAURIER. Sur le syndrome clinique qui accompagne les pseudo-côtes cervicales.

Jury : MM. Marfan, président; Brindeau, Jeannin et Vaudescal. — M. RICHARD (Paul). Le mutisme dans la chorée de Sydenham. — M. DE MANET. Sur un cas d'auto-intoxication avec mort rapide après accouchement. — M. YANKOVITCH. A propos d'un cas de vomissement. — M. NICOLISCH. Déchirures du périnée dans l'accouchement. — Mme VACHER. Endocardite puerpérale. — Mme MAILLE (Emilie). A propos de deux cas de môle hydatiforme à signes cliniques atypiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — MARDI 8 & JEUDI 10 JUILLET 1924. 97e ANNÉE. MARDI 8 & JEUDI 10 JUILLET 1924. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr.	6 mois : 18 fr.	1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MARINE. — Les concours pour les emplois de professeur et chef de clinique ci-après, annoncés au *Journal officiel* du 21 mars 1924, auront lieu au port de Toulon, le 6 octobre 1924 et jours suivants ,

1° Chef de clinique chirurgicale à l'école d'application des médecins et pharmaciens stagiaires à Toulon.

Jury d'examen : M. l'Inspecteur général du Service de santé, président ; MM. Oudard, médecin en chef de 2e classe et Cras, médecin en chef de 2e classe, membres.

2° Chef de clinique ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique à l'école d'application des médecins et pharmaciens stagiaires de Toulon.

Jury d'examen : M. l'Inspecteur général du Service de santé, président; MM. Viguier, médecin en chef de 1re classe et Cras, médecin en chef de 2e classe, membres.

3° Professeur d'histologie normale et pathologique et de bactériologie à l'école principale du Service de santé à Bordeaux.

4° Professeur de physiologie, d'hygiène et de médecine légale à l'école principale du Service de santé à Bordeaux.

Jury d'examen : M. l'Inspecteur général du Service de santé, président; MM. Bellile, médecin en chef de 2e classe et Lancelin, médecin principal, membres.

— Les concours pour les emplois de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, auront lieu dans chacun de ces ports, le 20 octobre 1924.

Jury d'examen : M. le directeur du Service de santé du port, président.

A Brest : MM. Avérous, médecin en chef de 1re classe et Le Jeune, médecin de 1re classe, membres.

A Rochefort : MM. Barthe, médecin principal et Rondet, médecin de 1re classe, membres.

A Toulon : MM. Oudard, médecin en chef de 2e classe et Solcard, médecin de 1re classe, membres.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Sont nommés pour trois ans membres du Comité supérieur consultatif de l'Instruction publique des colonies.

MM. Pierre Teissier, professeur de clinique des maladies contagieuses de la Faculté de médecine de Paris et Perrot, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ENFANTS ASSISTÉS DE LA SEINE. — Sont nommés : 1° En qualité de médecin à titre définitif : MM. Bournisien de Valmont, pour la circonscription médicale de Magny-Cours (agences de Nevers et de Saint-Pierre-le-Moutier); Caillet, pour la circonscription médicale de Caussade (agence de Montauban);

2° En qualité de médecin à titre provisoire : MM. Couton, pour la circonscription médicale de Culan (agence de Saint-Amand); Maniez, pour la circonscription médicale de Beuvry (agence de Saint-Pol-sur-Ternoise).

CONGRÈS D'ORTHOPÉDIE. — Le VIe Congrès de la Société française d'orthopédie aura lieu à Paris le vendredi 10 octobre 1924, à 9 heures précises du matin, sous la présidence du professeur Aug. Broca, à la Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2.

Les questions mises à l'ordre du jour de ce congrès sont :

1° Le « spina bifida occulta »; rapporteur : M. Mutel (de Nancy);

2° L' « épaule paralytique »; rapporteur : M. Paul Hallopeau (de Paris);

3° La « métatarsalgie »; rapporteur : M. Maffée (de Bruxelles).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 juillet 1924, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Hygiène des camps avant, pendant et après l'occupation », par M. le médecin principal de 1re classe Melliès, médecin chef de l'Ecole Polytechnique.

GASTROTONOMÉTRIE ET COPROLOGIE CLINIQUES. EXPLORATION DU DUODÉNUM. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, fera, du 4 au 9 août, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations de *gastrotonométrie clinique* (méthodes d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflations gazeuses d'O et de CO^2, etc. Il exposera la pratique de l'*exploration du duodénum* (usages de la sonde d'Einhorn pour le diagnostic des affections duodénales, biliaires et pancréatiques, l'alimentation duodénale et le drainage médical des voies biliaires) et fera un exposé résumé des méthodes de *coprologie* dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives (parasitologie et bactériologie pratiques, examen microscopique, réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales, syndromes coprologiques, présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de garde-robes de nourrissons).

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire dans le service près de la surveillante, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

HOPITAL DE LA SANTA-CRUZ DE BARCELONE (ESPAGNE). — Cours de Pathologie digestive organisé par le docteur F. Gallart y Monès, professeur de l'hôpital, directeur du dispensaire pour les maladies de l'appareil digestif.

En collaboration avec MM. les docteurs J. Bartrina, A. Brossa, M. Corachan, F. Ferrer Solervicens, E. Fernandez Pellicer, J. Foncuberta, J. Lentini, P. Martinez Garcia, A. Pinos, J. Puig Sureda, A. Pujol y Brull, A. Tarruella, J. Trias Pujol, A. Trias Pujol, J. Villardell.

Ce cours durera environ trois mois. Il commencera le 3 octobre et se terminera avant Noël. Il sera avant tout pratique. Les leçons du programme seront accompagnées des présentation des photographies, projections, pièces anatomiques, préparations histologiques, etc., alternant avec des démonstrations de radioscopie, d'œsophagoscopie, de rectoscopie, et des examens coprologiques.

Tous les jours présentation de malades dans la clinique et le dispensaire de l'hôpital.

Prix de l'inscription : 100 pesetas.

Pour s'inscrire, s'adresser à l'Administration de l'hôpital de la Santa-Cruz à Barcelone.

Ce cours se renouvellera tous les ans à la même époque.

Adolphe JALAGUIER

Nous apprenons avec une bien douloureuse émotion, la disparition de Jalaguier mort subitement à Montauban, où il se trouvait depuis quelques jours, au milieu de sa famille.

Avec lui disparaît un des représentants les plus éminents de la chirurgie française contemporaine.

Né à Montauban, le 24 mars 1853, Jean-Adolphe-Prosper Jalaguier fit ses études médicales à Paris. Interne en 1875, prosecteur en 1879, il passa sa thèse en 1880 et devint chirurgien des hôpitaux en 1884. Deux ans plus tard, il était reçu à l'agrégation dans la même promotion que Schwartz, Brun et de Lapersonne.

Dans la suite, il devint chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés où son souvenir n'est pas effacé, président de la Société de chirurgie et membre de l'Académie de médecine. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Jalaguier appartenait à cette belle génération qui, avec les regrettés Segond et Nélaton, avec Quénu, Schwartz, Walther, Ricard, Tuffier, Bazy, Rochard, J.-L. Faure, a donné un si grand essor à la chirurgie pendant les quarante dernières années.

Excellent clinicien, opérateur remarquable, Jalaguier a donné en chirurgie générale et en chirurgie infantile des techniques devenues classiques, citons ses procédés pour la cure du bec-de-lièvre, du pied bot congénital ou paralytique, de la coxalgie, de l'invagination intestinale. En 1897, il décrivit sa fameuse incision pour l'appendicite.

Après la guerre, pendant laquelle il s'était dépensé sans compter, Jalaguier avait pris sa retraite. Il continuait cependant à fréquenter la Société de chirurgie et l'Académie où il était très écouté. Nous l'avons encore rencontré il y a quelques jours à peine, toujours jeune d'aspect avec sa haute taille à peine voûtée, sa physionomie toujours souriante, son regard vif et bienveillant derrière le lorgnon noir.

Jalaguier était le plus courtois et le plus accueillant de nos maîtres, il était aussi l'un des plus aimés car sa bonté égalait sa générosité.

Sa perte causera d'unanimes regrets.

Que les siens veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde et très affectueuse sympathie. A. BROCHIN.

CHRONIQUE

UN SANATORIUM POUR LES ÉTUDIANTS.

L'Union nationale des associations d'étudiants de France vient de prendre l'initiative de l'organisation d'un sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet.

Ce sanatorium est destiné à assurer aux étudiants tuberculeux tous les soins nécessités par leur état et à leur permettre, au prix d'un travail modéré, la continuation de leurs études.

Il sera édifié près de Grenoble, à Saint-Hilaire-du-Touvet, sur le plateau des Petites-Roches qui est à 1.100 mètres d'altitude et se trouve à proximité du sanatorium interdépartemental du Sud-Est (450 lits) et du sanatorium de l'Association métallurgique et minière (300 lits). Sa direction administrative et médicale sera confiée à un organe de gestion commun à ces divers établissements. Néanmoins, en cas de nécessité, le sanatorium des étudiants pourra médicalement et administrativement fonctionner provisoirement par ses propres ressources.

En présentant au grand public ce projet si digne d'attention, notre ami le professeur Léon Bernard en fait ressortir toute l'importance :

« On ne saurait décerner trop d'éloges au bel exemple de solidarité que fournissent nos étudiants de France. Mais ils ont eu, en outre, le mérite de poursuivre la réalisation de leur projet dans un esprit d'économie avisée et de perfection technique tout à la fois. L'emplacement du futur établissement est admirablement choisi; les plans bien conçus; la gestion administrative bien assurée. Le travail est à pied-d'œuvre. L'exécution est désormais liée à la récolte des sommes nécessaires.

A l'heure où de toutes parts l'élan des collectivités publiques comme de la bienfaisance privée monte à l'assaut de la tuberculose, où toutes les bonnes volontés, de concert avec les Pouvoirs publics, se conjurent pour barrer la route au fléau qui menace le pays, qui ne verra la nécessité, l'obligation morale vis-à-vis de la jeunesse universitaire, d'aider au succès de son entreprise? Les étudiants ont accompli leur devoir, un devoir qu'ils se sont spontanément imposé. A chacun de comprendre le sien. » F. L. S.

LA PATHOGÉNIE
DES
MALFORMATIONS DU BEC DE LIÈVRE

Par E. CADENAT,
Ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

La pathogénie du bec de lièvre est une des questions les plus obscures de la chirurgie des malformations, mais c'est aussi une de celles qui paraissent avoir été embrouillées à plaisir.

Nous avons essayé dans notre travail inaugural (1) d'en tirer au clair une petite partie, nous avons cherché à vérifier tout d'abord si la non coalescence des ébauches embryonnaires peut, à elle seule, expliquer toutes les malformations du bec de lièvre, réservant pour plus tard de rechercher les circonstances qui accompagnent et peut-être causent cet arrêt de développement. Nous allons exposer ici les résultats auxquels nous sommes parvenus, renvoyant le lecteur pour le détail des faits et la bibliographie à nos autres travaux.

Le bec de lièvre est une malformation congénitale de la face consistant en une solution de continuité des tissus mous et durs de la lèvre et de la mâchoire supérieure. Tous les travaux modernes concordent à établir, après Albrecht et Broca, que cette solution de continuité divise en deux fragments le prémaxillaire et est bordée, aussi bien vers l'extérieur que vers la ligne médiane, par une dent incisive. Personne ne soutient plus, comme le faisaient Gœthe et Kölliker, que la fente du bec de lièvre est incisivo-canine et inter maxillo-prémaxillaire.

Cependant tous les travaux des embryologistes ont montré et nous avons, à notre tour, vérifié que le rebord labial et alvéolaire était uniquement formé, dans les cas normaux, par le bourgeon nasal interne et le bourgeon maxillaire supérieur, que nous préférons, pour éviter une fâcheuse synonymie, appeler bourgeon jugal. Il nous paraît d'autre part difficile d'invoquer dans le bec de lièvre un hyperdéveloppement anormal du bourgeon nasal externe qui amènerait alors ce dernier au rebord alvéolaire car dans la malformation ce bourgeon est justement déficient.

Le schéma d'Albrecht, si séduisant en apparence, est donc irrémédiablement faux, insoutenable malgré sa commodité didactique qui l'avait mis en grande faveur auprès des chirurgiens.

Pour expliquer les constatations indiscutables de l'anatomie pathologique, il faut d'abord examiner les conditions de temps et d'espace où s'établit la malformation.

Jusqu'à quel âge l'embryon a-t-il normalement un bec de lièvre et par conséquent, à quel âge remonte nécessairement la malformation? La gouttière olfactive se ferme *dans les premiers jours du deuxième mois.*

Y a-t-il à ce moment, trace d'ébauches osseuses ou dentaires? Non, puisque leur formation commence à peine *à la fin de ce deuxième mois.* Ces formations secondaires doivent donc *subir un état anormal préexistant de plusieurs jours* et s'y adapter, elles ne peuvent ni le créer ni le conditionner.

On voit dès lors, toute l'inanité des théories comme celles de Biondi et de Warynski, qui veulent expliquer le bec de lièvre par la séparation de points d'ossification délimités par de pseudo-sutures (suture interincisive, suture intraalvéolaire).

Dire : la lèvre et la mâchoire sont fendues parce que deux centres d'ossification du prémaxillaire ne se sont pas soudés, reviendrait, en transposant, à dire : si l'épiphyse inférieure de l'humérus ne se soude pas à la diaphyse, le bras sera amputé au-dessus du coude.

Raisonner ainsi : la lèvre est formée de chaque côté par trois bourgeons embryonnaires parce que les os de la mâchoire supérieure se développent par trois points d'ossification, reviendrait à dire : l'extrémité inférieure du bras provient de trois bourgeons embryonnaires distincts, un qui forme la diaphyse, un qui forme le condyle, l'autre qui forme la trochlée. Voilà la valeur des arguments que l'on répète depuis 1879 et même 1819 sous le nom de théories de Gœthe, de Kölliker, d'Albrecht, de Biondi, etc. Warynski invoque même le partage d'une dent par une suture osseuse.

Les auteurs modernes tels que Inouye, Bruni, Felber, qui admettent l'unité du prémaxillaire font encore de la suture d'Albrecht une trace de réunion de bourgeons.

Nous avons, par nos recherches personnelles, pu établir les faits suivants :

1° Le prémaxillaire se développe par un seul point d'ossification qui apparaît dans la région tout à fait antérieure et externe et se réunit rapidement au maxillaire proprement dit dont le point d'ossification est apparu un peu plus tôt dans la région molaire. Du bord supérieur de la lame presque continue formée par l'union de ces deux points initiaux s'élèvent deux formations, l'une dans la région prémaxillaire, l'autre dans la région maxillaire proprement dite. La formation antérieure, prémaxillaire, délimite par son bord antérieur l'orifice osseux des fosses nasales et vient toucher par son sommet l'os nasal. Dans sa partie postérieure, elle se recourbe et revient vers la ligne médiane dans la région du canal incisif, formant ainsi une sorte de poche ouverte en dedans. Cette poche est comblée par des travées osseuses lâches et loge les follicules dentaires; toutes ces travées s'abaissent à la surface palatine antérieure qu'elles constituent ainsi.

Par un processus analogue se forme le maxillaire proprement dit, il vient lui aussi prendre part à l'apophyse montante et au palais, mais il déborde le prémaxillaire qu'il sertit comme un chaton de bague. Entre ces deux formations est la suture incisive, vaste hiatus visible, dans les premiers stades, au palais, à la face et sur la paroi externe des fosses nasales. Cet hiatus est masqué très vite à la face, plus tard dans les fosses nasales; à la naissance on ne le voit plus qu'au palais, ce qui explique les descriptions trop restreintes de la plupart des auteurs.

Ainsi délimité, on voit que le prémaxillaire constitue non seulement le massif incisif, mais encore toute la bordure de l'apertura piriformis jusqu'à l'os nasal; il est en revanche toujours séparé de l'orbite par l'apophyse montante du maxillaire supérieur qui recouvre la plus grande partie de sa surface faciale.

La suture d'Albrecht est un pur accident morphologique dû au refoulement inégal des travées osseuses du palais par les follicules incisifs (1).

La suture intraalvéolaire de Biondi nous paraît

(1) Recherches sur l'embryogénie et la pathogénie du bec de lièvre. *Th. de Toulouse*, 1923-1924.

(1) Sur la valeur morphologique de la suture d'Albrecht, *Assoc. des Anatomistes, Cong. de Strasbourg.* 1924.

devoir être identifiée avec la zone raréfiée située dans le repli de la formation interne du prémaxillaire, zone affaiblie encore par la présence des follicules dentaires et le passage de l'artère dentaire antérieure et de ses branches. L'os se rompt très aisément en ce point dans la dissection. C'est donc aussi une fausse suture.

2° Si maintenant nous comparons le prémaxillaire ainsi envisagé dans l'espace, aux bourgeons faciaux, nous serons bien forcés d'admettre tout d'abord : que le bourgeon nasal interne, internarinaire, est plus restreint que le territoire du prémaxillaire qui constitue le rebord des fosses nasales. En revanche, le territoire de cet os est plus petit que le bourgeon frontal (bourgeon nasal externe et bourgeon nasal interne réunis) car ce dernier bourgeon, interorbitaire, empiète nécessairement sur le territoire de l'os maxillaire supérieur proprement dit.

D'autre part nous avons pu montrer dans notre Thèse sur les coupes d'un embryon normal du deuxième mois, et vérifier depuis sur un embryon anormal du troisième que même à la surface palatine, la suture incisive était beaucoup plus postérieure que la limite entre les palais primaire et secondaire, entre le bourgeon nasal interne et ses procès globulaires d'une part et le bourgeon jugal d'autre part. Elle est située en plein bourgeon jugal si bien que :

Une absence de réunion entre le bourgeon nasal interne d'une part, le bourgeon nasal externe et le bourgeon jugal d'autre part, séparera le territoire

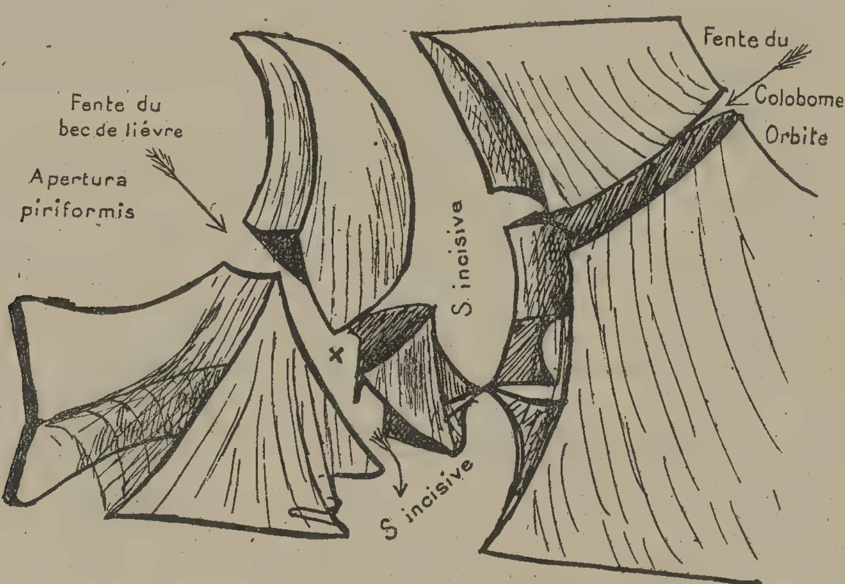
formations osseuses du colobome (première forme de Morian), de la cyclopie, du faux bec de lièvre médian.

2° Les variations de nombre des incisives sont presque la règle dans le bec de lièvre et, tout au moins pour la dentition de lait, ce nombre est presque toujours augmenté. Il nous a été impossible de déterminer la position exacte des follicules dentaires, d'apparition trop tardive, par rapport aux sillons embryonnaires. Il est cependant pour nous hors de doute que tout ou partie de l'incisive latérale se développe sur le territoire du bourgeon jugal, mais nous pensons que les anomalies dentaires dépendent principalement des conditions toutes spéciales que créent pour les éléments secondaires (mur dentaire, vaisseaux et nerfs) l'absence de réunion des éléments primaires. L'augmentation de la longueur du bord libre labial, du mur dentaire, l'impossibilité pour l'artère dentaire antérieure, branche de la sous-orbitaire, d'atteindre comme normalement les incisives, tout cela crée des conditions suffisantes pour justifier l'apparition d'anomalies qui, nous le rappelons, si elles font normalement partie des malformations du bec de lièvre, peuvent aussi exister assez fréquemment en dehors de lui.

En résumé :

Le bourgeon nasal externe ne descend jamais, même dans les cas pathologiques, à l'orifice buccal.

Le prémaxillaire s'ossifie par une zone d'ossifica-



Sur ce schéma très artificiel, on a supposé le maxillaire et le prémaxillaire coupés par deux plans répondant approximativement aux fentes entre les bourgeons primitifs.

du prémaxillaire en deux parties, l'une inféro-interne comprenant la plus grosse partie du palais incisif, l'autre supéro-externe comprenant un petit fragment externe de ce palais incisif et toute l'apophyse montante du prémaxillaire comme cela est justement réalisé dans le bec de lièvre.

Une absence de réunion entre le bourgeon jugal d'une part, les deux bourgeons nasaux d'autre part, fente bucco-orbitaire, divisera non seulement le prémaxillaire dont elle détachera un petit fragment inféro-externe mais encore l'apophyse montante du maxillaire supérieur qui borde seule l'orbite; c'est ce qui est réalisé dans le colobome (deuxième forme de Morian).

On peut expliquer d'une façon analogue les mal-

tion unique, a un territoire qui ne correspond à aucun bourgeon embryonnaire, les sutures d'Albrecht et de Biondi ne peuvent avoir logiquement et n'ont en fait aucune valeur embryologique.

Les os et les dents, formations secondaires, subissent de la part de la malformation des éléments primaires, des conditions anormales de développement qui leur imposent des transformations importantes pour s'adapter à un état pathologique nouveau. La figure que l'on peut réaliser artificiellement en fendant une face normale, n'est pas superposable à une face congénitalement malformée, mais l'on peut trouver cependant dans l'étude des dispositions normales l'indication du sens dans lequel s'accompliront les transformations patholo-

giques; c'est le seul but auquel peut prétendre une explication pathogénique d'une malformation congénitale.

SUR L'ASPECT RADIOSCOPIQUE DE L'AORTE

DANS LA MALADIE DE HODGSON

Par G. CHAUMET,
Assistant de radiologie au Val-de-Grâce.

La dilatation de la portion ascendante de l'aorte a été signalée dans la maladie de Hodgson.

Elle entre dans la description de certains cas de cette affection exposés dans les livres de Vaquez et Bordet (1). Parfois le profil oblique montre que le vaisseau est dilaté à son origine depuis l'anneau valvulaire jusqu'au niveau de la crosse où il reprend son calibre normal. Dans l'examen en position frontale, le vaisseau déborde le sternum à droite et en ce point son image est animée de battements très amples. En oblique antérieure droite, l'ombre aortique affecte la forme d'un cône dont la partie la plus large répond à la base du cœur. Parfois, on trouve la même dilatation avec apparence sinueuse, opacité exagérée et fortes impulsions. Ces auteurs nous montrent aussi deux radiographies prises en oblique antérieure gauche où nous pouvons constater un renflement du vaisseau localisé à sa base.

Il nous paraît utile d'insister sur ces derniers faits.

L'augmentation de calibre s'accompagnant d'amples battements et localisée à la première portion de l'aorte, parfois seulement à son origine, nous avait paru constante dans les cas de maladie d'Hodgson suffisamment accusée et ancienne pour avoir provoqué sur le cœur lui-même les déformations caractéristiques de l'insuffisance aortique.

Aujourd'hui nous sommes simplement convaincus de son extrême fréquence. L'apparence spéciale qui en résulte se rencontre plus fréquemment que les autres altérations, à des degrés divers toutefois.

Mais il faut rechercher ce signe en oblique antérieure gauche, car il n'est souvent perceptible que dans cette incidence.

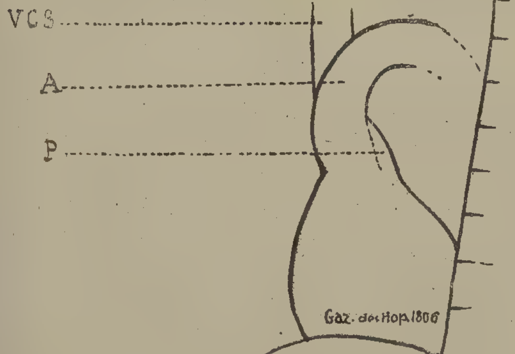


Fig. 1. — *Schéma de l'image du cœur et de son pédicule en position oblique antérieure gauche vers 35 degrés.* — Aspect normal.

A. Aorte. — VCS. Veine cave supérieure. — P. Artère pulmonaire.

L'intérêt de la position oblique antérieure gauche pour l'étude de l'aorte a été mis en évidence par Delherm et Thoyer-Rozat et dans ce cas particulier, la connaissance exacte que l'on possède actuellement de la signification de l'ombre pédiculaire nous fournira l'explication de la supériorité de l'examen en oblique antérieure gauche (fig. 1).

Précisons d'abord l'aspect de l'aorte dans l'affection en question.

Notre attention est attirée sur la paroi antérieure de la portion ascendante de l'aorte. En oblique antérieure gauche, entre 35 et 45 degrés, on voit que le vaisseau se détache de l'ombre ventriculaire en formant un angle rentrant, surplombé par la saillie anormale du bord antérieur de l'image aortique.

Il faut bien s'assurer qu'il s'agit d'une dilatation localisée et non d'une courbure exagérée de la crosse qui augmente aussi la voussure du contour antérieur de l'aorte ascendante. Cette distinction est parfois délicate, car il ne faut pas oublier qu'on ne peut mesurer le calibre du vaisseau à son origine : le début de l'artère pulmonaire masque son contour postérieur. On aura donc la notion d'un élargissement localisé à la portion sus-sigmoïdienne par l'examen attentif du bord antérieur qui, lui, est

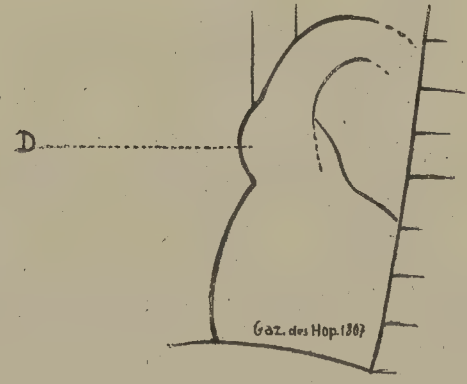


Fig. 2. — *Oblique antérieure gauche vers 35 degrés.* — Maladie d'Hodgson.

D. Dilatation à l'origine de l'aorte.

nettement visible sur tout son parcours; dans le cas de développement exagéré de la crosse aortique, la direction générale de ce bord se maintient sans ressaut ou autre accident, depuis sa naissance jusqu'au sommet de l'arc (fig. 2 et 3).

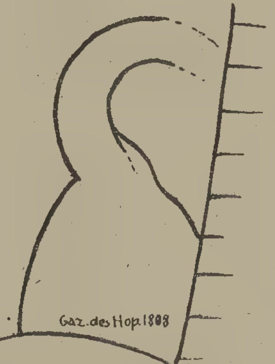


Fig. 3. — *Oblique antérieure gauche vers 35 degrés.* Courbure exagérée de l'aorte.

Cette courbure exagérée peut d'ailleurs être ellemême pathologique quand elle existe : « La courbe plus étendue que normalement peut indiquer une aorte sinueuse qui a perdu une partie de sa souplesse », disent Delherm et Thoyer-Rozat. Mais elle se manifeste aussi en dehors de toute altération des parois vasculaires, pendant l'évolution de toute

(1) Vaquez et Bordet. *Le Cœur et l'aorte. Radiologie des vaisseaux de la base du cœur.*

insuffisance aortique : la portion ascendante se porte en avant et à droite ; ces modifications sont sous la dépendance des changements de volume des cavités cardiaques. Enfin, un grand développement de la courbe de la crosse en avant est l'apanage de certains thorax diminués de hauteur, larges et courts.

Quand la dilatation occupe une plus grande étendue sur l'aorte ascendante, elle est aisément perceptible en oblique antérieure droite ; très souvent on se contente de cette incidence pour mesurer son calibre. Mais quand l'ectasie est uniquement sus-sigmoïdienne, elle échappe à cet examen.

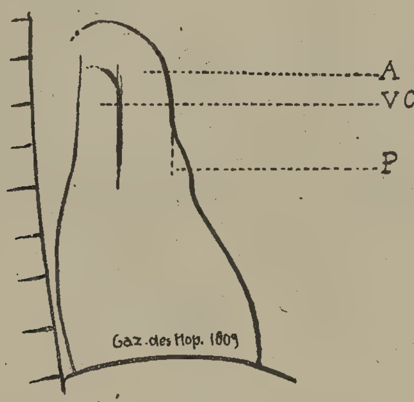


Fig. 4. — *Oblique antérieure droite vers 40 degrés.* Aspect normal.

Dans la position oblique antérieure droite, en effet (fig. 4), la paroi antérieure de l'aorte se confond, près de son origine avec la projection de l'artère pulmonaire. En oblique antérieure gauche, au contraire, elle est exempte de toute superposition et nous avons dit qu'on la voit émerger du ventricule ; le moindre accident du contour est mis en évidence.

C'est donc surtout en oblique antérieure gauche qu'il faut étudier l'aorte dans l'insuffisance aortique. Dans les cas de maladie d'Hodgson on découvre très fréquemment une dilatation localisée à l'origine du vaisseau quand les autres incidences n'avaient pas montré d'altération. Cette saillie, souvent minime, est animée de battements très amples.

C'est parfois la seule anomalie. L'opacité du vaisseau n'est pas augmentée et la portion susjacente est de calibre normal.

On peut observer de petits anévrismes qui occupent la première portion de l'aorte ; ils sont plus nettement ampullaires et en général pulsatiles, mais sans présenter les grandes oscillations des parois artérielles propres à l'insuffisance aortique.

Inversement, dans l'insuffisance aortique d'origine endocarditique, l'aorte est le siège de battements exagérés, mais on ne note pas de déformation ampullaire ou autre.

Cette dilatation du début de l'aorte est-elle annulaire ou est-elle localisée à la paroi antérieure ?

A ce niveau, nous ne pouvons examiner tout le contour du vaisseau. En oblique antérieure gauche l'origine du tronc pulmonaire masque le bord postérieur. En oblique antérieure droite ce bord vient se perdre dans l'opacité de l'oreillette droite d'où émerge la veine cave supérieure qui s'accole en arrière à l'image de l'aorte, plus ou moins étroitement selon l'angle sous lequel on observe le sujet.

Il est possible que la déformation siège uniquement sur la paroi antérieure où l'expansion du vaisseau n'est comprimée par aucun organe. Il est possible aussi que la direction du courant sanguin, sous l'énergique impulsion ventriculaire, produise à ce niveau un choc plus intense. Il est possible enfin que la paroi, particulièrement altérée au voisinage des valvules se laisse distendre plus aisément. Ces diverses causes interviennent sans doute simultanément, l'une ou l'autre étant prépondérante selon le cas.

La petite dilatation que nous étudions, perceptible à l'écran n'est pas forcément trouvée à l'autopsie. Elle doit rester « fonctionnelle », un temps plus ou moins long, pendant lequel la mort peut survenir.

Nous connaissons l'existence d'une déformation comparable sur l'artère pulmonaire dans le cas de *rétrécissement* pulmonaire. Au-dessus de l'orifice rétréci le vaisseau présente à la radioscopie un élargissement qui se traduit par une saillie de l'arc moyen du bord gauche en incidence frontale. (Mais cette saillie n'est pas animée de battements exagérément amples comme dans le cas de maladie de Hodgson.) Or, en général, l'examen nécropsique ne montre pas d'anomalie correspondant à l'image radioscopique sur le vivant. Là se borne vraisemblablement l'analogie et nous ne pouvons pas attribuer la dilatation de l'origine de l'aorte à un rétrécissement aortique concomitant : en effet, nous l'avons constaté dans des cas où n'existait aucun signe de rétrécissement aortique et inversement nous ne l'avons jamais trouvée quand existait une double lésion aortique d'origine endocarditique.

En résumé, on a décrit dans la maladie de Hodgson diverses altérations de l'aorte ascendante. Mais il nous a semblé qu'entre toutes, la dilatation localisée à la région initiale du vaisseau, juste au-dessus de l'anneau valvulaire est importante ; cela pour deux raisons : d'abord parce qu'elle est très fréquente dans cette affection, ensuite parce qu'on ne la rencontre guère que chez celle-ci. Les autres signes d'aortite n'accompagnent pas forcément l'insuffisance aortique, celui-ci n'existe pas sans elle. Mais il peut passer inaperçu, car il n'est mis en évidence que par une seule incidence : l'oblique antérieure gauche.

Il peut se faire que cette déformation ne soit pas absolument constante et qu'elle manque dans des lésions récentes ; par contre, quand elle existe, elle permet de préciser l'origine artérielle de l'affection valvulaire.

BIBLIOGRAPHIE

Vaquez et Bordet. *Le Cœur et l'aorte*, Paris, Baillière. — *Radiologie des vaisseaux de la base du cœur.*

Bordet. Le diagnostic radiologique des aortites, *Journ. méd. franç.*, déc. 1921.

Bordet. *Arch. des mal. du cœur et des vaisseaux*, fév. 1919.

Delherm et Chaperon. Etude anatomo-radiologique de l'ombre médiane cardio-vasculaire vue de face, *Journ. de radiol.*, janv. 1923.

Delherm et Chaperon. Les bords de l'ombre médiane cardiovasculaire vue de face, *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de France*, juillet 1922.

Delherm et Thoyer-Rozat. Comment examiner une aorte, *Journ. de radiol.*, janv. 1921.

Delherm et Thoyer-Rozat. Etude radiologique des gros vaisseaux de la base du cœur, *Gaz. des hôpit.*, 21 mai 1921.

Thoyer-Rozat. Contribution à l'étude anatomo-radiologique de l'aorte, de l'artère pulmonaire et de la veine cave supérieure, *Th. de Paris*, 1919.

Trémolières et Caussade. Le siège du souffle de l'insuffisance aortique selon l'âge de la maladie, *Journ. méd. franç.*, déc. 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JUIN 1924)

L'hydrémie au cours du diabète traité par l'insuline. Variations de l'indice réfractométrique du sérum. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI, A. WEILL et LAUDAT. On sait déjà, grâce aux observations de Léon Blum (de Strasbourg), confirmées par divers observateurs, que chez les diabétiques soumis au traitement par l'insuline, il arrive parfois de constater le développement d'œdèmes plus ou moins considérables. Les auteurs se sont demandés si ce fait, qui reste malgré tout exceptionnel, ne représentait pas l'aboutissant d'un processus beaucoup plus général et peut-être, lui, constant, à savoir l'hydratation de l'organisme du diabétique traité par l'insuline. On pouvait supposer, en effet, que cette substance détermine chez tous les diabétiques, ou tout au moins chez un grand nombre d'entre eux, des perturbations de l'équilibre hydrique que ni l'examen chimique, ni même les variations du poids corporel ne parviendraient à révéler, mais dont on pourrait, au contraire, affirmer l'existence et mesurer le degré grâce à la réfractométrie du sérum sanguin.

Les faits que rapportent aujourd'hui M. Widal et ses collaborateurs prouvent qu'il en est réellement ainsi. Les observations recueillies sur huit diabétiques chez lesquels le traitement par l'insuline a été interrompu puis repris un certain nombre de fois ont porté au total sur dix-neuf périodes de cures. La réfractométrie était effectuée chaque jour sur le sérum sanguin avec toutes les précautions d'usage.

Or, tandis que jamais, au cours de ces 19 cures d'insuline, on n'a noté de concentration sanguine, 15 fois, au contraire, il y eut dilution.

Cette dilution, véritable œdème du sang, présente, en général, trois caractères des plus nets : sa brusquerie d'apparition, son intensité et sa durée.

A propos de la technique concernant le traitement des affections médico-chirurgicales par les rayons ultra-violets. — MM. MÉNARD et FOUBERT rappellent brièvement les données physiques actuellement connues sur les ultraviolets et qui intéressent le médecin. Ils terminent par l'exposé des principes qui doivent guider l'opérateur et étudient notamment la question si importante de la dose.

Ils estiment qu'il est préférable d'éviter toute réaction de la peau à l'exception des cas où l'on recherche la nécrose d'un élément cutané pathologique.

Diabète pancréatique expérimental et insuline. — MM. H. PENAU et H. SIMONNET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 JUIN 1924)

Sur un cas de lipomatose symétrique. — MM. MENETRIER, H. BÉNARD et M. DERVILLE rapportent l'observation clinique et anatomique d'un sujet atteint de lipomatose symétrique chez lequel ils ont constaté l'intégrité absolue de l'appareil lymphatique ganglionnaire. Ils émettent l'hypothèse de l'existence d'un système glandulaire autonome et rejettent le terme d'adénolipomatose qui implique la participation du système lymphatique dans cette affection.

Hémorragie méningée, premier symptôme d'une fièvre typhoïde. — MM. APERT et GARCIN rapportent l'observation d'un enfant de quatre ans envoyé à l'hôpital avec des symptômes méningés faisant craindre une méningite tuberculeuse. La température est de 40 degrés. Ponction lombaire : liquide sanglant, non coagulant. La fièvre tombe rapidement et l'enfant semblait guéri quand la température s'élève de nouveau et une fièvre typhoïde survient. Cette hémorragie semble une véritable épistaxis méningée due à la toxémie éberthienne comme les épistaxis nasales prémonitoires de la fièvre typhoïde.

Léontiasis osséa congénitale. — MM. APERT et GARCIN présentent une fillette de onze mois dont, dès la naissance, le maxillaire supérieur était très hypertrophié, les bords alvéolaires des deux mâchoires sont très épaissis et les dents incluses dans les gencives ; la cloison osseuse du nez est très élargie, les parties latérales de la voûte palatine sont en saillie laissant entre elles une dépression simulant une gueule-de-loup.

Diabète avec infantilisme traité par l'insuline. — M. APERT présente après un an de traitement à peine interrompu par l'insuline un diabétique de dix-neuf ans. Actuellement il est en parfait état, a passé en un an du poids de 28 kilogrammes à celui de 39 kilogrammes, commence en bonne condition son évolution pubertaire et a pu subir avec suites les plus simples une intervention chirurgicale pour cryptorchidie droite inguinale.

Anévrisme artério-veineux carotido-jugulaire et syndrome radiologique d'insuffisance ventriculaire droite. — MM. LECONTE et OURY présentent un cas d'anévrisme carotido-jugulaire au cours duquel l'examen radioscopique décèle la dilatation manifeste des cavités droites. Les auteurs insistent sur l'importance primordiale du syndrome radiologique d'insuffisance ventriculaire droite particulièrement net en position oblique et transverse.

Cette observation, très proche d'un cas de Laubry et Routier, montre une fois de plus la place des anévrismes artério-veineux dans l'étiologie de l'insuffisance ventriculaire droite.

Les conditions de succès de la sérothérapie antituberculeuse chez l'homme. — M. A. JOUSSET considère que :

La solution du problème de la sérothérapie dans la tuberculose est d'ordre plus clinique que bactériologique.

Les indications dominent tout. Tant vaudra le malade, tant vaudra le résultat.

L'auteur qui depuis longtemps a attaché son nom à la discrimination des formes fluxionnaires et des formes caséeuses de la tuberculose au moyen de l'étude des températures, démontre que seule la fluxion initiale est justiciable de la sérothérapie. Vouloir traiter une lésion organisée et surtout une lésion destructive par le sérum est un non sens. Il n'y a pas de sérums antituberculeux mais des sérums antibacillaires.

Aussi les conditions de succès de la sérothérapie se réduisent-elles à un problème de diagnostic.

Les fluxions bacillaires, seules justiciables de la méthode, se reconnaîtront à deux signes :

Existence de la fièvre;

Tracé thermique régulier à faibles oscillations.

Chez les pulmonaires on s'assurera, en outre, de l'absence de cavernes, seul témoignage irrécusable de caséification.

Ces règles posées, M. André Jousset les confirme au moyen de nombreux graphiques provenant de cinq catégories de malades.

1° Fièvre d'invasion bacillaire improprement appelée typhobacillose par Landouzy.

2° Polynévrites.

3° Foyers pulmonaires congestifs, hémoptoïques, pneumoniques ou splénopneumoniques.

Dans ces trois catégories les succès du sérum sont la règle, les insuccès l'exception.

4° Tuberculoses simples en poussée évolutive.

Succès irréguliers et éphémères.

5° Tuberculoses nécrosantes.

Sérum inutile et aggravant.

Les bacilloses de l'enfant appartenant surtout aux premières catégories sont le triomphe de la sérothérapie.

Réactions de floculation et séro-diagnostic dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. J. TROISIER et RIMÉ étudient comparativement dans les humeurs d'un ictère infectieux à rechute les réactions de floculation et d'agglutination. La réaction de Vernes recherchée sur le sang ne donne pas de chiffres supérieurs à 3. La réaction de Guillain au benjoin colloïdal pratiquée avec le liquide céphalo-rachidien reste entièrement négative. Simultanément le séro-dia-

gnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique recherché par MM. A. Pettit et Etchegoin donne des résultats positifs et au même taux (1 p. 1.000) dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Les auteurs concluent à l'indépendance des réactions d'immunité et de floculation. En recherchant la cause du passage des agglutino-lysines du sang dans le liquide céphalo-rachidien, ils insistent sur la haute virulence du liquide céphalo-rachidien donnant un ictère mortel au cobaye et sur l'intensité de la réaction méningée de leur malade, atteignant 220 éléments cellulaires au millimètre cube.

Auto-désensibilisation « a frigore » dans l'hémoglobinurie paroxystique. — M. Ricaldoni (de Montevideo) a récemment essayé chez une malade atteinte d'hémoglobinurie paroxystique de prévenir la répétition des crises hémoglobinuriques spontanées en pratiquant sur la malade une sorte de vaccination persévérante et progressive à l'aide du froid. La malade qui, depuis deux ans au moins, avait des crises typiques à la moindre exposition au froid, fut traitée ainsi par la désensibilisation au froid, en n'immergeant dans l'eau froide que le tout petit bout d'un doigt pendant trente secondes, puis en augmentant progressivement et la surface immergée et le temps d'immersion; elle fut progressivement amenée à ne plus redouter l'eau, ni se soucier du froid extérieur. Après quatre mois, elle sortait du service en état de guérison apparente, bien que l'épreuve de Donath et Landsteiner restât positive. Peut-être la guérison n'est-elle que temporaire, elle est assez remarquable pour être signalée et employée à l'occasion dans des cas semblables, associée ou non au traitement antisyphilitique.

Les séquelles rénales tardives de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. J. Troisier insiste sur l'affinité particulière du spirochetæ ictero-hemorragiœ pour le parenchyme rénal. Il confronte les faits actuellement connus d'ictère grave spirochétique — qui est avant tout une urémie mortelle — avec une observation de néphrite chronique à évolution lente terminée par la mort quarante ans après un ictère infectieux fébrile observé par Landouzy et qualifié de typhus hépatique. Il estime qu'il y a lieu de rechercher dans l'étiologie des néphrites chroniques la part qui revient au spirochète de l'ictère infectieux.

Syndrome typhoïde non éberthien par adénoïdite diphtérique pure. — MM. J. Cathala et Giroire. Observation d'une jeune fille qui fit à la convalescence d'un érysipèle de la face une évolution fébrile prolongée pendant treize jours sans signes de localisation, mais avec des signes généraux (céphalée, insomnie, état vertigineux, délire, splénomégalie, dissociation du pouls et de la température, diarrhée, anémie, asthénie) et un syndrome méningé (céphalée, protophobie, raideur de la nuque, Kernig). Les diagnostics envisagés étaient ceux de septicémie, fièvre typhoïde, tuberculose aiguë. Les recherches bactériologiques écartant ces diagnostics, la découverte fortuite du bacille de Klebs-Loffler dans le pus prélevé au niveau de l'amygdale pharyngée commanda une intervention sérothérapique qui mit fin aux accidents. Le terme de typhose diphtérique est celui qui caractérise le mieux ces accidents.

Alternances d'asthme et d'eczéma. — MM. Pasteur-Vallery-Radot et J. Haguenau rapportent l'observation d'un malade atteint d'asthme d'origine équine, dont ils ont donné le début de l'observation ici même il y a trois ans. C'est sur ce malade qu'ils ont pratiqué pour la première fois la méthode de désensibilisation par les cutiréactions répétées.

Après une période de désensibilisation qui dura quatre mois ce malade vit, en août 1921, apparaître de nouvelles crises d'asthme qui cédèrent à la suite d'une poussée d'eczéma. Depuis cette époque, asthme et eczéma se substituèrent l'un à l'autre à dix reprises différentes avec une telle régularité que le malade entretient maintenant sa lésion cutanée pour éviter les crises d'asthme. Dès que l'eczéma s'éteint l'asthme réapparaît.

Il n'est pas d'exemple plus démonstratif que asthme et eczéma peuvent n'être que deux expressions différentes de la même diathèse colloïdoclasique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1924)

Occlusion intestinale. — M. Okinczyc fait un rapport sur deux observations, l'une de M. Ducarosse, l'autre de M. Moiroud, relatives à des cas d'occlusion intestinale aiguë, traités d'urgence par laparotomie médiane et, point sur lequel insiste M. le rapporteur, par la ponction de l'anse distendue qui peut donner lieu à évacuation de gaz et de matières considérable et faciliter singulièrement les manœuvres opératoires.

Dans l'un de ces cas, on aurait eu recours à l'anesthésie rachidienne qui ne semble pas indiquée en présence d'occlusion aiguë.

Vaccinothérapie. — M. Louis Bazy, à propos d'une observation de M. Brisset, rappelle que les vaccins généralement employés en chirurgie, ne vaccinent pas. Dans le cas de M. Brisset, une injection de 3 centimètres cubes de propidon fit disparaître, en trois jours, un volumineux phlegmon du ligament large.

Pour consolider la guérison, on fit trois nouvelles injections qui déterminèrent une nouvelle poussée infectieuse. M. Bazy considère ce fait comme un exemple de l'intolérance d'un organisme infecté à l'égard des albumines étrangères.

M. Tuffier apporte un fait à l'appui de cette opinion: Guérison d'une ostéomyélite du fémur à la suite d'un vaccin antistaphylococcique. Nouvelles injections, nouvelle localisation d'ostéomyélite.

Rupture de la rate, splénectomie. — M. Auvray rapporte deux observations de M. Perrin relatives à des cas de rupture de la rate par traumatisme, rupture dont les premiers symptômes n'ont apparu qu'après soixante heures. Splénectomie, guérison. M. Auvray insiste sur l'importance de ces faits dont M. Fiolle avait déjà signalé l'intérêt.

Occlusion intestinale consécutive à l'appendicectomie. — M. Mathieu, à propos d'une observation du service de M. Sencert, rappelle la gravité de ces sortes d'obstruction qui, d'après une statistique de M. Lenormant, donnerait 50 p. 100 de mortalité. L'intervention de choix est la libération des anses intestinales, qui n'est pas toujours aussi difficile qu'on le croit. Dans le cas dont il s'agit, cette intervention a été suivie de guérison. Dans certains cas, il restera comme ressource la dérivation par entérostomie.

Traitement de l'infection puerpérale. — M. J.-L. Faure n'envisage dans cette communication que les accidents graves d'infection post partum et conseille, dans ces cas, de recourir à l'hystérectomie vaginale.

M. Faure reconnaît que les indications de cette opération sont souvent difficiles à poser. Question de tact clinique. Mais il est convaincu que, dans certains cas, c'est le seul moyen de sauver la vie des malades.

M. Faure ajoute, avec raison, qu'on a trop délaissé cette opération qui, bien exécutée, peut donner de si bons résultats et qui, d'ailleurs, a depuis longtemps fait ses preuves dans les cas de suppuration pelvienne.

M. Savariaud comprend qu'on hésite à poser les indications de l'intervention vaginale, quand on voit des malades très gravement atteints guéris spontanément.

M. Lenormant estime, avec M. Faure, que dans l'infection puerpérale c'est à l'hystérectomie vaginale et non à l'abdominale qu'il faut avoir recours. Mais faut-il y avoir toujours recours ?

Les indications en sont bien difficiles à poser.

Peut-être vaut-il mieux, dans bien des cas, se contenter de bien vider l'utérus et de laisser aux défenses naturelles de l'organisme le soin de la guérison.

M. Louis Bazy conseille de recourir à l'hémoculture comme moyen de pronostic.

M. Cunéo n'y a pas grande confiance, ayant vu guérir des malades dont le sang contenait une grande quantité de microbes et en ayant vu mourir dont le sang n'en contenait aucun.

M. J.-L. Faure persiste à croire qu'on peut avoir, dans

la vaginale, une précieuse ressource contre l'infection puerpérale. Il est aussi logique d'amputer un utérus infecté qu'un membre infecté.

M. Faure craint que souvent on se décide trop tard à pratiquer l'hystérectomie. Dans bien des cas on aurait plus de chances de guérison en intervenant plus tôt.

Enfin, il faut reconnaître que la vaginale n'est pas une opération bien choquante. C'est donc un tort, selon M. Faure, de rejeter cette opération dans les grandes infections.

Election. — M. PICOT est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 16 MAI 1924)

De l'abus des traitements sanglants dans la cure des fractures fermées. — M. Robert LOEWY s'élève vigoureusement contre la tendance actuelle à intervenir chirurgicalement dans le traitement des fractures fermées, sans motifs valables. Il cite plusieurs exemples de résultats des plus fâcheux.

M. PÉRAIRE présente une **pièce opératoire de fracture vicieusement consolidée du fémur droit** malgré une suture au bronze d'aluminium et un séjour de dix mois et demi dans deux hôpitaux.

Il y avait douleurs névritiques insupportables, troubles trophiques, ankylose du genou, raccourcissement du membre de 6 centimètres, impossibilité absolue de la marche. L'amputation de la cuisse a été nécessaire.

Anus iliaque à lambeau cutané en verrou (procédé d'Audry-Jeannel) pour occlusion par cancer rectal. Complication d'anus artificiel inversé. — M. DARTIGUES.

M. Paul BARRARIN présente **quelques fractures observées chez des sportifs.**

Ostéochondrite de la hanche. — M. JUDET.

Luxation isolée du cinquième métacarpien. — M. PEUGNIEZ. Ce dernier sera déposé au musée Dupuytren.

Hydronéphrose volumineuse et calcul du bassinet obturant l'uretère. — M. LE FUR.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1924)

La douleur lombaire droite, symptôme de cholécystite. — M. Ch. BUIZARD montre l'importance de la douleur lombaire droite dans le diagnostic de la cholécystite, surtout chronique.

La douleur siège à droite, dans les muscles sacro-lombaires, qui sont plus ou moins contracturés. Elle est habituellement localisée, et de façon très caractéristique, à l'un des deux points suivants, d'un diamètre de 3 à 5 centimètres : 1° l'un, supérieur dans la moitié externe de la masse sacro-lombaire, au-dessous des côtes ; 2° l'autre, inférieur, le plus fréquent, toujours dans la moitié externe de la masse musculaire, à un ou deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

La douleur déterminée, au niveau de la vésicule biliaire, par la palpation ou les inspirations profondes, provoque ou augmente la douleur lombaire droite. Quand la sensibilité vésiculaire s'atténue, le point douloureux lombaire s'atténue jusqu'à disparaître.

Anus gargouille de Lambret. — M. Victor PAUCHET rappelle que l'anus phallus ou l'anus en trompe est constitué par l'engainement de l'extrémité supérieure de l'intestin, par un lambeau cutané, pris sur la paroi abdominale. Ainsi, la continence est parfaite.

Actuellement, le chirurgien peut employer, en dehors de ce procédé, trois autres méthodes simples :

L'anus de Jeannel, avec pont cutané.

L'anus de Mayo, avec pont cutané fait simplement par la suture cutanée entre les deux branches de l'anse.

L'anus de Reclus qui maintient l'anse herniée par une baguette de verre.

Ce qu'il faut éviter, c'est de fermer le bout inférieur, autrement dit, de laisser le cancer du rectum dans une cavité close. L'auteur, personnellement, sur 15 cas, a observé 7 ruptures, dont une mortelle ; les autres ont fait des fistules, avec abcès. L'auteur a donc renoncé à la fermeture du bout inférieur.

Une observation de rachianesthésie à la stovaïne-caféine. — M. ZISLIN fait un rapport sur une observation de M. GOUGUET DE GIRAC.

Un homme de soixante-trois ans, artério-scléreux, albuminurique et emphysémateux, à la suite d'une rachianesthésie pour cure radicale de hernie présente des phénomènes de parésie intestinale pendant dix jours, avec rétention d'urine durable et à la suite de l'application d'une vessie d'eau chaude sur l'hypogastre, des plaques érythémateuses au niveau de la racine des cuisses ; le malade présente pendant plusieurs semaines des troubles de la sensibilité des membres inférieurs.

Le rapporteur estime que chez un malade dont l'état était aussi précaire, il n'y avait pas plus de raisons de pratiquer une anesthésie rachidienne qu'une anesthésie générale. Ce malade était seulement justiciable d'une intervention sous-anesthésie locale.

L'anesthésie épidurale. — M. HANNECART (de Bruxelles) oppose à la rachianesthésie la rachiépidurale pour les opérations sous-diaphragmatiques.

L'avantage de cette méthode est l'absence de menace mortelle, d'alerte et de maux de tête, autrement dit, suppression des inconvénients de la rachianesthésie. Mais, par contre, elle ne procure pas la résolution musculaire, « le silence abdominal », qu'on observe dans la rachianesthésie. Hannecart emploie la scurocaïne à 1 p. 100, dans l'eau simple, à la dose de 100, 200, 250 centimètres cubes.

L'anesthésie est lente à venir et dure deux heures ; elle finit par la peau. L'analgésie est très souvent parfaite ; exceptionnellement, il faut ajouter un peu de kélène ou d'éther. La dose absorbée dans ces cas est insignifiante. La méthode est donc ni plus ni moins fidèle que la rachianesthésie, mais c'est un grand progrès de pouvoir la substituer souvent à cette dernière qui offre des risques. Une seule piqûre la rend supérieure à l'anesthésie régionale, comme l'emploie M. Victor Pauchet, car celle-ci nécessite plusieurs piqûres.

M. DARTIGUES présente **un cas de lithiase salivaire de la glande sous-maxillaire droite. Extirpation de la glande.** — Homme de vingt-cinq ans qui, en deux crises, qui ont duré chacune trois jours avec un intervalle de deux mois, a expulsé quatre calculs gros, chacun comme une dent. Extirpation de la glande par la voie sous-maxillaire. L'examen histologique a montré une sous-maxillarite subaiguë sans lésions spécifiques avec perte des caractères des éléments secréteurs et fortes travées scléreuses. Il est difficile de préciser l'étiologie de la lithiase salivaire.

M. OZENNE rappelle que le professeur Richet, en 1875, a émis l'hypothèse que ces calculs étaient dus à du tartre dentaire.

M. JUDET rappelle qu'il a rapporté autrefois une observation de calcul de la glande sous-maxillaire. Comme particularité, ce calcul était visible aux rayons X. Il donnait lieu à une suppuration abondante par le canal de Warthon. Il put l'extraire par la bouche. Le volume était celui d'une petite noisette.

Ostéopériostites post-typhiques et autovaccin. — M. Raymond PETIT rapporte quatre observations d'ostéopériostite consécutives à la fièvre typhoïde. Ces ostéopériostites ne sont pas toujours à bacille typhique, elles peuvent être dues à des microbes d'infection secondaire, qui trouvent au niveau des plaques de Peyer ulcérées de larges portes d'entrée.

Gynécomastie et cancer du sein chez l'homme. — M. PETIT DE LA VILLÉON présente une pièce opératoire, néoplasme du sein, opéré chez un homme âgé, lequel était atteint d'une gynécomastie très accusée, consécutive à une prostatectomie.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

A titre préventif, prescrire deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, deux à trois jours par semaine. Veiller au régime : n'autoriser les viandes qu'à midi, cuites sur le gril et très peu salées.

A titre curatif, deux cachets par jour, cinq à dix jours de suite, de *Théosalvose digitalique*. Arrêt de quatre à cinq jours, puis reprendre cinq à dix jours. Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée*. Régime lacté ou lacto-végétarien.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 7 JUILLET AU 12 JUILLET 1924)

THÈSES

Mardi 8 juillet (suite). — Jury : MM. Cunéo, président; Lecène, Chevassu et Mocquot. — M. LAMARE. Etude des septicémies post-opératoires. — M. MOURRET. Traitement des infections à staphylocoques. — M. THALHEIMER. Repérages anatomiques de la tête et du col fémoral. — M. PELTIER (Paul). Kyste et diverticule de l'appendice. — M. ILL (Georges). Quelques réflexions sur les brûlures de l'œsophage. — M. HUMBERT. L'ulcère peptique du diverticule de Meckel.

Mercredi 9 juillet. — Jury : MM. Bernard, président; Sebileau, Labbé (M.), Lemaître. — M. BESSON (M.). Quelques considérations à propos du chauffage central. — M. DELANGHE (Ch.). Sur un essai de production du point aseptique. — M. ANTOINE. Une organisation départementale antituberculeuse. — M. DUJARIER. Etude de la chirurgie endo-septale. — M. WALTHER. Etude sur le plexus solaire. — M. ALBOUKRU. Action comparée de l'insuline sur le métabolisme.

Jury : MM. Broca (Aug.), président; Delbet, Couvelaire et Lévy-Solal. — M. PINEYRO. Anastomose saphéno-fémorale. — M. HUC. De l'adaptation de la ceinture scapulaire du thorax. — M. STOVITCH. Absence congénitale partielle et atrophie du fémur. — M. NOGUÈRES. Etude clinique et thérapeutique des hémorragies secondaires du postpartum. — M. DELTEIL (Jules). Des ruptures internes pendant le travail. — M. DOITEAU. Prépuce et circoncision. — M. MONPROFIT (Louis). Des tumeurs bénignes du placenta.

Jeudi 10 juillet. — Jury : MM. Balthazard, président; Teissier, Bernard et Duvoir. — M. FURON. Quelques réflexions à propos d'un cas de fièvre de Malte. — M. BRUNET. Les intoxications professionnelles par certains dissolvants du caoutchouc. — M. GIVKOVITCH (R.). Intoxication par les corps du groupe du véronal. — M. FRANÇOIS (Louis). Le préventorium scolaire. — M. MAURICE (Marie). Quatre ans de fonctionnement du service annexe dermato-vénérologie de Rouen. — M. DANSAC (Albert). Les coqueluches frustes atypiques.

Jury : MM. Achard, président; Nobécourt, Aubertin et Lian. — M. POUTRIKOVITCH (M.). Etude de certains états léthargiques non pathologiques. — M. CHAUVOT. Les guérisons spontanées des perforations typhiques. — M. JACOB (Simian). L'hypotrophie syphilitique. — M. BOURDEL. Etude de la sclérodermie chez les jeunes sujets. — M. PITAR (L.). Etude du purpura au cours de la maladie sérique. — M. COLARD. La leucémie chez l'enfant. — M. BRENNIEL. L'hypertension artérielle d'origine syphilitique chez les enfants.

Jury : MM. Jeanselme, président; Claude, Guillain et Baudouin. — M. PANTETITCH (Milan). Etude de la paralysie faciale syphilitique précoce. — M. GEORGIADIS. Purpura dû aux arsénobenzènes, pendant le traitement de la syphilis. — M. PONCE DE LÉON. Quelques cas de bismutho-résistance. — M. PERRIN (Julien). Des polynévrites. — M. GUILLOT. Tumeurs hypophysaires à symptomatologie mentale. — M. ARBEIT. Les syndromes gastralgiques d'origine appendiculaire. — Mlle OBREJA-VULPESCO. Etude de la céphalée ou crâne en tour.

Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Philibert et Lemaître. — M. DECRESSAC (G.). Etude des poussées évolutives de tuberculose pulmonaire. — M. YOVANOVITCH (M.). Le stovarsol. — M. MALLET (J.). Le sphacèle des tissus consécutifs avec injection de l'adrénaline. — M. AUBIN (André). La biopsie clinique en oto-rhino-laryngologie. — M. AMIOT. Etude de l'acidité ionique des urines. — M. YOVANOVITCH. Propriété thérapeutique du stovarsol. — M. MAIGRE. De la régularisation thermique. — M. DURAND (Jean). La poussée évolutive dans les adénopathies tuberculeuses.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Basset et Moure. — M. HERBELIN (Maurice). Etude des utérus didelphes. — M. DAVID. Disjonction pubienne. — Mlle TOPOROVSKY (P.). Etude du traitement du cancer du col utérin. — M. DELMAS. Les amputations spontanées de l'appendice. — M. CARTOTTOT. Etude de la transfusion du sang. — M. XOUDIS. Luxation congénitale de la rotule en dehors. — M. CAFFEAU (Olivier). Etude du traitement du prolapsus utérin sénile.

Vendredi 11 juillet. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Couvelaire, Ombrédanne et Le Lorier. — M. RADIVOYOVITCH (E.). Résultats éloignés de la fracture du cubitus. — M. MILITCH (M.). Etude radiographique sur des mains et pieds. — M. DEMELIN. Fonctionnement de la maternité de Baudelocque. — M. GEANT. Fonctionnement de la maternité de Baudelocque. — M. MATHIEU. Néphrite clinique et gestation. — M. BARDY. Etude sur la guérison de l'anémie. — M. TRAVLOS. Etude sur l'incompatibilité sanguine.

Samedi 12 juillet. — Jury : MM. Widal, président; Gilbert, Bezançon et Philibert. — M. GIRARD. Recherches sur les variations dans quelques états pathologiques. — Mlle DOUCHITZA (Loukitch). Dysménorrhée intermenstruelle. — M. GINSBOURG. Traumatoses expérimentales à microbes anaérobies. — M. DE SOUZA. La sténose mitrale avec communication interauriculaire. — M. BOCAGE. Les albumines rachidiennes d'origine parenchymateuse. — M. MAUVOISIN. Etude radiographique des manifestations articulaires de la goutte. — M. LE BLAY. Un syndrome d'hérythmologie concomitante avec hypertension segmentaire.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Lejars, Terrien et Auvray. — Mlle BEAUMEL (G.). Etude du traitement des tumeurs de la rétine par les rayons X. — M. FRON. Etude sur la mesure de l'acuité visuelle. — M. GELY. Des iritis séreuses et de leur aspect clinique étudiés à l'éclairage de Guillotraud. — M. WILLOT. Les affections des glandes de Wectonnis. — M. TANDONNET (F.). Etude clinique sur les fractures du périné. — M. LEMPÉRIÈRE (Jean). Etude des abcès sous-phréniques droits. — M. MARTERET. Etude de l'électrocoagulation en oto-rhino-laryngologie.

Jury : MM. Carnot, président; Nobécourt, Sicard et Rathery. — M. CORNU. Etude du sarcome primitif du jéjuno-iléon. — M. DECRESSAC (Jean). Des périgastrites antérieures suppurées dans le cancer de l'estomac. — M. DESCHAMPS (Charles). Vitamines et avitaminoses. — M. LARGET-PIET. Etude du syndrome d'Erb-Goldflam, myasthénie paralytique. — M. MÉROVICI (M.). Le signe des scalènes dans la pneumonie du sommet. — M. OBELIN. Œdème aigu du poumon au cours du rétrécissement mitral. — M. BONIN. Quelques considérations sur la scarlatine.

Jury : MM. Achard, président; Letulle, Bernard et Vilaret. — M. GORY (Robert). Etude de la leucémie aiguë. — M. CAMUS. Anomalies congénitales des trompes de Fallope. — M. VANHEUVERSWYN (H.). L'association spirillaire au cours des dysenteries. — M. BOUVIER. La forme hématurique du syndrome entéro-rénal. — M. NAVEAU. Les résultats statiques du pneumothorax artificiel. — M. GALLIEN (Roger). Hygiène et prophylaxie bucco-dentaires. — Mlle ROUSSY (Henriette). L'infirmière, sa formation générale.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ) (1)

FORMES CLINIQUES. — *a*. **Suivant les symptômes.** — 1. FORMES INTERMÉDIAIRES aux précédentes : on peut observer au niveau du côlon droit des formes sténosantes; au niveau du côlon gauche des formes ulcéreuses avec tumeur volumineuse, et évolution rapide semi-inflammatoire. Tous les intermédiaires existent entre les types de description donnés; des phénomènes inflammatoires venant compliquer un cancer en ficelle créent, eux aussi, une tumeur.

2. FORME DÉBUTANT PAR UNE OCCLUSION AIGUË : surtout au niveau du côlon sigmoïde.

3. CANCER DU CÔLON SIGMOÏDE ENCLAVÉ dans le petit bassin : grave (envahissement précoce des organes voisins); de diagnostic très difficile.

b. **Suivant le siège.** — 4. CANCER DE LA VALVULE ILÉO-CÆCALE. — Deux types :

a. *Iléovalvulaire* : réalise une occlusion chronique du grêle avec syndrome de Kœnig au début, puis distension intestinale, avec clapotage et fausse ascite. Terminaison par occlusion, le plus souvent secondaire à une invagination;

b. *Cæcovalvulaire* : l'une des formes les plus fréquentes du cancer du cæcum : grosse tumeur très comparable au cancer du côlon ascendant.

5. CANCER DU CÆCUM. — Tumeur volumineuse ayant peu de tendance à la sténose; contracte de bonne heure des adhérences dans la fosse iliaque; s'infecte très précocement.

6. CANCER DU CÔLON TRANSVERSE. — Rappelle dans la partie droite, accolée, le cancer du côlon ascendant; dans la partie gauche, mobile, le cancer du côlon descendant. Retentit, plus que les autres, sur les fonctions gastroduodénales, et réalise plus fréquemment les types gastrique ou dyspeptique. S'infecte précocement (phlegmon s'ouvrant à la paroi). Contracte des adhérences avec les organes voisins (estomac, foie); avec la paroi (métastase ombilicale).

PRONOSTIC. — Grave. Cependant cancer relativement bon, en raison de la rareté des métastases; pronostic relativement plus sévère à droite; en raison de la fréquence de l'infection.

DIAGNOSTIC. — 1° **Troubles coliques; pas de tumeur.** — *Entérocolite mucomembraneuse.* — Crises plus dramatiques, plus violentes, séparées par des intervalles prolongés de bonne santé.

Colites, coudures, ptoses, brides ne devront de même être admises qu'après examen précis, et notamment examen radiologique.

Ulcère simple (Quénu et Duval) : constipation chronique intense; douleur précoce, fixe, continue.

2° **Tumeur abdominale droite.** — *A*. RAPPORTER LA TUMEUR AU CÆCUM. — 1. *Rein* (hydronéphrose, tuberculose, cancer, rein mobile) : pas de phénomènes intestinaux; hématurie, pyurie.

2. *Tumeurs de la vésicule* ou *du foie* (cancer, kyste hydatique).

3. *Péritonite tuberculeuse.*

B. TUMEURS INTESTINALES. — 1. *Tumeur stercorale.* — Exceptionnelle à droite; masses multiples, petites, non élastiques, changeant d'un jour à l'autre, disparaissant après purgation : débâcle de matières dures.

2. *Volvulus du cæcum.* — Syndrome douloureux paroxystique; arrêt complet des matières et des gaz; tumeur rénitente tendue douloureuse.

3 *Tumeur inflammatoire.* — *Appendicite* non encore résorbée : diagnostic facilement éliminé : début brutal, tumeur sensible et moins nettement limitée.

4. *Actinomycose.* — Affection exceptionnelle, de diagnostic à peu près impossible; supposé dans certains cas : adhérence précoce à la paroi, dureté ligneuse, alternatives d'accroissement et de diminution.

5. *Invagination chronique.* — Très rare, fort difficile; souvent secondaire à une tumeur valvulaire.

6. *Tuberculose hypertrophique.* — Le diagnostic le plus important en raison de sa fréquence et de sa difficulté. Sujet plus jeune; constitution plus lente des accidents; moins d'hémorragies; tumeur élastique, plus régulière, plus sensible; parfois quelques irrégularités thermiques; malgré cela, le diagnostic reste souvent hésitant; l'intervention, indiquée dans les deux cas, laisse souvent persister un doute que lève seul l'examen histologique.

3° **Occlusion.** — *a*. LENTE. — Toutes les sténoses, tuberculeuse, syphilitique, dysentérique; les compressions, par tumeur, par péritonite chronique, peuvent être discutées.

b. AIGUË. — L'âge du sujet, la douleur cæcale peuvent faire soupçonner le cancer du côlon pelvien; seule la laparotomie permet de l'affirmer.

4° **Tumeurs abdominales gauches.** — a. *Tuberculose hypertrophique de l'S iliaque.* — Souvent localisation recto-anale; tumeurs multiples, saignant moins; ganglions très volumineux. En pratique très grosses difficultés, diagnostic parfois tranché par la seule histologie.

b. *Syphilome.* — A l'endoscopie, sténose régulière, cylindrique, non saignante.

c. *Actinomycose.* — Très rare,

d. *Sigmoïdite chronique hypertrophique.* — Attaques successives de sigmoïdite aiguë, aboutissant à un tableau d'obstruction chronique. Tumeur irrégulière, ferme, absolument fixe. A l'endoscope, muqueuse granuleuse, saignant peu : diagnostic très difficile.

e. *Périsigmoïdite chronique.* — Simule de plus près encore le cancer. Cependant début brusque, élévations thermiques passagères, douleurs incessantes, tumeur bien limitée, peu adhérente.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 51, p. 859, et n° 53, p. 890.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cancer du rectum, par A. CHALIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et H. MONDOR, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Bibliothèque du cancer publiée sous la direction des professeurs H. Hartmann et L. Bérard. In-16 de 590 pages avec 105 figures dans le texte. — Prix : 40 fr. ; franco France, 42 fr. — Paris, G. Doin.

L'Hygiène des hépatiques, par le docteur Roger GLÉNARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur ès sciences, médecin consultant à Vichy. In-16 jésus, élégamment cartonné, de 302 pages avec figures. — Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Silhouettes médico-chirurgicales (1re série), par le docteur L. DARTIGUES, avec préface du docteur L.-M. PIERRA. Grand in-4 de 116 pages avec 26 photographies et 26 dessins originaux. — Prix : 10 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Syphiloïde du Jutland. Histoire des origines de la législation danoise pour combattre les maladies vénériennes, par le professeur Edv. EHLERS, médecin en chef de l'hôpital communal de Copenhague. Un vol. de 88 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Diagnostic par les méthodes de laboratoire au lit du malade, par Ch. LESIEUR et G. MOURIQUAND, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon. Collection des Actualités médicales. In-16 de 206 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 56. — SAMEDI 12 JUILLET 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 12 JUILLET 1924. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Faroy, Monier-Vinard, Capette, Bergeret, Brocq, Cerise, Touraine, Bénard, Vignes.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Le 6 octobre 1924 s'ouvrira à la Préfecture de police un concours pour l'admission à une place d'interne titulaire en médecine et en chirurgie à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, à Fresnes, et pour la désignation de quatre internes provisoires.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert, dès maintenant, à la Préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le samedi 13 septembre, à 16 heures.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES. — Par arrêté en date du 20 mai 1924 le brevet de capacités professionnelles permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 400 infirmières hospitalières possédant un diplôme d'infirmière hospitalière et à 505 infirmières en fonctions dans des établissements hospitaliers à caractère permanent. (*J. O.*, 9 juillet 1924.)

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Orsoni, médecin de colonisation à Herbillon (Constantine).

Médaille de vermeil. — M. Marcel Flogny, interne des hôpitaux à Alger.

Médailles de bronze. — MM. Smati Abd el Kader ben Ahmed, à Sétif; Porcher, médecin de colonisation, à Fedj-M'Zala; Graziani, médecin de colonisation, à Laverdure; Vivien, médecin de colonisation, à Bordj-Bou-Arreridj.

IVe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — L'Association française de pédiatrie organise un Congrès qui se tiendra à Paris les 29, 30 septembre et 1er octobre 1924, sous la présidence du professeur Marfan, à l'amphithéâtre de la clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades.

En dehors des membres de l'Association, les médecins français ou étrangers peuvent adhérer au Congrès à titre de membres participants. Pour cela, ils devront en faire la demande, avant le 10 septembre, en s'adressant au secrétaire général du Congrès, M. H. Barbier, 5, rue de Monceau, à Paris, et être présentés par trois membres français de l'Association française de pédiatrie.

La cotisation de ces membres est de 60 francs ; les personnes de leur famille peuvent devenir adhérents sur leur demande moyennant une cotisation de 30 francs.

Les rapports suivants ont été distribués :

M. Lesné : « Etiologie et pathogénie du rachitisme. »

M. L. Tixier : « Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile. »

MM. Ribadeau-Dumas et Rocher : « Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance. »

XXXVIIIe CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE. — La Société française d'ophtalmologie a accepté l'invitation de la Société belge d'ophtalmologie de tenir son XXXVIIIe Congrès à Bruxelles le lundi 11 mai 1925 et jours suivants.

A cette occasion des fêtes et des excursions (notamment à Bruges) seront organisées.

Le programme paraîtra ultérieurement, mais on peut déjà, pour tous renseignements, s'adresser au docteur René Onfray, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

FONDATION DÉJERINE. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Ambroise Rendu, au nom de la 5e Commission, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à l'acceptation de la donation faite par Mme Déjerine, en souvenir de son mari, le très regretté professeur Déjerine, en vue d'être distribuée chaque deux ans à une infirmière de l'hôpital de la Salpêtrière.

CLINIQUE MARITIME DE COQ-SUR-MER (Belgique). — COURS DE VACANCES. — Du 18 au 25 août, un cours de

vacances destiné aux médecins sera donné à la clinique maritime. Il comprendra des conférences et des démonstrations pratiques. Les conférences seront données par les docteurs Delchef, Wettendorff et Ledent.

Le cours comprendra dix leçons : 1° Généralités sur la chirurgie orthopédique. 2° Diagnostic et traitement du mal de Pott. 3° Les affections orthopédiques de la hanche et leur diagnostic ; mensuration des membres inférieurs. 4° Traitement de la coxalgie. 5° Diagnostic et traitement de la tumeur blanche du genou. 6° Diagnostic et traitement de la tumeur blanche de l'épaule et du coude. 7° Traitement des autres tuberculoses externes. 8° Les opérations correctrices après guérison de tuberculoses ostéo-articulaires. 9° Thalassothérapie et héliothérapie dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales, par le docteur Wettendorff, de Middelkerque. 10° La gymnastique orthopédique, par le docteur Ledent (de Liége).

Le nombre d'auditeurs est limité à 20. Le droit d'inscription est fixé à 150 francs, pour couvrir les frais matériels du cours.

Envoyer son adhésion, avant le 20 juillet, au docteur Delchef, 36, rue Stévin, à Bruxelles.

CONCOURS DU COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — PRIX SIRUS PIRONDI. — Prix biennal de 300 francs, produit des arrérages d'une somme de 6 000 francs, légués au Comité médical, par le président d'honneur, M. Sirus Pirondi. Ce prix sera décerné à l'Assemblée générale de 1923. Tous les docteurs en médecine français peuvent coucourir. Les mémoires, inédits, devront être adressés au secrétaire général du Comité, avant le 31 décembre 1924, dans les mêmes conditions que celles du prix Rampal.

PRIX RAMPAL. — Fondé au Comité médical par décision du 11 mars 1894.

Le Comité médical des Bouches-du-Rhône, rappelle à MM. les Etudiants en médecine que le prix Rampal est biennal, de la valeur de 120 francs. Il consiste en livres de médecine et en instruments de chirurgie, au choix du lauréat. Il est décerné dans l'Assemblée générale annuelle d'avril du Comité médical, à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de sciences médicales au choix des concurrents.

Sont seuls admis à concourir les étudiants en médecine régulièrement inscrits à l'Ecole de médecine de Marseille.

Les mémoires pour le prochain concours devront être adressés, avant le 31 décembre 1924 inclusivement (terme de rigueur, au secrétaire général du Comité médical des Bouches-du-Rhône, marché des Capucins, 3, à Marseille.

Ils ne devront pas être signés, mais porter en tête une légende reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom de l'auteur, qui sera jointe au mémoire.

Ne seront pas admis à concourir les mémoires dont les auteurs auront pris le titre de docteur avant le 31 décembre, jour de la clôture du concours.

Les mémoires restent la propriété du Comité.

PRIX ANNUELS. — Des prix annuels sont décernés par le Comité médical pour récompenser les étudiants en médecine ou en pharmacie de l'Ecole de Marseille, qui présentent à la Commission scientifique, réunie régulièrement tous les vendredis du mois (mi-juillet, août et septembre exceptés), des pièces d'anatomie normale ou pathologique (prix des étudiants en médecine) ou des communications sur des travaux pratiques de pharmacie et de chimie (prix des étudiants en pharmacie). Ces prix seront décernés à l'Assemblée générale d'avril 1925.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dietz, radiologiste des hôpitaux de Bruxelles; Paul Famenne (de Florenville, Belgique) ; Frédéric Ferrière, membre du Comité international de la Croix-Rouge à Genève; Adolphe François, ancien interne des hôpitaux de Lille; Henry Lévy (de Paris) ; Maruitte (de Caen) ; Jules Roux, ancien interne des hôpitaux de Marseille; Stoltz (de Montpellier); Mlle Smadja, étudiante en médecine à Marseille).

PRATIQUE MÉDICALE

DE L'EMPLOI DE L'ALLONAL EN PRATIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE (1)

Par MM. les docteurs Julien TELLIER et Paul BEYSSAC.

La lutte contre la douleur est une préoccupation constante du médecin et du dentiste; on la combat soit par les anesthésiques généraux, soit par les anesthésiques locaux, soit par les analgésiques ordinaires dont les résultats sont parfois excellents, mais parfois aussi infidèles, soit enfin par les hypnotiques dont on connaît les avantages et aussi les inconvénients.

L'allonal est à la fois analgésique et hypnogène : c'est un « analgésique renforcé », capable, en amenant progressivement la sédation de la douleur et des phénomènes morbides, de déterminer un sommeil paisible, semblable au sommeil physiologique, suivi d'un réveil normal, sans lassitude et sans maux de tête.

Au point de vue chimique, c'est un isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine qui complète l'action calmante de l'amidopyrine par les propriétés sédatives des composés barbituriques.

MM. Tellier et Beyssac viennent de publier les résultats de leur pratique qui leur permettent de conclure que l'allonal peut rendre de grands services dans la lutte contre la douleur (deux à trois comprimés par jour) au cours des opérations qui sont effectuées sur la région gingivo-dentaire et dans la cavité buccale.

De même dans deux articles récents du *Concours médical* (24 février et 27 avril 1924), M. Mallein-Gerin a signalé l'action très nette et très constante que présente l'allonal sur l'élément douleur.

Comme la toxicité de l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine est pour ainsi dire nulle et que, dans les très nombreux cas où il a été utilisé, on n'a jamais constaté de phénomènes d'accoutumance et aucune modification de la tension sanguine, il semble que ce médicament très maniable soit susceptible de donner des effets excessivement satisfaisants dans toutes les algies de quelque nature qu'elles soient.

RENSEIGNEMENTS

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES AUTOUR DE VICHY. — Les nombreux baigneurs qui se rendent en été à Vichy apprendront avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. a organisé en leur faveur pendant la saison les services automobiles désignés ci-après :

Les dimanche, lundi, mercredi, jeudi et samedi, un service spécial avec aller et retour dans la même journée entre Vichy, Clermont-Ferrand, Royat, Le Mont-Dore et La Bourboule ;

Les mardi et vendredi, un circuit passant par Aigueperse, Châtel-Guyon, Riom, Clermont-Ferrand, Royat, Durtol, Volvic, Châtel-Guyon et Randan ;

Les mardi et samedi, un service A. R. de Vichy à la Chaise-Dieu ;

Plusieurs services d'excursions autour de Vichy (Col de Ceyssat, Monts de la Madeleine, Monts du Forez, Thiers, Vallée de la Sioule, Viaduc des Fades).

Tous ces services sont assurés par des voitures particulièrement confortables.

(1) Assoc. des dentistes du Rhône, 18 fév. 1924 et *Province Dentaire*, mars-avril 1924, n° 2.

R. C., 18.009, Seine

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE OSSEUSE DE PAGET

Par MM. PUECH et PAGÈS,
Internes des hôpitaux de Montpellier.

Définition. — La maladie osseuse de Paget ou ostéite déformante (1) peut être définie avec Vincent « une affection essentiellement chronique, progressive et apyrétique, caractérisée par l'augmentation de volume et la déformation de la plupart des pièces du squelette avec prédilection toutefois pour les os longs, ceux de la boîte cranienne et du rachis. » On peut ajouter que ce type morbide est réalisé par une ostéite à la fois raréfiante et néoformante déterminant des lésions anatomiques et des images radiologiques à peu près caractéristiques. Par contre, sa nature reste encore mal précisée.

Historique. — Sir James Paget a *individualisé la maladie* qui porte son nom dans deux communications faites en 1876 et en 1882 à la Société médico-chirurgicale de Londres. En France elle est signalée pour la première fois par Lancereaux dans son *Traité de l'herpétisme* (1883), et en 1885 Vincent en trace la symptomatologie. Nous ne rappellerons que les principaux travaux d'ensemble publiés : en 1886 P. Marie en distingue l'acromégalie ; en 1887, Richard y consacre une thèse importante inspirée par Lancereaux. Thibierge, en 1890, dans un important mémoire, discute sa nature et sa nosologie ; la question est résumée dans un article de Poncet (1890), dans la thèse de Joncheray (1893), dans les thèses de Cadet, Hillereau, Barthélemy (1901). Packard, en 1901, en rapporte 66 cas. En 1903, Lannelongue pose la question de l'*origine hérédo-syphilitique de l'affection* soutenue par Fournier et défendue dans la thèse de Fréchon (1903), puis de Bridoux (1904). La thèse de Vincent (1905) constitue sans doute le meilleur travail d'ensemble sur la maladie de Paget.

Nous signalerons encore les *recherches radiographiques* de Léri et Legros, sur les modifications de la structure osseuse (1909), celles de P. Marie, Léri et Chatelain (1912), sur les modifications de la morphologie cranienne, les thèses de Chastel (1909), de Lugnier (1914), de Mlle Wasertreger (1918), de Bertin-Mourot (1920), la leçon d'Achard parue dans le *Journal des praticiens* du 15 avril 1922, les communications et discussions des sociétés médicales ou radiologiques dans les trois dernières années.

Étiologie. — La maladie de Paget n'est pas très fréquente. Vincent, en 1904, estimait qu'on n'en connaissait pas encore 100 cas. Nous pensons qu'on pourrait, à l'heure actuelle, en réunir facilement 200 à 300 observations.

Elle serait un peu plus fréquente chez l'*homme* (Vincent).

C'est une maladie de l'*âge mûr* qui apparaît en général vers cinquante ans. Mais elle peut se voir à tous les âges : on l'a vue se révéler chez des jeunes gens : à vingt-quatre ans (Esmein), vingt ans (Moizard et Bourges), quinze ans (Cadet, Khoury), onze ans (Klippel et Weill) ; et inversement chez des vieillards : à soixante-trois ans (Catola), soixante-huit ans (Dufour et Bertin-Mourot), soixante et onze ans (Souques, Barré et Pasteur-Vallery-Radot), soixante-treize ans (Berger).

L'*hérédité* est signalée dans des cas rares : hérédité paternelle ou maternelle (cas de Pick, Chauffard), hérédité collatérale (frère ou sœur, cas de Lucien, Robinson, Dubreuilh et Laubie).

Lereboullet a observé chez *deux conjoints* une maladie de Paget.

Telles sont les causes prédisposantes de la maladie de Paget. Quant aux autres causes considérées comme déterminantes elles sont discutées. Nous les étudierons au chapitre de la pathogénie.

Symptomatologie. — La maladie osseuse de Paget se caractérise essentiellement par les *hypertrophies osseuses* et les *déformations du squelette*, auxquelles s'associent quelquefois des symptômes subjectifs.

A. **Symptômes subjectifs.** — Dans la règle, la maladie s'installe d'une façon insidieuse et évolue sans attirer l'attention du sujet jusqu'à un degré plus ou moins avancé. Dans quelques cas, cependant, elle se révèle par des phénomènes douloureux ou des fluxions articulaires.

Les *douleurs* apparaissent au niveau des os malades, soit de façon précoce, soit plus ou moins tardivement.

Douleurs précoces. — Dans le premier cas, elles précèdent de longtemps, vingt ans quelquefois, les déformations osseuses. Leurs caractères essentiels sont : une *grande violence* (Paget les comparait aux douleurs névralgiques ou rhumatismales), leur *apparition spontanée*, l'*absence d'horaire fixe*. On a pu noter des exacerbations par la pression, par certains mouvements, par l'état hygrométrique. Quand elles surviennent par crises paroxystiques elles peuvent en imposer pour les douleurs fulgurantes du tabes. D'autres fois elles se compliquent de sensations paresthésiques dans le membre intéressé, de crampes musculaires, ou même exceptionnellement (Ollier) de phénomènes inflammatoires, tels que rougeur des téguments et augmentation de la chaleur locale. Il semble que les douleurs soient en raison directe de la rapidité du processus et cette circonstance plaide en faveur de la thèse de Joncheray qui les attribue à la distension du périoste.

Douleurs tardives. — Quand les douleurs surviennent tard, elles sont d'une *moins grande acuité*, se réduisant souvent à une sensation d'engourdissement ou de courbature, et ne présentant pas d'exacerbations spontanées. Quand elles siègent aux membres inférieurs, elles s'accompagnent quelquefois d'œdème malléolaire.

Il ne faudrait cependant pas considérer comme absolues ces différences de caractères de la douleur. Rathery et Leloir, Symonds, Walther J. Kilner ont observé des douleurs tardives extrêmement violentes.

Les *fluxions articulaires* avaient déjà été signalées par Paget dans son observation princeps. Simple *empâtement de la séreuse articulaire* ou *hydarthrose*, l'arthropathie peut être, comme dans un cas personnel, la manifestation initiale de la maladie de Paget, ou apparaître de façon plus ou moins tardive.

---

(1) Synonymie. — Ostéite ossifiante diffuse (Lancereaux) ; — Ostéomalacie locale (Ollier) ; — Ostéomalacie hypertrophique bénigne (Vincent) ; — Pseudo-rachitisme sénile (Pozzi) ; — Rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats (Fercol). Mais ces dénominations sont mauvaises parce qu'elles préjugent de la nature de la maladie.

Sa fréquence avait paru si grande à Richard qu'il faisait de la lésion articulaire la base de sa classification clinique. Thibierge considère les arthropathies comme résultant de l'atteinte des articulations par un processus primitivement osseux. Peut-être pourrait-on, dans certains cas tout au moins, y voir une manifestation de l'agent étiologique, syphilis en particulier.

Chez un malade d'Achard il existait une déformation des doigts en coup de vent et une ankylose partielle des hanches et du coude.

B. **Symptômes objectifs.** — Ce sont l'hypertrophie osseuse et les déformations du squelette. Elles entraînent dans l'architecture des différentes régions des modifications qui donnent au pagétique, quand l'évolution est avancée tout au moins, un aspect très caractéristique.

L'*hypertrophie osseuse* est le premier phénomène en date; avant d'atteindre la presque totalité du squelette, elle se manifeste plus spécialement sur certains os. Les *tibias*, le crâne sont assez souvent atteints en premier lieu; un des signes révélateurs de la maladie de Paget est ce que l'on a appelé le *signe du chapeau* : sous l'influence de l'augmentation de la circonférence de la tête les chapeaux deviennent trop petits.

Les *caractères fondamentaux de l'hypertrophie osseuse sont* : la *symétrie* et la *localisation primitivement diaphysaire* au niveau des os longs. Il s'en faut cependant de beaucoup que ces caractères soient constants. De même, en raison du caractère extenso-progressif de l'affection, la localisation diaphysaire n'a qu'un temps; bientôt les épiphyses elles-mêmes sont envahies par le processus. Il n'est pas jusqu'aux apophyses d'insertion musculaire, jusqu'aux cartilages qui ne puissent être altérés et ces derniers présentent quelquefois de l'hyperchondrose (Friedreich, Packard) ou de l'ossification.

Les *déformations* sont souvent le symptôme révélateur de la maladie de Paget; mais elles se produisent toujours à un stade où l'hypertrophie est depuis longtemps réalisée. Pour en expliquer le mécanisme un certain nombre de théories ont été mises en avant : Paget les considère comme relevant d'un ramollissement du squelette; Hudelo et Heitz les attribuent à l'action musculaire qui s'exerce sur des os ramollis; pour Lannelongue elles sont le fait de la néoformation osseuse. Fréchon, dans sa thèse, a réfuté ces diverses conceptions qui résistent mal à l'examen des faits; il invoque, quant à lui, le bouleversement des surfaces articulaires d'où résultent des fonctions mécaniques modifiées : les os adaptent leur forme à ces nouvelles fonctions, en vertu de la loi de Wolff.

L'hypertrophie et la déformation osseuse donnent aux différentes pièces du squelette des aspects spéciaux.

Le *crâne* présente une augmentation de volume nette; sa circonférence atteint parfois des chiffres élevés (63 centimètres, Packard). Le front est bombé et saillant, de type olympien; les bosses pariétales sont anormalement accentuées et donnent au crâne un aspect natiforme. Les arcades sourcilières proéminent.

Du côté de la *face*, souvent assez peu lésée, on peut observer une saillie des os malaires, plus souvent un développement anormal du maxillaire inférieur, d'où un degré plus ou moins accentué de prognathisme et des modifications variables de l'articulé dentaire.

Le *thorax* présente d'importantes altérations : aplati latéralement le plus souvent, il présente peu d'expansion lors des mouvements respiratoires. Les côtes sont élargies; leur angle postérieur est très fermé; les cartilages peuvent participer au processus hypertrophique ou même s'ossifier. La saillie du sternum et l'arc puissant des clavicules surplombent le thorax en corniche.

Le *rachis* présente une courbure dorsale à concavité antérieure : il y a de la cyphose, quelquefois associée à de la scoliose, qui, jointe à la saillie des omoplates, contribue à donner au malade l'aspect d'un bossu.

L'*abdomen*, souvent proéminent, ou étalé latéralement, faisant suite à un thorax évasé dans sa moitié inférieure, paraît en être séparé par un sillon à hauteur de l'ombilic. Vers le bas il se continue insensiblement avec un bassin élargi dont les crêtes sont évasées et épaissies. Il résulte de ces modifications diverses qu'on a pu comparer le tronc des malades au *corps d'un violon*.

Les *membres supérieurs*, peu atteints dans les cas moyens, présentent des humérus incurvés, convexes en arrière; même déformation au niveau du cubitus. Le radius présente en général une coudure à sinus antérieur à sa partie inférieure.

Les petits os du carpe et de la main, longtemps considérés comme indemnes, ont été trouvés courbés par Pierre Marie, par Gilles de la Tourette et Magdelaine, Gaillard et Béclère, Jefferson, Ménétrier et Legrain, Achard, etc.

Aux *membres inférieurs* on observe ordinairement les incurvations les plus accentuées. Aux *fémurs* on constate une courbure à convexité antérieure ou externe avec une saillie souvent considérable du grand trochanter; tel malade d'Achard avait un fémur en « yatagan ». Les rotules conservent en s'hypertrophiant leur forme générale normale.

Les *tibias* sont la portion du squelette le plus souvent et le plus considérablement atteinte. Les faces très élargies, surtout au niveau de la diaphyse, sont rugueuses; la crête s'efface, les plateaux tibiaux sont élargis; souvent on constate la déformation appelée par Lannelongue « tibia en fourreau de sabre »; quelquefois aussi les tibias décrivent un arc à concavité interne et on a l'aspect des jambes en parenthèses.

Les *péronés* peuvent avoir des extrémités grossies et leur diaphyse offre parfois une courbure à concavité antéro-externe.

Les petits os des extrémités inférieures, souvent indemnes cliniquement, ont été trouvés hypertrophiés par Léri, Ménétrier et Legrain.

Aspect général du malade. — Les déformations dont nous venons de donner le détail donnent au malade un habitus assez caractéristique. Le tronc est penché en avant, les épaules tombantes, la tête inclinée sur la face antérieure du thorax. Les bras pendent au devant des cuisses et paraissent d'une longueur démesurée. Les membres inférieurs, incurvés en parenthèses ou en huit de chiffre (Léri) s'entrecroisent parfois, rendant la démarche hésitante et maladroite ou même l'empêchant complètement. Le front olympien, l'élargissement des bosses pariétales, le prognathisme forment un ensemble qui rappelle, suivant l'expression de Pozzi, la tête d'un singe anthropoïde.

Radiologie. — Les lésions osseuses de la maladie de Paget peuvent être mises en évidence par la radiographie qui apporte à la clinique un appui précieux, les images qu'elle donne sont en effet suffisamment *caractéristiques*; en outre elles montrent en général des *lésions beaucoup plus étendues qu'il ne paraissait à l'examen clinique.*

On peut considérer d'une façon générale :

1° Des modifications de forme;
2° Des modifications de volume;
3° Des modifications de structure.

Quant aux divers segments du squelette, considérées en particulier, nous retiendrons quelques caractères spéciaux que présentent quelquefois le crâne, les petits os des extrémités, la colonne lombaire.

Modification de forme. — La forme générale de l'os se reconnaît parfaitement, mais on note une exagération des courbures normales qui, dans les cas frustes ou au début de l'évolution peut échapper à l'exploration clinique. Les contours osseux ne sont plus marqués par une ligne nette; ils sont flous, mais ne présentent pas de soulèvements dus à des exostoses ou des périostoses comme dans la syphilis osseuse; quelquefois le cliché donne l'impression d'un double contour « comme l'image d'un objet vu dans une lorgnette qui n'est pas au point » (Achard).

Modification de volume. — Les os présentent une augmentation toujours appréciable de leur diamètre, surtout au niveau des diaphyses des os longs. Mais les os plats eux-mêmes peuvent aussi avoir une épaisseur excessive, les os du crâne en particulier que nous étudierons plus loin en détail.

Modifications de structure. — Ce sont les plus caractéristiques. Déjà signalées par Lévi et Londe, Hudelo et Hirtz, elles ont été bien étudiées par Legros et Léri sur des pièces sèches.

La couche compacte présente suivant les points une condensation ou une raréfaction extrêmement accentuées. Par ailleurs, on a un aspect d'écheveau fin emmêlé, un *aspect ouaté caractéristique*. Cet aspect est réalisé par une série de taches claires ou foncées et par une extrême abondance de travées très fines, plus ou moins claires ou foncées, finement réticulées, anastomosées entre elles et donnant parfois l'impression de tourbillons. Ces lésions peuvent s'étendre à la périphérie de l'os ou rester limitées à la portion centrale. En hauteur elles gagnent souvent jusqu'aux épiphyses qui gardent cependant encore parfois un souvenir de la disposition régulière des travées.

Cette description a été confirmée par les auteurs qui ont publié ultérieurement leurs observations (Achard, Delherm et Thoyer-Rozat, Pasteur-Vallery-Radot, Stévenin et Fatou, Bezançon, P.-E. Weill et Azoulay). Achard insiste cependant sur un aspect un peu différent qu'il a observé sur les os du carpe, sur les métacarpiens et les phalanges et qui consiste en une ostéite condensante. Duhem signale également un aspect fibroïde ou fibreux, « effiloché » ou encore un aspect lamellaire qui se rencontrerait assez fréquemment.

Du côté *du crâne*, Pierre Marie, Léri et Châtelin et nombre d'auteurs à leur suite ont trouvé des modifications qui méritent de nous retenir. Comme au niveau des autres portions du squelette on retrouve une épaisseur exagérée des diverses pièces osseuses (la voûte peut avoir jusqu'à 2 et même 3 centimètres), l'aspect floconneux ou *aspect truffé* de Delherm et Thoyer-Rozat. Mais c'est surtout du côté de la base que s'observent des lésions intéressantes. Au lieu de présenter, comme à l'état normal, trois étages successifs entre le front et l'occiput, elle apparaît nivelée par suite du soulèvement du corps de l'occipital, de la partie postérieure du sphénoïde et de la partie interne du rocher. En outre la base fait dans la boîte cranienne une saillie convexe décrite sous le nom de *convexobasie* par P. Marie, Léri et Châtelin ou encore sous celui de *cyphose basilaire.*

Les sinus maxillaires et frontaux peuvent apparaître élargis et comme insufflés (Zimmern).

La selle turcique ne présente pas dans la règle de modification appréciable. Dans quelques cas cependant elle tend à s'effacer; dans un cas personnel elle était manifestement agrandie par suite de la disparition des apophyses clinoïdes.

Signalons enfin, pour être complets, la sacralisation de la Ve lombaire découverte dans un cas par Delherm et Thoyer-Rozat et les lésions de sclérose artérielle relevées par Béclère et sur lesquelles nous reviendrons à propos de la pathogénie.

Symptômes accessoires. — Il est exceptionnel de rencontrer une maladie de Paget présentant uniquement des lésions osseuses. Il s'agit le plus souvent de malades, âgés, scléreux, présentant parfois des symptômes de syphilis de divers organes. Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits que nous retrouverons à propos de la pathogénie de l'affection. Des troubles respiratoires ont été mentionnés assez souvent, emphysème, bronchite chronique, tuberculose; des symptômes de syringomyélie ont été notés par P. Marie et Léri. Dans un cas d'Apert et Bornet-Lagarde il existait de l'éosinophilie; les mêmes auteurs ont noté une diminution des phosphates et de l'urée urinaires. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Évolution et pronostic. — La maladie de Paget est une *affection essentiellement chronique*, le plus souvent *très lente;* son évolution demande souvent de dix à vingt ans. Elle procède par poussées entrecoupées de *rémissions* parfois assez prolongées et sa marche inexorable aboutit en fin de compte à l'impotence totale des sujets qui en sont atteints (1).

Parmi les complications il faut signaler la fréquence des fractures survenant à la suite de traumatismes même minimes (Gaucher et Rostaine, Hillereau).

La mort survient par le fait d'affections intercurrentes, spécialement les affections thoraciques, cardiaques ou pulmonaires, nerveuses : affaiblissement psychique, démence sénile (Joncheray, Chauffard, P. Marie, Dieulafoy, Pachard).

Le traitement est à peu près impuissant. Nous verrons que le traitement antisyphilitique a pu dans certains cas atténuer certains symptômes de la maladie ou même l'arrêter (cas de Jacquet).

Formes cliniques. — La maladie de Paget ne se présente pas toujours avec une symptomatologie aussi complète que celle qui vient d'être tracée. Elle présente en réalité une série de modalités que

(1) Le cas de guérison spontanée publié par Tridon (*Soc. anat.*, 18 déc. 1920), nous paraît très contestable comme maladie de Paget.

l'on peut grouper en un certain nombre de formes cliniques.

1. La **forme extrême** (Lannelongue) est celle qui a été prise comme type de description.

2. La **forme moyenne** (Lannelongue) présente des symptômes atténués, une marche beaucoup plus lente, moins progressive, une généralisation moins rapide.

3. Dans les **formes atypiques ou anormales**, l'anomalie peut relever de plusieurs facteurs.

a. Elle peut résulter de l'absence d'une altération osseuse habituelle : clavicule (Catola, Léri, Ménétrier, Bergé), tibia (Cadet), tibia et clavicule (Lévi), tête (Léri, et Legros). D'ailleurs souvent la base du crâne est plus atteinte qu'on ne le croit comme le montrent l'examen radiographique (P. Marie, Léri et Châtelain), l'examen microscopique (Gilles de la Tourette).

b. Elle peut provenir d'une localisation osseuse exceptionnelle comme celle de l'os hyoïde ou de l'atteinte des cartilages qui sont épaissis : larynx (Packard), oreilles, cartilage tarse, épiglotte, cloison des fosses nasales (Fridreich), effacement de la voûte palatine.

c. Dans d'autres cas plus intéressants les lésions restent limitées, ce sont les *formes frustes;* la maladie peut être réduite à quatre os (Huchard, Binet et Hillerau), à trois os (Richard, Souques, Barré et Pasteur-Vallery-Radot), aux os d'une moitié du corps dans les formes unilatérales : dans ce cas en même temps que les membres on peut constater des lésions de la clavicule du même côté et du crâne (Lugnier, Zimmern, Delherm), ou seulement de la clavicule (Klippel et Weill), ou le crâne et la clavicule sont indemnes (Klippel et Weill). On a signalé des lésions localisées aux deux membres inférieurs (Babonneix, Denoyelle et Périsson), aux deux tibias (Paget et Lunn), au tibia et au péroné (Galliard), à un membre inférieur (Léri), à un seul os : fémur (Lancereaux, Massary et Léchelle), humérus (Oettinger), crâne (Catola), clavicule (Léri). La maladie pourrait encore se manifester par des hyperostoses ou des déformations tout à fait atypiques, elle peut se limiter à la lésion bulbaire d'un seul os pendant des mois et des années (Thibierge, Hirtz et Merklen); dans le cas de Léri il existait une hypertrophie du crâne et des déformations des extrémités des mains et des pieds.

Dans cette forme fruste, les déformations des os longs sont les mêmes que dans les formes typiques, mais moins accentuées. Dans le cas de Apert et de Bordet-Lagarde, dans le cas de Vedel, Puech et Pagès le tibia était hypertrophié en masse, mais sans modification de sa forme.

Il faut ajouter que ces formes sont frustes cliniquement plus encore qu'anatomiquement. Car si l'on fait une radiographie du squelette complet dans ce cas, on est souvent surpris de trouver des modifications de structure de celui-ci, quelquefois généralisées, comme nous l'avons nous-mêmes constaté.

d. Signalons enfin avec les formes atypiques les déformations anormales constatées parfois au niveau de certains os : le radius était déformé en dos de fourchette chez le malade de Cadiot, et Sicard et Laplane ont vu une hémicraniose dans un cas de maladie de Paget; Ledra Heazlet un sarcome du tibia coexister avec elle.

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie de Paget est assez facile. Il ne se pose guère dans les formes typiques.

L'*acromégalie* donne des déformations différentes, le crâne est normal, la face déformée, ainsi que les extrémités qui sont augmentées de volume. A la radiographie les os des extrémités sont simplement augmentés de volume. Les troubles spéciaux associés (troubles visuels, radiographie de la selle turcique, signes de compression intracranienne) serviront à faire le diagnostic.

Dans l'*ostéomalacie*, qui atteint surtout les femmes enceintes, les déformations des os sont irrégulières et caractérisées essentiellement par leur ramollissement, se traduisant par des images radiographiques très spéciales, les os conservant leur couche compacte, mais se creusant de grandes alvéoles irrégulières, leur donnant une clarté anormale.

Le *rhumatisme chronique* atteint surtout les jointures, il est accompagné de douleurs articulaires; il peut d'ailleurs s'associer à la maladie de Paget. On peut en rapprocher le *spondylose rhizomélique* qui parfois hypertrophie les clavicules, les crêtes iliaques, les fémurs et les tibias; mais les douleurs y sont plus vives, l'ankylose rachidienne est plus marquée et s'étend aux articulations des racines (Achard).

Dans les *formes localisées* le diagnostic est parfois plus délicat. La radiographie qui montrera des images un peu spéciales et surtout une généralisation des lésions plus étendue que ne le montrait l'examen clinique permettra de l'établir.

Wirchow a décrit sous le nom de *leontiasis ossea* une hyperplasie considérable des os du crâne et de la face. La tête prend ainsi un aspect tout particulier. A la radiographie les lésions sont généralement différentes, dépendant d'après Duhem elles peuvent prendre l'aspect ouaté que l'on trouve si souvent dans la maladie de Paget.

Les *kystes*, les *exostoses osseuses* seront facilement reconnues.

Le diagnostic est plus difficile dans certaines *ostéopathies* dites du *type Paget*. Elles comprennent :

a. L'*ostéoporose sénile à type pagétique* de P. Marie, Mocquot et Moutier dans lesquelles le début tardif, l'absence de lésion des membres, du crâne, des clavicules, sans douleur prodromique font faire le diagnostic.

b. Les *ostéopathies syphilitiques* à forme pagétique des os (Lugnier). Cliniquement il s'agit de maladie de Paget, et radioscopiquement on retrouve les caractères des ostéites syphilitiques. Il s'agit peut-être là de formes de passage entre les deux affections. D'ailleurs des gommes peuvent coexister avec des lésions manifestement pagétiques (Achard). L'évolution est différente dans les deux cas.

c. Certains aspects radiologiques observés dans des *généralisations osseuses de cancer de la prostate* donnant l'image ouatée des os de la maladie de Paget (Balzer, Belot).

Anatomie pathologique. — 1. Lésions macroscopiques. — Les os malades présentent un aspect tomenteux, bosselé, inégal; ils sont lourds, mais pas autant que le ferait supposer a priori leur augmentation de volume; une section en donne la raison en montrant un état spongieux accentué; la consistance est diversement appréciée par les auteurs, ce qui tient au stade de son évolution où en est arrivée la maladie quand le sujet a succombé : plus molle au début, plus ferme ultérieurement.

Le périoste adhère à l'os, d'une manière assez intime, pour ne s'en détacher qu'avec difficulté, spécialement au niveau de la diaphyse. Au-dessous de lui, l'os apparaît fortement vascularisé ; de nombreux orifices qui représentent des canaux de Havers dilatés lui donnant un aspect poreux.

Une section de l'os montre une diaphyse épaissie; la substance compacte a un développement exagéré, mais on remarque aussi à côté de plages éburnées des zones où le tissu est raréfié, d'où la densité moindre de l'os.

Le canal médullaire est le plus souvent dilaté, quelquefois plus ou moins oblitéré par places par des couches d'ostéite condensante. La moelle osseuse qui la remplit rappelle par son aspect la moelle osseuse fœtale.

Entre la substance compacte et le canal médullaire nous retrouvons ces canaux de Havers dilatés dont les orifices criblant la périphérie de l'os.

L'ensemble est un peu plus richement vascularisé qu'à l'état normal.

Du côté des épiphyses, le tissu spongieux est lui aussi raréfié.

Les surfaces articulaires sont agrandies au prorata de l'hypertrophie des épiphyses correspondantes; ordinairement intactes, elles peuvent présenter un certain degré d'amincissement ou même de nécrose du cartilage.

Sur les os courts et les os plats, on retrouve de même un état de raréfaction plus ou moins accusée, déterminant une friabilité spéciale comparée par Fréchon à celle d'une meringue. Au niveau du crâne, le diploé peut disparaître entièrement, les sutures disparaissent, les dépressions de la base se nivellent.

Nous signalerons rapidement des lésions moins habituelles telles que l'ossification de certains cartilages (costaux surtout) ou ligaments (intervertébraux [Achard]), ligaments interosseux de la jambe (Hudelo et Hirtz).

De même, nous accorderons une simple mention à l'atrophie musculaire et aux vergétures que présentent la peau sus-jacente aux os hypertrophiés.

2. Lésions histologiques. — Leur étude, fixée par les travaux de Butlin, Thibierge, Stilling, Ménétrier et Gauckler, montre : un processus de résorption osseuse qui tend à la substitution au tissu compact d'un tissu spongieux; une néoformation osseuse avec calcification anormale, processus de compensation qui aboutit dans la zone sus-périostée à la formation de masses parfois volumineuses.

Voyons maintenant le détail de ces lésions :

Le processus raréfiant est caractérisé au microscope par une dilatation des canaux de Havers entre lesquels la substance osseuse, formée de lamelles stratifiées, irrégulières et non concentriques, apparaît creusée de lacunes nombreuses; les ostéoblastes sont irrégulièrement distribués, peu abondants et perdent leurs prolongements. Quand le processus est très intense, le canaux de Havers dilatés à l'extrême communiquent entre eux en formant des cavités anfractueuses (Ménétrier et Mouckler).

Dans ces cavités et dans la centrale la moelle est représentée par un tissu conjonctif fibrillaire plus ou moins vascularisé suivant le degré de l'évolution, plus ou moins riche aussi en éléments cellulaires. Ceux-ci comprennent, à côté d'hématies nucléées et de cellules adipeuses peu nombreuses, des cellules fusiformes, des myélocytes granuleux éosinophiles, des mononucléaires ; en bordure de l'os, on observe des grandes cellules multinucléées, volumineuses, polygonales, assimilables aux myélophages, qui ont probablement une action importante dans le mécanisme de la résorption osseuse.

Parallèlement, évoluent des phénomènes de reconstitution osseuse.

Sur le périoste, on constate, par endroits, la présence de tissu osseux jeune, non calcifié, à ostéoblastes nombreux et pourvus de prolongements, voisinant avec des plages déjà calcifiées. Ces travées de tissu jeune se voient quelquefois en bordure de certains canaux de Havers (Stilling), du canal médullaire qu'elles tendent parfois à oblitérer de façon plus ou moins complète.

En somme, la maladie de Paget est caractérisée histologiquement par un double processus d'ostéite raréfiante et condensante de l'intensité duquel dépendent la structure de l'os et les déformations diverses.

En dehors des lésions osseuses, nous n'insisterons pas sur diverses lésions trouvées à l'autopsie, que nous signalerons à propos de la pathogénie : sclérose artérielle, lésions syphilitiques diverses associées, lésions nerveuses, lésions endocriniennes. P. Marie et Lévi ont retrouvé, dans trois cas, de la sclérose des cordons postérieurs dus, pour eux, à l'hypertension intracranienne causée par les lésions osseuses du crâne.

Étude chimique des os. — La composition chimique des os frappés par la maladie de Paget n'a pas été très étudiée. Les quelques analyses qui ont été pratiquées concluent toutes à une déminéralisation plus ou moins importante. Il semble, d'après Cathelineau (cas de Gilles de la Tourette et Magdelaine) et d'après Ménétrier et Gauckler que la diminution du taux de la magnésie serait surtout appréciable. La proportion des matières organiques par rapport aux matières minérales était de moitié inférieure à la normale dans la clavicule étudiée par Cathelineau, le phosphate et le carbonate de chaux étaient augmentés.

A. Robin trouve dans un tibia malade plus d'eau et moins de chaux, de magnésie et de phosphore que dans le tibia opposé qui était sain.

Pathogénie. — La pathogénie de la maladie de Paget reste obscure. Nous étudierons successivement : la *nature de l'affection*, *son origine*, le *mécanisme des altérations osseuses*.

Nature de l'affection. — Ollier considérait la maladie de Paget comme une ostéomalacie locale, Vincent comme une ostéomalacie hypertrophique bénigne. Les deux affections sont pourtant bien différentes. Comme le dit Achard, il ne s'agit pas dans la maladie de Paget « d'une tendance générale à la décalcification, d'une sorte de diathèse décalcifiante, puisqu'on peut voir non seulement une formation d'os nouveaux, mais aussi de tissu compact et d'infiltration calcaire des téguments. »

Ménétrier, au point de vue anatomique, la considère comme une « cirrhose hypertrophique ». Dans un travail récent, Ruppe en fait une osté itefibreuse voisine, quoique distincte, de la maladie de Recklinghausen et de la leontiasis ossea.

Origine. Causes déterminantes. — Thibierge, en 1890, posait le problème de l'origine de la maladie.

« Est-elle, écrivait-il, un état pathologique autonome, une maladie véritable ou bien n'est-elle qu'une forme, qu'une simple modification d'une autre maladie déjà reconnue et classée ? »

La question reste encore sans réponse précise.

Plusieurs causes déterminantes ont été invoquées.

1. Nous mentionnerons simplement un certain nombre de théories autrefois soutenues et qui ne sont plus admises à l'heure actuelle : celle de l'origine rhumatismale, arthritique, « herpétique », soutenue par Huchard et Binet, Lancereaux et Richard ; — la théorie d'une altération primordiale, originelle du tissu osseux ; — la théorie de Monpurgo pour qui la maladie de Paget, comme l'ostéomalacie est due à une infection spéciale diplococcique (diplococcie ostéolytique).

Tout récemment, White a rapporté la maladie de Paget comme l'ostéomalacie et le rachitisme à une carence mixte en sels minéraux et en vitamines.

2. *Des intoxications exogènes* ont été incriminées : saturnisme et surtout intoxication acide d'après Œttinger et Agasse-Lafont qui ont observé que 16 malades sur 31 travaillaient dans une atmosphère acide ; le fait a été retrouvé par Apert et Bornet-Lagarde.

3. Un *traumatisme* peut, rarement il est vrai, être à l'origine de la maladie de Paget. Celui-ci est relevé dans les cas de Thibierge et Gauduchaux, Ménétrier et Rubens-Duval, Chastel, Jacquet, Moizard et Bourges, Léri et Legros, Œttinger. Dans ces deux derniers cas, l'ostéite déformante est restée localisée au point lésé ou à son voisinage. Dans une thèse récente (1923), Tormaire a colligé cinq cas de maladies de Paget consécutives à un traumatisme.

4. Mais c'est surtout à la *syphilis* qu'a été rapportée, dans ces dernières années, l'origine de l'ostéite déformante, « ostéopathie syphilitique de type pagétique », qui appartiendrait ainsi au « groupe très disparate des affections spécifiques » (Claude et Oury) : Soit qu'il s'agisse d'hérédosyphilis tardive, comme l'ont soutenu les premiers, dès 1903, Lannelongue, Fournier et Fréchon ; soit qu'il s'agisse de syphilis acquise comme l'ont vu Ménétrier et Gauckler.

La *théorie syphilique* s'appuie sur un certain nombre d'arguments cliniques, anatomiques et sérologiques.

Arguments cliniques. — *a*. Fournier a insisté sur les caractères communs des ostéopathies hérédosyphilitiques et pagétiques : même prédilection pour certains os (tibia), même tendance à la multiplication des lésions, même stade douloureux prémonitoire, même tendance du caractère hyperostosant massif, même intensité des lésions.

b. Fournier a vu deux frères présenter, l'un une syphilis osseuse discrète, l'autre une maladie de Paget; Burnier a vu sur le même malade la maladie de Paget succéder à une ostéite syphilitique héréditaire.

c. On a observé l'association aux lésions osseuses de manifestations nettement syphilitiques : chorio-rétinite spécifique (Morax et Vergnes), tabes (Chartier et Descomps, Claude et Oury, Guillain, Bezançon, P.-E. Weill et Azoulay), ulcère de jambe (Dufour et Bertin, Mourot, Etienne), aortite, paresse pupillaire (Babonneix, Denoyelle et Périsson, Pasteur-Vallery-Radot, Stévenin et Fatou, Vedel, Puech et Pagès).

d. Le traitement d'épreuve a pu parfois influencer favorablement la maladie de Paget. En particulier, il paraît agir sur la douleur ; plus rarement, il a paru arrêter l'évolution de la maladie. Le traitement mercuriel a donné aussi de bons résultats à Labadie-Lagrave, Gaucher, Jacquet, Ménétrier et Rubens-Duval, Lugnier, Ménétrier et Legrain; le traitement arsenical a été employé avec succès par Dufour et Bertin-Mourot, Milian, Castex et Waldorp. Il est vrai que bien des fois le traitement a été institué sans succès.

Arguments anatomiques. — Dans la syphilis osseuse héréditaire, on observe des gommes, pouvant aboutir à la résorption osseuse, on ne les constate jamais dans la maladie de Paget. Dans la syphilis héréditaire, l'hyperostose est constituée par des couches compactes, concentriques, emboîtées en bulbe d'oignon, formant comme une coque à l'os normal, tandis que dans la maladie de Paget, cette hyperostose serait constituée par des travées osseuses, fines, entremêlées, subissant une désorientation complète ; le résultat en est l'aspect ouaté, à contours flous de l'os (Léri). Toutefois pour Fournier, Bréchon, Ménétrier, Burnier, ces caractères anatomiques ne sont pas suffisants pour distinguer les deux variétés d'hyperostoses ; d'ailleurs, elles peuvent exister chez le même malade, sur le même os (Etienne, Achard) ou sur des os différents (Achard) ; certains malades présentant les caractères cliniques de la maladie de Paget avaient à l'examen radiographique les caractères des ostéites syphilitiques (Lugnier).

Arguments sérologiques. — Après Mlle Wasertreger, Bertin-Mourot, Paillard, nous avons recherché les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann dans la maladie de Paget. Dans les 49 cas que nous avons pu colliger où cette réaction a été pratiquée, nous avons trouvé 19 réactions positives pour 30 négatives. Il faut ajouter que sur les 30 réactions négatives, il y en a deux qui se rapportent à des malades vraisemblablement syphilitiques : celui de Lereboullet reconnaissait avoir eu la syphilis, celui de Babonneix, Denoyelle et Périsson présentait une aortite et de la paresse pupillaire. Cette proportion de réactions positives est impressionnante.

5. Comme le dit Achard : « Les faits invoqués en faveur de l'origine syphilitique de la maladie de Paget n'entraînent pas la démonstration, mais ils sont cependant assez importants pour qu'on ne puisse en tenir compte. » La plupart des auteurs, semble-t-il, à l'heure actuelle, admettent qu'il n'y a pas une cause, mais *plusieurs causes* de l'ostéite déformante, syndrome (Léri) plutôt que maladie univoque. Parmi ces causes, la syphilis paraît pouvoir être incriminée « dans l'immense majorité des cas » (Milian).

Mécanisme des altérations osseuses. — Le mécanisme par lequel se produisent les altérations osseuses dans la maladie de Paget n'est pas moins discuté que son origine. Les altérations osseuses pourraient être dues, en effet, soit à la *localisation directe* au niveau de l'os du processus causal, soit à un trouble secondaire de la nutrition du tissu os, à un *trouble dystrophique*.

1. L'hypothèse d'une LÉSION OSSEUSE DIRECTE, d'une *ostéite* à proprement parler, se pose surtout à propos de l'origine syphilitique de l'affection. Toutefois, la localisation du tréponème au niveau du tissu osseux y provoque surtout des lésions limitées, exostoses, ostéites raréfiantes et nécrosantes, gommes circonscrites : telles les lésions de la syphilis secondaire ou de la maladie de Parrot (Achard). Il est difficile dans ces conditions d'admettre le même mécanisme dans la maladie de Paget comme dans d'ailleurs l'hérédosyphilis des os. Une lésion directe pourrait cependant expliquer les gommes parfois observées, et agir en même temps que des troubles d'un ordre plus général.

2. LA THÉORIE TROPHO-NÉVROTIQUE incrimine des lésions du système nerveux à l'origine de la dystrophie osseuse que serait la maladie de Paget. Elle se base sur l'existence et l'analogie des lésions osseuses observées au cours des maladies du système nerveux (tabes, syringomyélie) ou après les sections nerveuses (Lancereaux), sur la symétrie relative des lésions osseuses dans la maladie de Paget (Thibierge), sur la coexistence des signes nerveux aux déformations osseuses (Pic), sur les lésions nerveuses trouvées aux autopsies de pagétiques : myélite chronique (Recklinghausen, Gilles de la Tourette et Marinesco), névrite interstitielle (Pitres et Vaillard, Gilles de la Tourette et Marinesco, L. Lévi, Hudelo et Heitz). Cette névrite serait d'origine vasculaire.

3. LA THÉORIE VASCULAIRE OU ARTÉRIELLE a été soutenue par Lancereaux, Thibierge, Béclère, Klippel, Ménétrier, et surtout Léri. Pour Léri, la lésion vasculaire de cause variable fait la liaison entre les cas les plus disparates, au point de vue étiologique, de la maladie de Paget; celle-ci dépendrait, d'après Ménétrier, des lésions de l'artère nourricière des os. Cette théorie se base sur l'observation d'un cas d'artérite oblitérante avec gangrène chez un pagétique (Roussy), sur la constatation fréquente chez ces malades d'athérome ou d'artériosclérose (Jones, Myers, Souques, Barré et Pasteur Vallery-Radot, Léri, Castex et Waldorp), sur la mise en évidence par la radiographie de la calcification plus ou moins généralisée de l'arbre artériel (Béclère, Léri, Bergé, Ménétrier et Gauckler, Apert et Bornet-Legueule, Claude et Oury), sur les lésions artérielles trouvées presque constamment aux autopsies (Léri). La théorie vasculaire a contre elle l'absence de lésions artérielles dans de très nombreux cas, en particulier, dans ceux de maladie de Paget observées chez les jeunes, dans la difficulté d'admettre, ici comme pour les différents organes, la subordination de la sclérose à l'artérite.

4. LA THÉORIE ENDOCRINIENNE invoquée par Thibierge, P. Marie, Hudelo et Heitz, paraît admise par Achard; Thibierge, Hudelo et Heitz ont invoqué l'atrophie thyroïdienne. Lévi a trouvé une sclérose de la thyroïde; Achard un foyer calcifié de cette glande associé à une sclérose ovarienne.

Des symptômes d'addisonisme ont été notés par Thibierge, P. Marie, Hudelo et Heitz, Dalché et Galup. Ces derniers auteurs ont noté, en outre, chez leur malade, des signes d'insuffisance thyroïdienne et de l'atrophie testiculaire. Castex et Waldorp font intervenir aussi un trouble endocrino-sympathique. Les lésions hypophysaires ou infundibulaires n'ont jamais été notées. Dans le cas que nous avons étudié, la selle turcique était, à la radiographie, considérablement élargie par disparition des apophyses clénoïdes. Il n'existait, d'ailleurs, aucun trouble endocrinien.

Les faits invoqués en faveur de la théorie endocrinienne sont peu probants, d'autant plus que les scléroses observées peuvent, dans bien des cas, être consécutives aux lésions artérielles. Toutefois, on peut parfaitement concevoir la maladie de Paget comme une dystrophie due à un trouble du développement et de la morphogénèse, et concevoir d'une façon plus générale, avec Achard, qu'une lésion des organes préposés à la morphogénèse du squelette, puisse provoquer la maladie en troublant le développement et le renouvellement régulier du tissu osseux. C'est ainsi qu'agirait l'hérédosyphilis, et parfois, à la longue, la syphilis acquise, lorsqu'elle aurait eu le temps de provoquer des désordres analogues.

Traitement. — Nous avons dit qu'il y avait peu de choses à attendre, en général, du traitement. Cependant, toutes les fois que la syphilis sera soupçonnée dans les antécédents du malade, et même, peut-on dire, dans tous les cas il faudra instituer le traitement spécifique par le mercure, l'arsenic ou le bismuth. Il est difficile de prévoir le résultat qu'il donnera dans chaque cas particulier ; il paraît agir surtout sur la douleur (Ménétrier) ; il peut retarder l'évolution ou fixer les lésions ; il n'est guère que le cas de Jacquet où il a paru amener la guérison.

Le traitement opothérapique a été préconisé, seul ou associé au traitement spécifique (Castex et Waldorp) ; l'opothérapie sera thyroïdienne, ovarienne, hypophysaire, surrénale, suivant les cas.

Enfin, on luttera contre la sclérose et l'hypertension si fréquente chez ces malades, ainsi que les différents symptômes ou complications par les moyens habituels.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JUIN 1924)

La dispersion des colloïdes électrolytiques du protoplasme dans ses rapports avec la nutrition minérale de la cellule. — MM. W. MESTREZAT et M. JANET,

La trimyristine, glycéride du lait. — MM. Maurice PIETTRE et Clément ROÉLAND.

Hémolysines normales et hémolysines artificielles. — M. S. MUTERMILCH. Il résulte des expériences de l'auteur que les hémolysines normales circulent dans le sang des animaux vaccinés à côté des hémolysines artificielles nouvellement formées et que les expériences d'adsorption permettent la séparation des sensibilisatrices normales des sensibilisatrices artificielles. A ces deux groupes d'anticorps correspondent dans les hématies des récepteurs distincts pour les anticorps normaux et pour les anticorps artificiels et qu'on peut saturer à volonté avec les uns ou les autres.

Il est à présumer que les anticorps antimicrobiens et antitoxiques se comportent de la même façon que les anticorps hémolytiques; il est également à présumer que l'intensification de l'état réfractaire des organismes qui s'établit à la suite d'une protéino-thérapie non spécifique, est due à l'augmentation des taux d'anticorps normaux, comme c'est le cas pour les hétérolysines de Forssmann; l'étude de ces problèmes fera l'objet des recherches ultérieures de l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1924)

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il a prononcé un discours au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à Saint-Christophe en mémoire de Raphaël Blanchard.

Encéphalite léthargique. — M. H. VINCENT présente un travail de M. le docteur Laubie sur un cas d'encéphalite léthargique resté en apparence guéri pendant quatre ans et qui donna lieu cependant à une rechute mortelle après quelques semaines. Les symptômes étaient : chute avec perte de connaissance, céphalée, douleurs lancinantes aux membres inférieurs avec asphyxie blanche des extrémités, liquide rachidien clair, contenant 0g50 d'albumine et quelques lymphocytes. Mort par paralysie bulbaire.

Cet exemple confirme que le pronostic *quoad futurum* de l'encéphalite épidémique comporte de prudentes réserves.

Effets thérapeutiques de la tryparsanine de l'Institut Rockfeller. — M. GUILLAIN, en son nom et au nom de M. Girot, communique des résultats intéressants obtenus par cette médication sur la paralysie générale qui se trouve notablement améliorée, bien que le Wassermann reste positif.

Augmentation de fréquence de la tuberculose chez les nourrissons de la clientèle hospitalière et crise du logement. — MM. P. NOBÉCOURT et G. BOULANGER-PILET. Sur 1.380 enfants de un jour à vingt-quatre mois hospitalisés à la clinique médicale des Enfants en trois ans et cinq mois, janvier 1921-juin 1924, 90 ont été reconnus tuberculeux, ce qui donne une proportion de 6,25 de tuberculeux pour 100 malades.

Ces tuberculeux étaient pour la plupart (87 p. 100) âgés de trois à treize mois, le tiers d'entre eux avait cinq, six ou sept mois ; ce qui prouve une contamination précoce.

L'enquête étiologique a montré que, dans 80 p. 100 des cas, l'enfant a été contaminé par ses parents.

Fait surtout important à noter : il y a une augmentation progressive depuis la guerre du nombre des nourrissons tuberculeux dans la clientèle hospitalière.

Cette augmentation paraît dépendre surtout des conditions actuelles de l'habitation à Paris. Un grand nombre de familles de la clientèle hospitalière habitent des locaux insalubres, petits, où s'entassent plusieurs personnes dans une même chambre. Cette pénurie du logement, l'encombrement des locaux exposent le bébé à la contagion, non seulement par les parents, mais encore par d'autres membres de la famille.

La tuberculose est une cause importante de mortalité pendant le jeune âge. Sur les 90 enfants tuberculeux, 52 sont morts dans le service. Comparée à la mortalité globale des nourrissons, celle des tuberculeux est passée de 6,92 p. 100 en 1921 à 10,72 p. 100 en 1924.

Ces constatations démontrent une fois de plus l'urgence de la réalisation des mesures de protection des jeunes enfants : séparation dès la naissance de l'enfant de la famille tuberculeuse, dépistage des adultes contagieux, création de centres de placement familial surveillé et de pouponnières de plein air, utilisation, enfin, de la vaccination antituberculeuse de Calmette.

M. SERGENT fait observer que si les tuberculoses infantiles paraissent si fréquentes cela tient peut-être à ce qu'on les dépiste mieux et il ne faudrait pas trop s'alarmer des chiffres impressionnants fournis par M. Nobécourt.

M. NOBÉCOURT répond que dans les années précédentes on se servait déjà des moyens qui permettent de reconnaître la tuberculose chez l'enfant.

Modifications de la pression artérielle sous l'influence de la respiration chez l'homme. — M. AKIL-MOUKTARD communique une note sur ce sujet.

Les cécités de guerre curables. — M. BONNEFON présente les résultats acquis au cours de ces derniers mois par la thérapeutique chirurgicale appliquée à certains cas nettement définis de cécités de guerre.

Sur soixante grands mutilés des yeux soumis à son examen, il a pu déterminer dans quatre cas l'utilité immédiate d'une opération. Dans chacun de ces cas, l'intervention chirurgicale a eu pour résultat un rétablissement progressif de la fonction visuelle.

Il est actuellement démontré que, dans certaines blessures des yeux ayant entraîné d'emblée une cécité totale, des modifications anatomiques très lentes se produisent dans les milieux intérieurs du globe oculaire. Cette évolution silencieuse et spontanée de la blessure en modifie, à la longue, le pronostic fatal, et l'intervention chirurgicale tardive ne fait que compléter, en l'accélérant, l'œuvre de la nature.

Métrostatique anatomique de la mécanique animale. — M. ROUSSY, poursuivant ses études sur la métrostatique anatomique de la mécanique animale, présente un examen critique de la méthode indirecte et empirique proposée par le professeur Charles Bouchard pour mesurer la surface du corps humain.

Il conclut que cette méthode, fort compliquée et rebutante, loin de solutionner le problème extrêmement difficile qui consiste à mesurer sûrement et exactement cette surface, est non seulement inapplicable à un très grand nombre de cas fort importants, mais que dans les cas où elle peut être appliquée elle donne des résultats dont on n'est jamais bien sûr et qui peuvent contenir de très grosses erreurs inacceptables.

Aussi cette méthode ne peut-elle justifier la confiance que certains pourraient être disposés à lui accorder en raison de la haute situation sociale dont jouissait son auteur.

Par contre, M. Roussy soutient que la vraie méthode de choix est celle qu'il a basée sur la loi géométrique de la surface du corps humain, loi qu'il a découverte et formulée, en écrivant que « la surface de ce corps, S, est égale au produit de son périmètre moyen, Pm, par sa hauteur périphérique moyenne Hpm : $S = Pm \times Hpm$.

Cette méthode est générale et applicable à tous les corps, quels que soient leur taille, leur volume, leur âge, leur sexe, etc., ainsi qu'aux animaux, etc.

Mais son application exige encore, pour une main exercée, une demi-heure, temps que l'auteur trouvait encore trop long pour la pratique médicale.

Voulant avoir une méthode extra-rapide, il a trouvé qu'en multipliant le carré de la taille T^2 par le coefficient 0,69, on obtient la surface totale, S, du corps humain en deux ou trois minutes.

Malheureusement, elle ne donne exactement cette surface que pour la série des corps humains dont les dimensions caractéristiques, la hauteur et la circonférence moyenne sont exactement proportionnables.

Pour avoir la surface totale exacte de tous les autres corps non proportionnés, il faut toujours tenir compte de leur périmètre moyen, Pm, qui varie ou de la relation abstraite qu'il affecte avec la surface totale du corps et que l'auteur représente par α.

La formule devient alors $S = 0{,}69\ \alpha\ T^2$ qui est générale et doit donner exactement la surface totale de tous les corps humains.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 16 MAI 1924)

Ephidrose. — M. BLUM étudie l'éphidrose suivant ses diverses localisations. La transpiration est toujours d'origine pathologique. Supprimer totalement la sueur est une erreur, il faut simplement la rendre normale et physiologique. L'auteur traite les éphidrosiques par la belladone, applique la thermothérapie, qui fatigue les glandes en les faisant hypersécréter, puis la haute fréquence, parfois de la galvanisation positive qui agit en atrophiant les glandes sudoripares, après quelques jours de repos le malade est soumis aux rayons X.

Surprise anatomique au cours d'une appendicite. — M. LEFILLIATRE signale le cas d'une fillette de treize ans chez laquelle l'appendice était en situation sous-hépatique, le cæcum adhérent au rein droit en rapport avec la tête du pancréas et la deuxième portion du duodénum ; le côlon ascen-

dant était descendant, en partie, car on est obligé de prolonger son incision jusqu'à la neuvième.

— Une discussion fort intéressante surgit, à propos du traitement des varices, entre M. MABILLE qui est plus partisan du traitement général, et M. FILDERMAN qui est partisan de la méthode sclérosante par injection de salicylate de soude.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE DROIT DE RÉPONSE

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DU 21 MAI 1924

Nous avons indiqué dans un numéro précédent l'arrêt de la Cour d'appel de Paris du 24 novembre 1922 qui, dans l'affaire de Sylvain et Joubert contre la *Revue des Deux Mondes*, avait considéré que les tribunaux avaient un certain droit d'appréciation dans l'exercice du droit de réponse. La Cour de cassation a cassé cet arrêt : affirmant sa jurisprudence antérieure, elle décide que les termes de l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 sont généraux et absolus.

On se souvient des faits : le 15 juin 1919 paraissait, dans la *Revue des Deux Mondes*, un article dans lequel M. René Doumic rendait compte de la première représentation, à la Comédie-Française, d'une traduction nouvelle des *Perses*. A propos de cette traduction, le critique rappelait le drame d'Eschyle qu'il qualifiait, à juste titre, de « splendide et délicate apothéose de la Grèce antique » exposant dans quelles conditions était sorti « le plus beau chant de triomphe qui ait jailli d'une poitrine humaine » ; M. Doumic indiquait l'enthousiasme qu'avait dû susciter ce drame. Il faisait, d'autre part, des réserves sur l'œuvre de traduction de MM. Sylvain et Joubert en constatant que l'enthousiasme n'avait pas été à la Comédie Française celui qui s'était manifesté à Athènes; puis il faisait une critique modérée sans malveillance, sans parti pris. MM. Sylvain et Joubert trouvèrent son appréciation injuste; ils firent une réponse qu'ils demandèrent à M. Doumic d'insérer dans la *Revue*. Celui-ci opposa un refus : d'où procès.

Le Tribunal civil de la Seine donna raison à MM. Sylvain et Joubert; ils étaient en droit d'exiger l'insertion de leur réponse, car le droit qu'ils tenaient de la loi était général et absolu. La Cour d'appel de Paris infirma cette décision en disant notamment que la réponse n'était en réalité qu'un acte de défense, une riposte qui, nécessairement et par définition, suppose une attaque; car on ne pouvait voir une attaque dans l'article de M. Doumic qui ne faisait qu'exercer les droits imprescriptibles de la critique littéraire.

La Cour suprême n'a pas suivi la Cour d'appel. Elle dit :

« Vu l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881,

Attendu que, d'après cet article, le gérant est tenu d'insérer les réponses de toutes personnes nommées ou désignées dans le journal ou l'écrit périodique;

Attendu que les termes de ce texte de loi sont généraux et absolus; qu'ils donnent à toute personne nommée ou désignée dans un article de journal ou écrit périodique, le droit d'y répondre et d'exiger l'insertion de sa réponse, *quelle que soit la nature des faits ou des critiques à l'occasion desquels celui qui répond a été nommé ou désigné*; qu'il n'appartient aux tribunaux de limiter l'exercice de ce droit qu'autant que les termes de la réponse seraient contraires aux lois ou aux bonnes mœurs, à l'intérêt légitime des tiers, à l'honneur ou à la considération de l'auteur de l'article ».

La Cour de cassation pose en principe que le droit de réponse est absolu et qu'il peut être exercé, même au cas où la réponse a été provoquée, en dehors de toute attaque personnelle, par la critique d'une œuvre littéraire que ses auteurs ont intérêt à défendre.

Ce que la Cour suprême proclame pour une œuvre littéraire doit s'appliquer également à une œuvre scientifique. Dès lors, lorsque dans un article de revue une personne se trouve nommée ou désignée, elle a le droit de répondre, même s'il s'agit d'une critique modérée, faite en toute impartialité. Il ne peut y avoir désormais qu'un texte de loi qui puisse modifier les conditions dans lesquelles s'exercerait le droit de réponse, étant donné le nouvel arrêt de la Cour de cassation qui met fin à la controverse juridique.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Scarlatine (1), par le docteur M. BRELET, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. (Bibliothèque des Connaissances médicales dirigée par le docteur Apert.)

Nos lecteurs apprécient depuis trop longtemps les articles du professeur Brelet pour qu'il soit besoin de leur dire avec quel plaisir j'ai lu son dernier volume sur la scarlatine. Il est en effet impossible d'exposer une façon plus claire et plus complète l'histoire clinique de la scarlatine.

Après un chapitre de généralités qui forme au volume la plus instructive des introductions, l'auteur aborde l'historique et l'étiologie de la scarlatine.

La clinique, comme il sied, a la part la plus importante. Plus encore que les autres fièvres éruptives la scarlatine est, en effet, intéressante à étudier à ce point de vue; la multiplicité de ses formes cliniques, la variété et l'imprévu de ses complications et de ses associations, les aspects nombreux sous lesquels se présente la maladie sont autant de facteurs qui en rendent le diagnostic difficile.

Tout cela M. Brelet l'a mis au point d'une façon vraiment magistrale.

La pathogénie de la scarlatine a été très discutée; mais l'auteur, voulant faire une étude surtout clinique, ne s'est pas attardé à la controverse de la pathogénie, préférant développer plus longuement deux questions d'une importance pratique très grande : la prophylaxie et le traitement.

Au chapitre de la prophylaxie, M. Brelet indique ce qu'il faut faire quand la scarlatine survient dans une famille, dans une école, dans une caserne, comment enfin doit être organisée l'hospitalisation des scarlatineux. Il donne des indications sur l'application de la méthode de Milne que notre collaborateur Gaullieur l'Hardy fit connaître en France dans la *Gazette des hôpitaux* en 1911.

Le traitement est exposé avec beaucoup de détails, et M. Brelet étudie notamment à fond la question de la sérothérapie et de l'alimentation dans la scarlatine. Il montre, en outre, que le rôle du médecin soignant un scarlatineux est toujours très important; dans les formes légères; il s'agit de prévenir l'apparition des complications et de tenir le malade isolé afin d'éviter la transmission de la scarlatine à son entourage; dans les cas graves, un traitement énergique permet souvent de lutter avec succès contre une infection qui s'annonçait très redoutable.

Sous une forme pratique, appuyée sur une documentation très complète, le livre de notre collègue Brelet est appelé à devenir un de ces livres classiques que tout médecin doit posséder.

C'est un éloge que l'on ne pourrait malheureusement pas décerner à beaucoup de livres modernes. F. L. S.

L'Asthme (étiologie, pathogénie et traitement) (2), par R. MONCORGÉ (du Mont-Dore).

L'asthme considéré autrefois comme une entité nosologique bien définie n'est plus, aux yeux de la clinique actuelle, qu'un symptôme, un syndrome. Il touche maintenant à toute la pathologie ; son horizon s'est considérablement agrandi, partant son importance et son intérêt. Les travaux de Richet sur l'anaphylaxie, de Widal sur la colloïdoclasie, ont apporté à la question un nouvel intérêt, et éveillé de nouvelles curiosités. L'auteur s'emploie à ajuster les données cliniques de ces dernières années aux récentes conceptions biologiques, et à les faire entrer, les unes et les autres, dans le cadre d'une théorie pathogénique générale. L. G.

(1) In-18 jésus. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, E. Flammarion.
(2) Un vol. in-8, 1924. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — MARDI 15 & JEUDI 19 JUILLET 1924. 97e ANNÉE. MARDI 15 & JEUDI 17 JUILLET 1924. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LA PENSION DE Mme CURIE. — Par décret du 9 juillet 1924, sur le rapport du ministre des Finances, la pension ci-après est approuvée :

Instruction publique. — Pension à titre de récompense nationale, loi du 16 janvier 1924 :

Slodowska (Marie-Salomée), veuve Curie, professeur à la Faculté des sciences. Pension avec jouissance du 1er décembre 1923 : 40.000 francs.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. (Active.) Sont promus :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Lair, Paris, Fohanno, Mayer, Camus, Nielsen, Gauthier, Castaing, Grenier, Pouponneau et Rouchaud.

(Troupes coloniales. Active.) MM. les docteurs Bussière, David, Marzin, Mul et Heusch.

(Active.) Sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Cier, Bonnefoy, Minguet, Walter, Eysseric, Clot, Durand, de Vezeaux de Lavergne, Lafforgue, Cazalas, Brugeas et Delpy.

Troupes coloniales. (Active.) MM. les docteurs Marsy, Bonnefous, Baus, Gayot, Sarramon, Rehm, Guidicelli, Alexandre, Robineau, Chastel, de Baudre, Le Maux, Bordes, Beurnier, Trégan, Bonneau, Bedier, Lossouarn, Astié et Renaud.

(Réserve.) Sont promus :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs de Lacombe (9e corps d'armée) et Forestier (14e corps d'armée).

Sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Fris-Larrouy (18e corps d'armée), Bernard (G. M. P.), Martel (20e rég.), Martin (Maroc), Laurent (G. M. P.), Bartoli (14e corps), Faury (12e corps), Galland (12e corps), Cuel (G. M. P.), Passy (14e corps), Lecorvaisier (11e corps).

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Girard, médecin général de la marine.

Médailles de vermeil. — MM. Augagneur, médecin-major de 2e classe à Tananarive; Maleviele, médecin aide-major, Maroc.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Jarland, médecin au Yunnan; Rakotofiringa et Ranaivo, médecins libres à Tananarive.

Mlle Glotz, externe à l'hôpital de la Pitié.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Mathieu, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy; Marty et Pougault (de Perpignan), Kahn (Pierre).

MM. Dujarier, interne à l'hôpital Saint-Louis; Duhamel, interne à l'hôpital Hérold; Vanheuverswyn, interne à l'hôpital des Enfants-Malades; Mlle Colnot, interne en pharmacie à l'hôpital Claude-Bernard.

MM. Jeulin, externe des hôpitaux de Nantes (service des contagieux); Piedallu, externe à l'hôpital Claude-Bernard; Peroz, externe à l'hospice d'Ivry, sanatorium Edith-Cavell; Mabille, externe à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Chaperon, ex-externe à l'hôpital Lariboisière, docteur en médecine.

M. Rigaud, étudiant en médecine à l'hôpital Saint-Louis.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Marotte est nommé directeur du Service de santé de la 14e région à Lyon, en remplacement de M. le médecin inspecteur Niclot passé dans le cadre de réserve.

M. le médecin principal de 1re classe Steinmetz est nommé directeur du Service de santé du 32e corps, en remplacement de M. le médecin inspecteur Viguier, passé dans le cadre de réserve.

— (Mutations. Armée active) :

Médecin principal de 2e classe. — M. Boigey est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux (service).

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Ducourthial est affecté à l'armée française du Rhin (service); Bellot est nommé médecin chef de l'Ecole normale de gymnastique et d'escrime de Joinville.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Guichard est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc (volontaire, service); Larrazet est affecté au 2e rég. d art. divisionnaire (service); Noël est affecté au 7e escadron du train des équipages à Besançon (service); Faur est affecté à

l'infirmerie-hôpital de Sarrelouis (service); Jarry est réintégré dans les cadres et affecté au laboratoire de bactériologie d'Amiens (service); de Courrèges est affecté au 24e rég. de dragons à Dinan.

Médecin aide-major. — M. Bourdon est réintégré dans les cadres et affecté au 170e rég. d'inf., tête de pont de Kehl (service).

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE L'OISE. — Un concours pour la nomination d'un chef du laboratoire départemental de bactériologie et de chimie appliquées à l'hygiène et à l'agriculture de l'Oise sera ouvert à Paris, à l'Institut Pasteur, en novembre 1924.

Peuvent y prendre part, les candidats des deux sexes, Français ou naturalisés Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante-cinq ans au plus (les hommes ayant satisfait à leurs obligations militaires) et possédant l'un des titres suivants : Soit celui de docteur en médecine, diplôme d'Etat; soit celui de docteur en pharmacie, ou de pharmacien supérieur, diplôme d'Etat.

Les candidats devront faire parvenir leur demande au préfet de l'Oise avant le 10 octobre 1924.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement de début : 13.000 francs; traitement maximum : 24.000 francs, par avancement de 1.500 francs au choix tous les deux ans ou à l'ancienneté tous les quatre ans.

2° Remboursement des frais de déplacement.

3° Participation à la caisse départementale des retraites.

4° En plus du traitement, 1/5e du prix des analyses ou recherches faites à titre payant.

Sur demande adressée à la préfecture de l'Oise, le programme des conditions du concours sera adressé aux candidats.

XIe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE (Paris, 20, 21, 22, 23 et 24 octobre 1924). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un Congrès d'hygiène du 21 au 24 octobre 1924.

Lundi 20 octobre, à 15 heures, à l'occasion du Congrès, réunion à l'Institut Pasteur des membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français.

Mardi 21 octobre, à 9 heures, ouverture du Congrès. Rapports : « L'enseignement de l'hygiène en France. Etat actuel de la question », par MM. Dequidt, Courmont et Rochaix ; — « Rapport préliminaire sur l'enseignement de l'hygiène à l'étranger », par M. Léon Bernard; — « Enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement primaire », par M. Marié-Davy ; — « Enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement secondaire », par M. Pacaut et Mlle Th. Robert; — « Enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement technique », par M. Frois.

Mercredi 22 octobre revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1923-1924 : « Hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire », par M. Dujarric de la Rivière ; « Hygiène générale et sociale », par M. Briau; « De l'épuration des eaux usées. Qu'est-elle actuellement? Que peut-elle et que doit-elle être? Epandange, épuration biologique, boues activées, épuration chimique », par M. Diénert.

Jeudi 23 octobre. — « Le rôle de la lumière solaire dans la croissance de l'enfant et l'équilibre physiologique de l'adulte », par M. Armand-Delille.

Vendredi 24 octobre, visite à Reims de diverses œuvres d'hygiène sociale, et en particulier cité ouvrière.

La Société accueillera avec plaisir les communications qui seront adressées avant le 15 juillet 1924. Le Conseil ayant décidé de concentrer l'activité du Congrès sur la question de l'enseignement de l'hygiène la Société serait reconnaissante de l'envoi de communications sur ce sujet; elles auront la priorité.

Les demandes de communications devront être adressées à l'agent de la Société, M. Bossus, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe).

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT, à Berck-Plage, le lundi 4 août 1924, avec exercices pratiques. — En une semaine, de 9 heures à 19 heures, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au docteur Fouchet, clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut Calot, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

REVUE DES THÈSES

Essai sur une nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamentense hypno analgésique : trichloro butylalcool diallylmalonylurate d'éthylmorphine [hémypnal] (1), par le docteur H. RAILLON.

Un très sérieux effort est fait depuis quelques années pour tenter de supprimer ou tout au moins d'atténuer les douleurs de l'accouchement. Si la plupart des méthodes qui ont été préconisées n'ont pas eu d'une façon générale la faveur des médecins et accoucheurs, c'est qu'elles étaient toutes passibles d'inconvénients assez sérieux, soit du côté de la mère ou du fœtus, ou bien que trop délicates dans leur application elles exigeaient une surveillance constante et ininterrompue de la parturiente. La méthode dont M. Raillon a fait l'objet de sa thèse, et qui a déjà donné lieu à quelques communications intéressantes (professeur Rossier, professeur Hamm), apparaît d'une grande supériorité parce que, suffisamment active pour atténuer considérablement la perception douloureuse, elle reste sans aucune influence nocive aussi bien sur la marche du travail que sur la délivrance, les suites de couches, et l'enfant. Elle est extrêmement simple, puisqu'elle se borne à l'administration de cachets ou de suppositoires, n'exige ni compétence spéciale, ni apprentissage préalable. Un seul point essentiel pour la réussite : ne pas commencer trop tôt et attendre que la dilatation soit entre 1 et 2 francs. Une seule contre-indication : l'inertie utérine.

L'analgésie obstétricale par l'hémypnal semble donc bien le procédé de choix pour la pratique journalière, et il est à souhaiter que par sa généralisation il contribue à relever notre natalité défaillante en enlevant toute l'appréhension des maternités futures.

(1) *Th. de Lyon*, 1923.

MALADIE DE THOMSEN CHEZ UN ENFANT

Par MM. L. BABONNEIX et L. DELHERM.

La maladie de Thomsen n'est pas exceptionnelle chez l'enfant. L'un de nous en a publié jadis, avec M. J. Lemaire, un cas qu'il avait eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Hutinel (1). Nous en avons trouvé, ces jours-ci, un nouveau cas, dont le diagnostic a passé par bien des vicissitudes.

*
* *

OBSERVATION. — Le jeune X..., quatorze ans, est envoyé à l'un de nous, il y a huit jours, parce qu'il est *lent à démarrer* pour la plupart des mouvements, mais surtout pour passer de la position assise à la station verticale, et, aussi, pour marcher. On a essayé, mais sans grand succès, de lutter par de la gymnastique, des massages, etc., contre ces troubles qui ont été signalés, pour la première fois, vers quatre ans, et qui semblent avoir apparu à la suite d'une coqueluche.

Aucun antécédent à signaler, si ce n'est qu'un *oncle paternel a présenté, au même âge, les mêmes symptômes.*

Pour ces troubles, l'enfant a fait plusieurs cures thermales dans des stations salines; il a vu un certain nombre de médecins, dont les uns ont pensé à un syndrome parkinsonnien postencéphalitique, bien qu'il n'y ait eu, à aucun moment, de phénomènes aigus, les autres, à un mal de Pott. Seul, le docteur Lamy, remarquant, d'une part, l'absence de tout signe clinique ou radiologique pouvant faire penser au mal de Pott, de l'autre, l'existence d'une « sorte d'inhibition qui rend l'enfant raide lorsqu'il commence à se mouvoir et qui disparaît avec les mouvements », élimine formellement l'hypothèse de toute affection orthopédique, et se demande s'il n'a pas affaire à une forme anormale de myopathie.

ETAT ACTUEL. — 1° *Troubles moteurs.* — Ils sont de trois ordres :

a. *Volontaires.* — Dès que l'enfant veut effectuer un mouvement, il se produit, dans le groupe musculaire correspondant, une contraction qui diffère de la normale par son intensité et, surtout, par sa persistance. Elle se prolonge assez, en effet, pour immobiliser les muscles dans l'attitude qu'ils ont prise, alors même que le patient voudrait passer à un autre mouvement. Cette tension musculaire dure de vingt à trente secondes, puis disparaît peu à peu; une fois les muscles assouplis, les mouvements s'exécutent comme d'habitude, à condition, toutefois, qu'ils ne subissent aucun changement de rythme ni aucune interruption. Ils ne sont nullement douloureux.

L'anomalie se localise exclusivement aux muscles de la vie volontaire, et, surtout, comme nous l'avons dit, aux muscles des membres inférieurs, plus particulièrement encore aux extenseurs des cuisses. Au repos, rien d'anormal, mais commande-t-on au patient de marcher, aussitôt il sent parfois ses muscles inférieurs s'immobiliser dans l'extension forcée. Cloué au sol, il se trouve dans l'impossibilité d'avancer, à moins qu'il ne se cramponne aux objets voisins. Pendant toute cette période, les efforts de volonté les plus énergiques ne peuvent assurer la décontraction.

Mêmes difficultés pour se lever, s'asseoir, sauter, courir, faire de la gymnastique, ou même pour effectuer les mouvements segmentaires les plus simples.

Les membres supérieurs sont le siège de phénomènes analogues, mais moins accusés.

Aux muscles du tronc, la raideur ne se manifeste que si on la recherche. Les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, sont lents et un peu raides, surtout au début.

Les muscles de la face ne sont que très peu intéressés.

Les spasmes sont diminués par la chaleur, le repos, le sommeil, les mouvements passifs, la digestion, accrus, au contraire, par la crainte, les efforts.

Tant que dure la contraction, la consistance des muscles est accrue, comme marmoréenne. Même au repos, comme l'avait bien observé M. Lamy, ils sont saillants, volumineux, durs, si bien que l'ensemble de la musculature donne une impression de puissance singulière. Cette hypertrophie frappe surtout, aux membres inférieurs, les biceps, les fessiers, le quadriceps crural, aux membres supérieurs, les biceps.

Notons que les mouvements passifs ne sont pas altérés, les sphincters fonctionnent normalement.

b. *Electriques. — Membres inférieurs.* — Les muscles ne présentent pas de troubles appréciables de l'excitabilité faradique, tout au moins quand on recherche le seuil de l'excitation. Au galvanique, le quadriceps se contracte, avec 4 milliampères, d'une manière brusque et il y a prédominance du négatif sur le positif. Il n'y a pas de galvanotonus au seuil, mais dès qu'on élève un peu l'intensité vers 5 milliampères, on note l'existence d'un *galvanotonus durable* prédominant au positif.

Le nerf sciatique poplité externe fait contracter à 2 milliampères tous les muscles qu'il innerve. Le jambier antérieur se contracte à 3 milliampères avec prédominance au négatif, mais avec 2 milliampères de plus, on note un galvanotonus durable qui se manifeste avec égalité aux deux pôles. On constate les mêmes signes sur l'extenseur commun des doigts, l'extenseur propre du gros orteil et les péroniers latéraux, mais sur ce dernier groupe musculaire, le galvanotonus est moins marqué. Les jumeaux ont une légère hypo-excitabilité et également du galvanotonus. Il en est de même des muscles fléchisseurs des orteils.

Membres supérieurs. — Au point d'Erb, on note une bonne contraction brusque de tous les muscles commandés par le plexus. Du côté droit on provoque une contraction neurotonique.

Tous les muscles du membre supérieur donnent sensiblement la même réponse : contraction brusque au seuil et aussitôt après le seuil contraction galvanotonique persistant après le passage du courant avec prédominance, surtout au positif, quelquefois au négatif, comme, par exemple, pour le long supinateur droit et gauche, les extenseurs des doigts.

Visage. — Rien de particulier à signaler.

Recherche de la chronaxie. — On a recherché la chronaxie sur un certain nombre de muscles. Le biceps droit a une chronaxie de douze cent millièmes de seconde, ce qui est normal; l'extenseur commun droit se contracte à quatre-vingt-cent millièmes de seconde, ce qui est un chiffre qui excède de fort peu le chiffre maximum normal du groupe auquel il appartient; le deltoïde droit a une chronaxie un peu élevée puisqu'elle s'élève à vingt-cinq cent millièmes de seconde alors que le groupe répond entre huit et seize cent millièmes. La chronaxie est très élevée pour l'éminence thénar droite; on l'obtient plus facilement du reste au positif qu'au négatif; elle est de cinquante cent millièmes au lieu de vingt-quatre à trente-six cent millièmes. Le quadriceps gauche a une chronaxie de vingt cent millièmes qui est sensiblement proche du chiffre le plus élevé, dix-huit cent millièmes de ce groupe. Le jambier gauche a trente-quatre cent millièmes de chronaxie, ce qui est élevé.

Le jumeau interne gauche a une chronaxie normale.

Conclusions. — Les muscles examinés présentent la contraction galvanotonique durable qui est observée dans la maladie de Thomsen. Avec les courants faibles, le positif ne paraît pas prédominer sur le négatif à la fermeture et la contraction est brusque. La chronaxie des muscles sur lesquels on l'a recherchée est, en général, normale; elle n'est plus élevée que sur quelques-uns d'entre eux.

c. *Mécaniques.* — L'excitabilité mécanique des muscles atteints est nettement augmentée. Légère, leur percussion suffit à produire une contraction tonique : aussi se forme-t-il, au point percuté, un sillon durable. Energique, elle détermine une contraction tonique qui s'étend à tout ce muscle et ne disparaît que lentement.

2° *Phénomènes négatifs.* — Les phénomènes précédents représentent les seuls que l'on observe. Il n'existe, en effet, chez le malade ni autre trouble nerveux : réflexe, sensitif, sensoriel, psychique, ni troubles généraux. La réaction de Was-

(1) L. BABONNEIX et J. LEMAIRE. Maladie de Thomsen chez l'enfant, *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 1911.

sermann a été négative pour le sang. Le développement physique est satisfaisant.

* * *

Il ne saurait s'agir ici, ni de mal de Pott, ni d'encéphalite dont l'enfant ne présente aucun signe. Le fait que : 1° la maladie a débuté lentement, progressivement dans l'enfance ; 2° qu'elle se caractérise uniquement par des troubles moteurs portant sur la contraction volontaire, médiocre tant que le sujet n'est pas *dérouillé, dégourdi, échauffé ;* 3° qu'elle présente le caractère *familial ;* 4° que la réaction galvanotonique durable y est très nette, suffit à imposer le diagnostic de maladie de Thomsen, et suggère quelques réflexions, les unes d'ordre clinique, les autres d'ordre électrologique.

a. Clinique : Il manque au jeune X... les troubles intellectuels, parfois si accusés (Déléage, Angel). Par contre, il est « plump » à souhait, selon l'expression allemande qu'on pourrait traduire par les termes familiers, mais expressifs, d'*empoté,* de *godiche.*

b. Electrologique : 1° La chronaxie des muscles examinés est normale pour l'un d'eux ; un peu plus élevée que normalement pour quelques autres ; franchement élevée pour le groupe thénar et pour le jambier antérieur. On sait que, pour M. Bourguignon, elle est diminuée au début, et très augmentée ensuite (1) ; 2° la plupart des muscles présentent une contraction galvanotonique durable.

Ainsi est, une fois de plus, mise en lumière l'importance de cette réaction, surtout dans les cas où, comme chez notre petit malade, l'ensemble clinique n'impose pas d'emblée le diagnostic.

ÉTUDES SUR LA CALCIFICATION NORMALE.

LE MÉTABOLISME DU CALCIUM
LES PHÉNOMÈNES MINÉRAUX DE LA RÉPARATION DES OS FRACTURÉS

Par A. CRETIN.

Tous les auteurs qui ont étudié les modifications pathologiques qui caractérisent les maladies osseuses, ont conclu à l'insuffisance de nos connaissances en ce qui concerne la succession normale des phénomènes et des réactions dont l'ensemble constitue le processus de la calcification.

Depuis plusieurs années, nous nous sommes occupé exclusivement de cette question (2), et nos recherches peuvent être groupées en trois paragraphes :

Etude de la formation de la coquille chez l'escargot, à laquelle nous avons joint des précisions chimiques sur le rôle du « pied », dans l'établissement et l'accroissement de la coquille de certains Bivalves ; nous avons ensuite étudié la calcification chez les mammifères et fait quelques expériences sur ce sujet. La calcification des mollusques et des gastéropodes est un préambule nécessaire ; il sera aussi court que possible.

1° Escargot. — Chez les gastéropodes du genre Helix, les diverses modifications biologiques du calcium se font dans l'hépato-pancréas.

On peut décrire à ces modifications trois stades saisonniers :

Au printemps, l'animal, par l'intermédiaire du mucus phosphoré que sécrète son pied, excrète le calcaire amassé pendant l'hiver : le mucus du pied, chargé de chaux, déposé au bord de la coquille, se dessèche, le sel de chaux se dépose, et se durcit secondairement, en se carbonatant à l'air, ainsi que le font les mortiers.

A l'automne, l'hépato-pancréas se charge de sels calcaires, qui, en hiver forment des amas cristallins ou des grains, que l'analyse permet d'identifier dans la plupart des cas comme des cristaux d'oxalate de chaux. (Il faut noter qu'à l'automne l'escargot vit aux alentours des plantes riches en acide oxalique.)

Le mécanisme pourrait se résumer ainsi : décomposition au printemps de l'oxalate de chaux en phosphate mono ou bimétallique, précipitation après dessèchement du mucus, du phosphate trimétallique, qui se carbonate ensuite.

2° Les mollusques. — Le pied de la moule, de l'huître, siège en un des foyers de l'ellipse que décrit la coquille : le pied est donc le centre de la coquille initiale.

Le pied contient, comme le tendon des mammifères, du silicium, comme le muscle, de la chaux, et comme le cartilage du potassium et du sodium.

Nos recherches sont malheureusement peu étendues, la législation interdit la pêche des tout petits exemplaires de ces mollusques, et nos conclusions, tout en étant basées sur les faits observés, comportent une part d'interprétation.

Il paraît toutefois infiniment probable, que le silicium intervient comme agent intermédiaire pour favoriser la précipitation de la chaux, et qu'en somme la calcification d'une coquille de ce genre, ressort à un mécanisme voisin de celui que nous étudions plus en détail chez les mammifères.

3° Les mammifères. — Quand, dans l'axe du membre embryonnaire, s'est différencié ce tissu dense qui formera plus tard l'os, le phosphore y fait bientôt apparition. Il est sous une forme chimique que nous ne connaissons pas, puisque ni calcium ni potassium ne sont encore décelables.

Le silicium fait défaut également. Il est bien vraisemblable que le phosphore n'est pas seul ; est-il simplement en combinaison organique ? est-il lié avec un minéral ? nous n'avons pu le déterminer ?

Rapidement, dans le tissu mésenchymateux qui entoure l'axe condensé, apparaît du tissu musculaire, qui, de la deuxième à la dixième semaine, suivant les membres et suivant les espèces, prend une insertion sur la future diaphyse.

Peu après cette insertion, jamais avant, apparaissent les premiers îlots de cellules cartilagineuses.

(1) Pour cet auteur, la chronaxie est liée exclusivement à la forme de la contraction et mesure exactement le degré d'altération pathologique de la fibre musculaire. G. Bourguignon. *La Chronaxie chez l'homme,* p. 250, 1923, Paris, Masson et Cie.

(2) A. Cretin. Les réactions histologiques du calcium, *C. R. Assoc. des anat.,* Gand, 1922 ; — La chaux et le phosphore dans les tissus ; de quelques méthodes nouvelles de recherches. *C. R. Assoc des anat.,* Lyon, 1923 ; — La chaux soluble, *C. R. Assoc. des anat.,* Strasbourg, 1924 ; — De quelques méthodes de recherche du phosphore et de la chaux dans les tissus, *Th. de Paris,* 1923.

La date d'apparition du point d'ossification primitif, est postérieure à celle de l'insertion des muscles : l'insertion plus tardive des muscles épiphysaires, coïncide aussi avec une apparition plus tardive des points d'ossification qui sont dits secondaires.

Pour nous, ce n'est pas simplement coïncidence, bien qu'il soit difficile de donner une preuve péremptoire de la relation de cause à effet avec ces seuls éléments.

Le cartilage qui représente le point d'ossification primitif contient tout d'abord une très grosse quantité de phosphore ; pendant les premiers jours de la multiplication des cellules cartilagineuses, il y a diminution notable de la quantité de phosphore, puis peu à peu, dans la substance fondamentale la quantité de phosphore augmente.

Le potassium fait son apparition, mais nous ne saurions dire s'il est contemporain des premières cellules cartilagineuses, s'il apparaît avant, ou au contraire quand le cartilage est déjà bien développé.

Nous l'avons vu dans l'ébauche cartilagineuse des corps vertébraux, alors que sur chaque coupe, il n'y avait pas plus d'une vingtaine de capsules cartilagineuses.

Nous pensons, d'ailleurs, qu'il doit être présent dès le début peut-être même avant, et l'ignorance où nous sommes encore, tient à notre impuissance à déceler d'aussi petites quantités de ce métalloïde.

Le cartilage du point diaphysaire primitif s'étend, le périoste, la zone diaphyso-épiphysaire se différencient.

Les îlots cartilagineux sont réunis par du tissu collagène.

Ainsi que le montre la fixation par l'alcool absolu-éther absolu saturés d'acide picrique, il y a dans le cartilage abondance de potassium.

Il est plus abondant dans la zone diaphyso-épiphysaire.

La même remarque s'applique au phosphore notoirement plus abondant dans ces points, et aussi au pourtour des canaux vasculaires du cartilage.

Il n'est pas rare de voir un ou deux groupes de colonnes de cartilage sérié, s'enfoncer assez profondément dans le cartilage qui modèle l'extrémité articulaire; et, dans ce cas, on voit partir d'un canal vasculaire une traînée de phosphore qui se rend directement et exclusivement à ces colonnes sériées qui ont dépassé l'alignement ; on voit de même, en cet endroit une augmentation du nombre des cristaux de picrate de potassium ; nous pensons qu'il y a entre l'accroissement du phosphore et du potassium d'une part, et celui du cartilage d'autre part, une relation étroite, puisque ces éléments sont d'autant plus abondants que le cartilage est plus fertile.

Phosphore et potassium peuvent être décelés bien avant que la chaux soit évidente par les méthodes chimiques et histochimiques (1).

Ce n'est que lorsque le cartilage s'hypertrophie, que les capsules éclatent qu'on peut y mettre la chaux en évidence. Mais avant d'apparaître dans le cartilage, la chaux est visible dans le muscle, à condition que la fixation soit appropriée.

La situation topographique du calcium dans le tissu musculaire est assez difficile à préciser. Le métal est masqué, il est en petites quantités : il paraît localisé dans les espaces interfasciculaires, point où les réactions dénotent la présence d'une quantité notable de phosphore, mais nous l'avons vu plusieurs fois se superposer exactement à la striation musculaire ; et chacun sait que la striation musculaire est riche en phosphore. Il y a probablement de la chaux sous la forme « chaux soluble », dans le muscle et dans les espaces interfasciculaires.

Nous n'avons pas trouvé de potassium par les méthodes histochimiques.

Le silicium ne nous a été démontré que dans le tendon du muscle, à condition que ce tendon soit court, et les fibres musculaires proches du périoste.

La chaux musculaire et le silicium tendineux sont connus depuis longtemps par les analyses chimiques. Il n'y a pas, toutefois à notre connaissance, d'observations histologiques les concernant.

Ces deux corps sont difficiles à voir pour les raisons suivantes :

Les réactions colorées du sicilium sont peu nombreuses; il faut user de l'intermédiaire d'un silicate insoluble formé par un mordant, sur lequel, au moyen d'un colorant approprié, on fait une laque de couleur connue d'avance.

La « chaux soluble » a échappé à l'expérimentation en raison même de sa solubilité. Il faut des fixateurs spéciaux et des réactifs très sensibles.

Le réactif gallo-formique donne avec le silicium une couleur rouge orangé, avec la chaux une couleur bleu-indigo; il nous a permis d'identifier et d'étudier ces deux corps.

L'insuffisance des réactions pour le silicium, l'insuffisance des réactifs et des fixateurs pour la chaux soluble, sont cause que nous n'ayons pas plus tôt reconnu ces métaux.

Somme toute, avec l'apparition des premiers éléments identifiables comme tissu osseux, coïncide dans le temps, l'apparition du silicium et du calcium.

L'os embryonnaire est assez nettement caractérisé pour que tout détail histologique soit superflu.

Au point de vue chimique, on voit apparaître des éléments nouveaux qui coexistent, avec le tissu collagène de la première période et la chondrine de la seconde ; l'osséine est le plus important des éléments nouveaux.

Chaque stade a une structure organique déterminée, à laquelle correspond une structure minérale. Nous verrons que le parallélisme peut aller très loin, et qu'à une déminéralisation de durée suffisamment longue, correspond une modification des albumines.

Dans l'os embryonnaire, nous trouvons, avec des proportions éminemment variables suivant l'âge du sujet, plusieurs variétés d'albumines et corrélativement plusieurs variétés de sels minéraux.

Si nous ne tenons compte pour ces derniers que des sels de chaux nous trouvons : des sels très solubles (chaux soluble), des sels en voie de précipitation mais non fixés (chaux de la substance préosseuse), et enfin de la chaux précipitée (tissu calcifié proprement dit).

En prenant un autre mode de classement, on pourrait dire pour la première : chaux réagissant au

(1) Dans Abderhalden (*Biochem.* Handlexikon) on signale la formation d'une combinaison insoluble entre les sels d'urane et la substance fondamentale du cartilage. Nous avons vérifié à plusieurs reprises, qu'un tissu cartilagineux privé de son phosphore par une méthode appropriée, perd son affinité pour l'urane, et nous pensons que l'affinité du cartilage pour ce métal est due à sa teneur en phosphore.

réactif galloformique; pour la seconde : chaux réagissant au carmin et au kermès; pour la troisième : chaux réagissant aux diverses préparations d'alizarine.

A tous ces faits il ne manque qu'une explication ; en rappelant ce que nous avons observé chez les mollusques bivalves et la succession que nous avons notée dans l'apparition des divers éléments minéraux, l'explication suivante paraît plausible :

Le cartilage contient du phosphore et du potassium, le muscle, du calcium, et le tendon du silicium ; quant à l'os outre les trois variétés de sels de calcium, il contient du phosphore, du silicium (ce dernier en très faible quantité).

Le muscle déverse entre le périoste et l'os du calcium très soluble et du silicium; tous les deux sont probablement protégés contre une attaque prématurée par des albumines. Au contact du phosphore et du potassium du cartilage il y a réaction, formation d'un silicate soluble qui retourne dans le muscle et d'un phosphate de calcium dont le cycle évolutif est d'abord la saturation métallique et à cause de cette saturation metallique la précipitation.

Deux preuves appuient cette façon de voir :

Le processus est d'autant plus intense que la croissance de l'os est plus grande, que la teneur du cartilage en potassium est plus élevée et que le développement du muscle est plus grand (1).

En second lieu le mécanisme invoqué n'est pas une exception dans la nature : on connaît des silicates alcalins naturels : les zéolithes (qu'on reproduit artificiellement au four électrique et portent le nom de permutites) qui possèdent la propriété d'améliorer les eaux dures avec formation d'un silicate de chaux qu'on récupère.

Nous aurons à fournir plus tard une autre preuve, la preuve expérimentale, et nous verrons qu'en modifiant en ce sens la constitution et la concentration des humeurs qui baignent un tissu devant former de l'os on provoque le développement au bout de peu d'heures de l'os qui, normalement, ne serait apparu que beaucoup plus tard.

Il paraît bien difficile désormais d'étudier l'os adulte privé de tous les tissus qui l'environnent. Il est encore tributaire du muscle, du tendon, du périoste, du cartilage qui, à des titres et à des époques variables ont présidé à son développement et à son édification.

Nous ne parlerons pas de l'aspect histologique sauf pour fixer topographiquement la situation des divers éléments que l'on peut identifier.

Les tissus péri-osseux contiennent : dans le muscle du phosphore et de la chaux, dans le tendon du silicium.

Dans le périoste aucun élément n'est identifié d'une façon absolue; entre le périoste et l'os, il y a de la chaux et du silicium. Dans le tissu osseux proprement dit, on trouve du phosphore, de la chaux et du silicium que nous étudierons successivement.

Le phosphore est nettement visible dans les corpuscules osseux, dans les fibres qui traversent la substance calcifiée et souvent la réaction dessine dans une travée une série de lignes concentriques plus ou moins festonnées. Le phosphore est là en partie lié à un radical organique, ainsi qu'on peut s'en assurer sur les pièces privées de leurs sels minéraux. Dans l'os spongieux, on trouve du phosphore surtout dans les fibres qui garnissent les alvéoles.

Le silicium est en quantité minime; il est moins facilement décelable que lorsque l'os était encore en voie d'accroissement.

La chaux existe sous ses trois formes : soluble, peu soluble, insoluble et précipitée; la forme la plus soluble se voit dans la cellule osseuse et à son voisinage immédiat; la forme moins soluble siège dans la substance préosseuse et les sels précipités sont dans la partie calcifiée.

Nous retrouvons dans l'os adulte les mêmes éléments que dans l'os jeune, seules les proportions de ces divers éléments ont varié. Ainsi phosphore, potassium, silicium, calcium apparaissent successivement et contribuent à édifier la partie minérale de l'os.

Certains de ces éléments ont un rôle temporaire, d'autres se fixent définitivement, mais tous restent présents tant que dure la vie de l'os.

Les éléments organiques qui forment la carcasse du tissu osseux retiennent normalement ces éléments : si la chaux ne se fixe pas, c'est le rachitisme; si après s'être fixée, elle peut partir, c'est l'ostéomalacie.

Tous ces processus chimiques sont guidés, ralentis ou accélérés par l'ensemble des sécrétions internes de l'organisme : le rôle des glandes est évident, mais l'importance respective de chacune d'entre elles est bien difficile à préciser.

L'expérimentation est la suite nécessaire des observations précédentes et pour la réaliser de façon simple, nous avons fait des fractures chez les animaux de laboratoire.

Toutes les fractures ont été, sauf exceptions précisées, faites sur la jambe chez des rongeurs (cobayes, rats gris mus ratus). Elles ont été suivies d'applications immédiates d'un plâtre.

Nous diviserons l'évolution d'une fracture normale en quatre périodes ;

Du premier au cinquième jour, il y a une hémorragie qui s'arrête, s'organise et se résorbe suivant le mécanisme connu.

Au cinquième jour, si la fracture est bien maintenue, la déchirure périostée est réparée.

Du cinquième au septième jour, le cal commence à apparaître : c'est un tissu formé de cellules dont les prolongements nombreux finissent par être noyés dans des écheveaux serrés de fibrilles ayant les réactions du tissu collagène. Puis, le cal est envahi de la périphérie vers le centre, des deux extrémités osseuses vers le centre, par du cartilage et enfin par de l'os jeune; cette période dure du quinzième au quarantième jour.

Telle est l'évolution chez un animal adulte jeune.

Ces données histologiques étant parfaitement connues d'ailleurs, nous aurons seulement à préciser la succession des phénomènes chimiques qui accompagnent les modifications tissulaires :

La fracture complète est la rupture du canal osseux rigide et de son enveloppe fibreuse. La rupture permet à tous les sels minéraux solubles contenus dans ce canal de se répandre dans les tissus environnants; ainsi se trouve réalisé dans un très court espace de temps un déséquilibre profond entre les albumines et les constituants minéraux de l'os.

---

(1) On peut en admettant cette façon de voir, s'expliquer la formation des crêtes osseuses, d'insertion de muscles très développés, et des précipitations calcaires anormales intratendineuses ou intramusculaires, qui n'en seraient dès lors que l'exagération pathologique.

Ces constituants doivent être groupés comme suit :

1° Les sels qui n'ont aucune tendance à se précipiter : sels de sodium, de potassium ;

2° Les sels dont le terme évolutif normal est l'état insoluble et dans ce cadre rentre les sels de chaux : chaux soluble, phosphate calcique non saturé qui tous tendent, par la saturation de leurs valences acides, à devenir insolubles ;

3° Enfin les sels déposés parmi lesquels il faut distinguer le phosphate tribasique et le phosphate tribasique-basique.

La perte initiale porte donc sur les sels solubles. Si elle n'est pas strictement immédiate, elle est tout au moins très rapide ; elle prend fin quand le périoste, par délamination et aussi par l'appui des tissus voisins, est parvenu à fermer la brèche en rétablissant la continuité de l'os. Nous ne sommes pas très renseigné sur le cycle évolutif des sels calcaires ainsi résorbés par le muscle; on les suit assez facilement dans les fibres musculaires proches de l'os où le transit paraît ralenti et, bientôt, ils disparaissent en tant qu'entités chimiques parfaitement définies.

Quand la fracture a entraîné des désordres plus grands, le processus est un peu différent; nous envisagerons trois éventualités :

a. Le périoste a subi une déchirure très étendue en hauteur où les fragments tenus à distance font que la brèche périostée est plus longue à se fermer, dans ce cas la perte de calcaire est plus importante et peut aller jusqu'à se traduire par une mollesse élastique des extrémités de l'os fracturé. L'examen histologique confirme cette décalcification physiologique et on remarque que les fibres de Sharpey sont plus nombreuses et plus colorables.

b. Si la fracture est esquilleuse, on ne voit pas de modification bien nette si l'esquille tient solidement au périoste et ce périoste au muscle. L'esquille se comporte comme le fragment diaphysaire.

Le ramollissement y est marqué aussi, mais avec une intensité sensiblement égale à celle qu'on peut apprécier sur les fragments de la diaphyse ellemême.

Si les esquilles sont complètement détachées, elles ne paraissent subir aucune modification de consistance.

c. Si les muscles ont été traumatisés de façon importante le déplacement du calcaire est moins rapide, donc tant que la continuité de l'os, du périoste, du tendon, du muscle est respectée, il y a départ d'une certaine quantité de calcaire; si cette continuité est rompue (comme dans le cas de l'esquille dépériostée ou de l'écrasement musculaire), cette deuxième phase est moins intense ou fait défaut.

C'est là une preuve que les tissus péri-osseux ont une importance capitale et cette constatation explique la transformation en ivoire (éburnation) des séquestres ou des esquilles libres tandis qu'elle explique aussi parfaitement l'altération des tuteurs en ivoire ou des greffons d'os mort que l'on introduit parfois dans l'os dans un but d'ostéosynthèse et qui eux se trouvent en contact intime avec de l'os vivant chimiquement actif.

Parallèlement à cette décalcification physiologique, qui tend en somme à réaliser aux dépens des réserves acquises, l'équilibre organo-minéral rompu, on note une dédifférenciation des albumines constitutives. En prolongeant artificiellement la déperdition du calcaire, on voit réapparaître les caractéristiques des tissus collagènes en même temps que diminue la quantité de phosphore, et la réaction de Curtis s'étend parfois à l'os fracturé tout entier ; on peut même la voir apparaître dans les os sains. Comme l'os fracturé ne perd jamais complètement son calcaire, il y a une forte présomption pour que le prélèvement que l'organisme exécute sur l'os fracturé soit limité à une certaine catégorie de sels de chaux; il peut atteindre les sels de chaux de la substance préosseuse, mais il s'arrête vraisemblablement au phosphate tribasique et certainement n'atteint pas le phosphate tribasique-basique puisque la réaction à l'alizarine ne disparaît jamais.

Si le besoin en calcaire du foyer de fracture est supérieur à ce que l'os fracturé peut fournir, l'organisme semble faire appel aux os voisins, et, pour une raison que nous ignorons, c'est l'os symétrique de l'os fracturé qui est le premier atteint.

A partir du moment où le périoste a rétabli la continuité de la diaphyse l'équilibre normal tend à reparaître ; très intense au début, la réaction de réparation chimique se ralentit et bientôt elle s'accélère à nouveau et reste telle jusqu'à la fin.

Le premier élément qui apparaît est le phosphore puis le potassium, et ces deux corps jouent ou paraissent jouer dans l'organisation cartilagineuse du cal le même rôle qu'au niveau du cartilage d'accroissement.

L'abondance du phosphore et du potassium est également manifeste dans le cartilage de l'os fracturé, mais elle est localisée à la zone fertile du cartilage (1).

Le phosphore n'a pu être mis en évidence dans le périoste lui-même, il est moins abondant dans les extrémités fracturées à cette période que dans le reste de l'os (il ne sera en quantité notable qu'au moment où le cartilage et plus tard l'os jeune apparaîtront).

En même temps qu'apparaissent phosphore et potassium, on voit se différencier les premiers îlots cartilagineux.

Bientôt la chaux devient décelable ; elle commence à apparaître daus le muscle jusqu'au niveau du tendon et dans le tissu à réaction collagène qui remplace les fibres tendineuses détruites et qui rétablit la continuité avec le nouveau périoste.

La chaux est interfasciculaire, sous-périostéo-diaphysaire, normalement la chaux apparaît dans les zones cartilaginisées du cal ; elle est abondante, mais elle est surtout extrêmement abondante au pourtour du cal fibreux sous le périoste.

Dans les cellules cartilagineuses, elle occupe la substance fondamentale, mais on en voit aussi dans le noyau des cellules.

Quand l'os jeune se forme, il contient de la chaux, on la voit imprégnant les travées de l'os néoformé, mais elle est spécialement abondante dans les alvéoles que limitent ces travées et qui sont garnis de fibres collagènes.

Les deux fragments de l'os fracturé contiennent de la chaux; celle-ci se présente sous des formes différentes dans chacun d'eux : ainsi à la jambe tandis que le fragment proximal contient de la chaux, sous la forme d'une nappe claire et homogène, le fragment distal présente, avec de nombreux amas calcaires, des grains abondants de silicium ; d'un

(1) Le rôle excitant mais toxique du potassium est d'ailleurs connu et l'on sait qu'il exerce une action favorisante sur le développement du cancer.

côté, il y a de la chaux en solution, de l'autre, de la chaux en cours de dépôt.

Le processus que nous venons de décrire se continue jusqu'à équilibre, c'est-à-dire jusqu'à réparation complète.

Il comporte un certain nombre de remarques :

1° L'os adulte est susceptible, quand les circonstances l'exigent, de recouvrer une vitalité suffisante pour réparer les dommages qui lui sont causés.

2° Les tissus péri-osseux ont un rôle chimique de premier plan dans la minéralisation des albumines osseuses, et l'os représente le lieu où se fait la réaction chimique terminale.

Le tableau raccourci que nous offre la réparation d'une fracture est donc superposable dans ses grandes lignes au processus lent et progressif de la calcification normale de l'embryon.

Il était dès lors aisé d'entreprendre d'autres expériences destinées à mettre en évidence le rôle respectif des éléments que nous avons signalés dans l'évolution normale de la calcification et des fractures. C'est ce que nous avons réalisé en injectant ou en faisant ingérer à des animaux de laboratoire les divers corps dont nous avons signalé la présence.

Premier groupe d'expériences. — *Injection faite entre le dixième et le quinzième jour.* — Connaissant par les études précédentes les délais nécessaires à la formation d'un os nouveau, nous avons pratiqué ces injections assez tardivement pour mettre les éléments minéraux que nous apportions en présence d'un tissu déjà préparé à l'ossification par les éléments que l'organisme lui fournissait. Nous avons observé une accélération de la formation du cal, le cal exubérant hypertrophié était très prématurément cartilaginisé, ossifié et calcifié.

Deuxième groupe d'expériences. — *Injection au sixième jour.* — Sachant qu'un délai de cinq jours est le temps minimum requis pour la réparation périostique nous avons pratiqué dès le sixième jour une ou plusieurs injections aux animaux qui ont été sacrifiés du sixième au dixième jour.

Au bout de quarante-huit heures tandis qu'il n'y avait pas encore trace de cal chez l'animal témoin, nous avons observé dans ce court délai la formation d'un cal exubérant très dur.

Injection pratiquée entre le premier et cinquième jour. — Un seule expérience a été faite dans d'excellentes conditions : elle nous a montré que vingt heures après l'injection, quatre jours et vingt heures après la fracture, alors que dans le cal fibreux il y avait encore les traces d'une hémorragie récente (globules rouges non altérés, polynucléaires bien conservés) nous avions provoqué la formation de tissus cartilagineux et même de tissus osseux jeunes, mais nous n'avons pas obtenu dans ce court espace de temps une consolidation mécanique.

C'est dans une deuxième expérience où l'animal a été sacrifié quarante heures après l'injection que nous avons pu observer avec un cal énorme une réparation mécanique suffisante pour que la mobilité anormale ait presque complètement disparu.

Dans le premier cas (au bout de vingt heures) nous avons obtenu une organisation histologique et minérale du cal comparable à celle qu'on observe du vingtième au vingt-cinquième jour; dans le second cas, l'évolution permettrait de situer le cal entre le trente-cinquième et le trente-huitième.

Ces faits comportent une conclusion : c'est que lorsqu'on apporte à un tissu, dont le terme évolutif normal est la formation d'os, les éléments minéraux qui sont nécessaires à l'édification de cet os, on provoque, avant le temps révolu, l'apparition durable quoique prématurée de l'os ; autrement dit, on raccourcit le stade de réparation, et telle fracture qui demande quarante jours pour guérir complètement peut, comme le montrent nos expériences, se consolider, grâce à ce secours dans un temps beaucoup plus réduit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 18 juin 1924)

Plaie traumatique du pancréas. — M. Rouvillois fait un rapport sur une observation de M. Courboulès. Il s'agit d'un joueur de foot-ball qui reçoit un coup violent et perd connaissance. Il y a une contraction abdominale qui disparaît assez rapidement ou du moins reste localisée au côté gauche. Un mois après, douleur vive, subite. On pense à une rupture d'une collection enkystée, laparotomie. Evacuation d'un pseudo-kyste du pancréas, drainage, marsupialisation, guérison,

Kyste non parasitaire du foie. — M. Lecène analyse deux observations de M. Aumont. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade opérée pour une hernie ombilicale volumineuse, chez laquelle, au cours de l'opération, on trouva un kyste du foie. On pratiqua la résection partielle de la poche et comme il est impossible de trouver un plan de clivage, on marsupialise.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme qu'on opérait pour un ulcère perforé de l'estomac et chez lequel on trouva un kyste à la partie inférieure du foie. Ce kyste put être enlevé en totalité. L'examen de la pièce montra des caractères d'épithélioma avec anomalie des voies biliaires.

Les kystes non parasitaires sont plus fréquents qu'on le croit généralement. Le traitement consiste dans l'extirpation totale ou partielle, selon les cas, avec ou sans marsupialisation.

L'intradermoréaction colibacillaire dans l'appendicite. — M. Louis Bazy insiste sur la valeur de l'intradermoréaction pour le pronostic de l'appendicite et des états toxiinfectieux. M. Bazy cite l'exemple d'une jeune fille, opérée à chaud d'appendicite et qui a présenté, les jours suivants, des accidents très graves, température de 40 degrés, pouls à 170, sans aucun phénomène péritonéal. M. Bazy rattache ces accidents postopératoires à des phénomènes d'ordre toxique par suite de la mise en liberté des produits toxiques au cours de l'intervention. Les accidents, chez la petite malade, s'amendèrent après avoir donné de vives inquiétudes. M. Bazy regrette de n'avoir pas, dans ce cas, pratiqué l'intradermoréaction.

M. de Nabias y a eu recours dans une série de cas et a pu ainsi ajourner, avec succès, des interventions.

M. Grégoire fait observer que les chirurgiens d'enfants constatent souvent des accidents postopératoires de cette sorte et qu'ils ne s'en inquiètent pas autrement. Il serait important de savoir si on a constaté des accidents postopératoires après une cutiréaction positive.

M. Mathieu rappelle avoir observé ces cas d'appendicite hypertoxique entraînant la mort sans péritonite dans les vingt-quatre heures.

M. Proust pense qu'on doit accueillir favorablement tout moyen de s'assurer du degré de résistance d'un malade qu'on va opérer.

M. J.-L. Faure fait cette réserve qu'il ne faudrait pas, sous ce prétexte, retarder des opérations d'extrême urgence.

M. Louis Bazy déclare être de cet avis.

Appendicite pelvienne. — M. Heitz-Boyer a observé avec MM. Pecker et Lamare (de Saint-Germain), un malade, sans passé urinaire, pris brusquement de douleur vive à l'extrémité de la verge avec rétention d'urines. On hésitait sur le diagnostic, il y avait de la douleur du côté gauche du ventre, le pouls à 104, la température à 38 degrés. Laparotomie exploratrice : on reconnaît l'existence d'une appendicite pelvienne. Mort par péritonite.

On ne saurait trop insister, ainsi que le font MM. Proust et Michon, sur l'importance de ces faits d'appendicite pelvienne latente et sur l'importance de la rétention d'urine et de la réaction péritonéale.

Drainage transvatérien des voies biliaires. — M. Duval estime qu'il y a lieu de remplacer le drainage externe par un drainage interne. C'est pourquoi il propose le drainage transvatérien qu'il a employé, avec succès, dans deux cas.

M. Cunéo ne croit pas que le drainage externe présente tant d'inconvénients. Quant au drainage interne, M. Cunéo redoute un peu le séjour prolongé de la sonde dans le duodénum. Il y a là cependant une tentative intéressante dont il faudrait bien fixer les indications.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du 17 juin 1924)

Un cas d'ictère hémolytique congénital chez un enfant de onze ans. — MM. Nobécourt, René Mathieu et Ricci présentent un garçon de onze ans atteint d'ictère hémolytique congénital sans antécédents familiaux. Les caractères cliniques sont : l'ictère tégumentaire, la présence d'urobiline et de pigments biliaires (sans sels biliaires) dans l'urine, l'hypertrophie et la dureté de la rate associées à une légère augmentation de volume du foie, sans aucun signe d'insuffisance hépatique. L'examen du sang dénote une anémie de 2 500.000 hématies, une fragilité globulaire accentuée (début de l'hémolyse à 0,76). Le sérum ne contient pas d'hémolysines. Les soins médicaux appliqués jusqu'à présent (repos, régime, fer) ne donnent aucun résultat. La radiothérapie de la rate serait sans doute inefficace. La splénectomie est le traitement de choix justifié par la répétition de crises vésiculaires douloureuses et par l'allure progressive de l'anémie qui évolue par poussées successives accompagnées de décharges d'urobiline et même de pigments biliaires dans les urines.

Spina bifida occulta d'une VIe vertèbre lombaire sacralisée. Douleurs. Disparition des douleurs par une injection épidurale de lipiodol. — M. Lance présente une fillette de quatorze ans et demi souffrant du dos depuis deux ans, surtout après une longue station assise. On trouve une dépression douloureuse à la pression au niveau de la Ve lombaire. La radio montre qu'il y a six vertèbres lombaires et que la VIe est sacralisée avec un spina bifida de l'arc postérieur. On injecte 5 centimètres cubes de lipiodol par voie sacro-coccygienne; disparition des douleurs qui depuis un mois ne se sont pas reproduites. L'auteur rapproche cette observation d'un cas analogue présenté par lui le 19 février, dans lequel le lipiodol n'avait pas amené de sédation des douleurs ce qui a rendu nécessaire une intervention suivie de guérison. Il remarque que dans ce premier cas l'injection de lipiodol avait été faite par voie lombaire et non sacro-coccygienne.

Leontiasis ossea chez un nourrisson de onze mois. — M. Apert présente un nourrisson qui offre une augmentation considérable de volume du maxillaire supérieur, épaississement du rebord alvéolaire, pas de dents sorties, mais la radiographie les montre en place. On ne peut porter dans ce cas d'autre diagnostic que celui de leontiasis ossea bien qu'on n'en ait pas jusqu'ici publié de cas avant trois ans.

Retard du développement, amélioration par amélioration de la conformation des maxillaires. — M. Robin présente deux enfants, le frère et la sœur, arriérés mentalement et physiquement; la fillette légèrement myxœdémateuse. Le traitement thyroïdien a donné peu de résultat Chez ces enfants le menton est tout à fait en retrait. La rectification de cet arrêt de développement par un appareil a été suivi chez les deux enfants d'un développement considérable de l'organisme et de l'intelligence.

Traitement des pieds bots congénitaux au cours de la première année par des bandelettes de leucoplasite. — M. Trèves présente un nourrisson soigné par la méthode bien connue de Finck à laquelle il a apporté une amélioration. A la bandelette unique adhésive il a substitué trois bandelettes pour agir sur l'adduction, la supination et l'équinisme du pied. Son expérience lui montre qu'il n'y a pas de malformation dans le courant de la première année résistant à ce traitement.

M. Lamy est moins affirmatif pour la constance des résultats obtenus avec ce traitement. Il faut compter avec les cas dans lesquels il y a une torsion spiroïde du tibia.

Fracture obstétricale de l'humérus Paralysie radiale par englobement dans le cal. Libération. Guérison. — MM. L. Lamy et Roudinesco présentent un nourrisson chez lequel il se produisit, au cours de l'accouchement difficile, une fracture de l'humérus droit au tiers moyen; traité des planchettes, au bout de quinze jours, on remarque que le poignet est tombant. Les auteurs qui voient le malade à ce moment constatent un cal volumineux et une attitude de paralysie radiale. On peut hésiter entre une paralysie du plexus brachial ou une inclusion du radial dans le cal. L'examen électrique montre une paralysie du radial totale, au-dessous du cal. Le trente-sixième jour après la naissance, opération : le nerf est englobé dans le cal sur une hauteur de 3 centimètres, libération et isolement, réapparition de petits mouvements le cinquième jour. Guérison le cinquantième jour.

Discussion. — M. Ombrédanne. Plusieurs cas analogues ont déjà été publiés. Lui-même a vu l'an dernier un cas semblable; le nerf a été dégagé du cal et le retour de la fonction a été très rapide. Le pronostic est donc favorable.

Sur les modifications susceptibles d'être apportées à la digestion de la caséine par les substances grasses du lait. — M. H. Dorlencourt et Mlle Spanien. L'abondance des matières grasses du lait est souvent à l'origine de nombreux troubles dyspeptiques de la première enfance. Or, fréquemment, l'analyse coprologique montre que, même dans ces cas, la digestion des éléments gras est cependant parfaite et qu'il ne saurait s'agir d'une insuffisance lipasique. C'est notamment ce qui s'observe dans la maladie très spéciale dénommée par M. le professeur Marfan « dyspepsie du lait de vache ». On s'est demandé dès lors si l'abondance des matières grasses ne s'opposait pas à la parfaite digestion des substances albuminoïdes. Les auteurs, par des expériences in vitro de digestion artificielle et contrôle par la méthode de Sönansen, montrent que ce processus ne saurait être invoqué.

Sur les variations de la calcémie et de la phosphaturie dans la tétanie. — M. H. Dorlencourt et Mlle Spanien. Cette étude confirme un ensemble de faits antérieurement acquis et pose un certain nombre de conclusions nouvelles.

L'hypocalcémie est la règle au cours de la tétanie aiguë, elle oscille entre 6 milligrammes, 9 et 8mmg5 p. 100. Ce fait paraît si constant qu'on peut considérer l'hypocalcémie comme un critère pouvant permettre de différencier les crises tétaniques de certains états convulsifs pouvant les simuler. L'hypocalcémie est également de regle, mais moins marquée, au cours des états de tétanie subaiguë. Elle oscille aux environs de 8mmg15 p. 100. Dans la spasmophilie simple, l'hypocalcémie est peu marquée, quelquefois même absente. Cependant, malgré les chiffres qui précèdent, on ne peut établir aucun parallélisme étroit et applicable à tous les cas, entre l'hypocalcémie constatée et l'intensité des manifestations tétaniques. L'hypocalcémie semble pouvoir exister même à un taux relativement marqué sans que pour cela surviennent obligatoirement des accidents tétaniques. Les variations du phosphore ne semblent point liées à l'évolution de cette affection. Son taux est généralement abaissé, mais il y a lieu de remarquer que le plus souvent les sujets présentent concurremment des lésions rachitiques.

Discussion. — MM. Lesné, Turpin et Guillaumin. On sait à l'heure actuelle que la mesure du calcium total du plasma ne témoigne que d'une façon imparfaite des modifications éventuelles de l'excitabilité et de la perméabilité cellulaires. Celles-ci sont en effet sous la dépendance stricte du calcium ionisé.

La concentration réelle du plasma en ion calcium est mesurée (Rona) à l'aide des valeurs du pH (concentration en ion H) et Co^2 combiné de ce milieu. Ces divers dosages ont

montré chez des nourrissons en état de spasmophilie latente une alcalose sanguine marquée avec, dans l'ensemble, une valeur du Ca ionisé inférieure à la normale. Ces faits sont encore plus démonstratifs au cours des accès de tétanie déclanchés par une cause intercurrente.

Ces constatations sont superposables à celles que Bigwood a récemment relatées à propos de l'épilepsie. La tétanie et la spasmophilie infantiles méritent bien de prendre place à côté de l'épilepsie. L'alcalose et la chute du taux de l'ion calcium que les auteurs ont observées sont les deux caractéristiques d'un processus humoral qui favorise chez le spasmophile un état d'hyperexcitabilité du système nerveux.

MM. Debré et Goiffon, au cours de leurs recherches sur le métabolisme du calcium, ont constaté cette hypocalciurie dans la tétanie; ils l'ont recherchée dans d'autres syndromes, par exemple dans l'asthme infantile où on ne la trouve pas.

M. Marfan remarque qu'il n'est pas indispensable de doser le calcium du sang pour faire le diagnostic de la tétanie, quand il est net le signe du facial suffit bien à affirmer une tétanie.

Un cas de méningococcémie grave. Guérison par injections répétées de sérum intrarachidien. — M. Rémilly (de Versailles). Il s'agit d'un bébé de vingt-deux mois qui fit une méningite cérébro-spinale type. La ponction lombaire ramène du liquide louche. Injection de sérum intrarachidien (10 centimètres cubes) et intramusculaire (10 centimètres cubes). A la suite s'installent une fièvre intermittente, puis une arthrite purulente du genou droit, du genou gauche, puis l'épaule droite. Accidents oculaires avec cécité complète. Les arthrites sont ponctionnées, et l'on injecte du sérum intramusculaire sans résultat. Hémoculture négative. Abcès de fixation sans résultat.

On tente à nouveau une deuxième, puis une troisième série de sérum intrarachidien. Amélioration rapide, puis guérison. Il persiste une cécité complète, mais l'intelligence est complète, les articulations ont recouvré tous leurs mouvements.

Sur la consolidation rapide du cranio-tabes sous l'influence des rayons ultra violets. — MM. Marfan, Dorlencourt et Turquety signalent la consolidation rapide des lésions du cranio-tabes chez les enfants soumis à l'action des radiations ultra-violettes. Seuls des enfants de moins de six mois ont été soumis au traitement, l'expérience montrant que, après six mois, le cranio-tabes peut se consolider spontanément avec une grande rapidité. Avant six mois cette consolidation est au contraire longue à s'opérer et demande plusieurs mois. Sous l'influence des rayons U. V., la consolidation a été obtenue après un minimum de six séances et un maximum de dix-sept séances, soit après une durée d'irradiation minima de vingt-sept minutes et maxima de 3 h. 50. Dans tous les cas, il y a amélioration manifeste dès le début du traitement.

L'action est plus rapide chez les nourrissons au sein ou à l'allaitement mixte que chez ceux à l'allaitement artificiel exclusif. Les auteurs rapportent les observations cliniques et les résultats des dosages de calcium et de phosphore qui ont été effectués dans le sang des enfants avant et à la fin du traitement.

Discussion. — M. L. Tixier signale que chez un nourrisson athrepsique de quatre mois, atteint de cranio-tabes, le traitement au novarsenobenzol avait donné un résultat lamentable (perte de poids de 500 grammes, état lamentable), les rayons ultraviolets amenèrent une guérison en quelques semaines avec une augmentation de poids de 40 grammes par jour; dans un autre cas avec spasmophilie, tétanie allant à cinquante-quatre crises par jour, en quelques séances l'enfant fut guéri. Cette excellente médication mérite d'être répandue, non seulement dans le rachitisme, mais dans des affections aiguës (ostéomyélites, appendicites suppurées, etc.).

M. Lesné a soigné des cas de cranio-tabes par les rayons ultraviolets, sans aucun traitement antisyphilitique ces malades guérissent en dix à douze séances; en huit jours tous les rachitiques sont transformés, ils sont gais, ont de l'appétit, se mettent à marcher.

M. Ribadeau-Dumas signale que cette médication n'est pas sans danger chez les tout-petits. Chez un nourrisson de six mois il a vu des accidents analogues au coup de chaleur (température, état comateux, hypertension des fontanelles, etc.). Il convient de manier cette médication avec prudence.

M. Dorlencourt pense qu'il faut employer de préférence des lampes de puissance médiocre et prolonger les séances. En agissant ainsi il n'a jamais vu d'accidents et on ne voit pas se produire de pigmentation de la peau, et cependant les résultats sont excellents.

M. Lereboullet signale une guérison obtenue en trois semaines dans un cranio-tabes très étendu chez un enfant non syphilitique.

M. Comby remarque que le cranio-tabes, de l'aveu de tous, ne guérit pas par la médication antisyphilitique; il guérit, au contraire, merveilleusement par les rayons ultraviolets, médication générale du rachitisme. Conclusion : le cranio-tabes n'a rien à voir avec la syphilis.

M. Marfan. L'action des médicaments ne démontre pas la nature des maladies. C'est un aphorisme faux. Sans quoi il faudrait admettre que la maladie provient de l'absence du médicament, ce qui n'est pas soutenable. En réalité, on ne peut invoquer l'action d'un médicament ni pour ni contre la nature d'une maladie.

Péritonite généralisée à foyers multiples à pneumocoque. Incisions. Guérison. — M. Rocher (de Bordeaux) communique l'observation d'un enfant qui, dans le décours d'une broncho-pneumonie double, fit une néphrite, puis successivement des collections péritonéales dans le flanc gauche (ouverture dans l'intestin), dans le bassin (ouverture dans le vagin et le rectum), dans le flanc droit. Ces collections furent ouvertes sous anesthésie locale (cocaïne à 1/300, très bien supportée chez les enfants), l'ensemble du pus évacué représentait bien 3 litres, et cependant l'enfant guérit tant est grande leur résistance au pneumocoque.

Rhumatisme articulaire déformant généralisé chez une enfant de quatre ans. — MM. P. Vallery-Radot et Aris présentent cette enfant. Bien que le Wassermann et le Hecht aient été négatifs, la présence d'une kératite interstitielle impose le diagnostic d'hérédo-syphilis. Elle est donc soumise au traitement.

Ostéopsathyrosis héréditaire. — MM. P. Vallery-Radot et Aris présentent un enfant de deux mois à conjonctives bleues qui a eu déjà plusieurs fractures. Le père a été présenté à cette Société à l'âge de huit ans, il a des sclérotiques bleues, il avait eu six fractures. Depuis sur un simple coup de poing il a eu trois fractures de côtes. Le grand-père et la grand'mère ont eu aussi plusieurs fractures. Pas de syphilis. Le père est bacillaire, et le grand-père a succombé à la tuberculose. Le calcium et le phosphore du sang ont été dosés. Le second est un peu diminué.

Un cas de fractures multiples avec dosage de la chaux et du phosphore dans le sang. — MM. Henri Lemaire et Cochez. Ce cas concerne un enfant de neuf mois porteur de onze fractures spontanées. Le taux du calcium dans le sang est normal et oscille de 100 à 110 milligrammes. Celui de phosphates salins passa de 73 milligrammes à 45 milligrammes alors que le taux du phosphore organique (phosphore organique et lipoïdique) était de 294 milligrammes (le dosage est dû à l'obligeance de M. Guillaumin).

Cet enfant, en plus des fractures multiples, présente sur la radiographie des épiphyses ayant certains caractères du rachitisme.

Leucémie aiguë chez l'enfant. — MM. E. Lesné, R. Clément et H. Baruk rapportent deux observations de leucémie aiguë chez des enfants de deux ans et de quatre ans qui ont tous les deux succombé en un mois et trois mois, malgré l'emploi de toutes les thérapeutiques préconisées. Le premier cas a débuté au cours d'un impétigo infecté du cuir chevelu et le second dans la convalescence d'une varicelle. L'anémie était très marquée et aplastique, le chiffre des leucocytes était peu élevé et ces leucocytes étaient en majeure partie des cellules indifférenciées. L'ensemencement du sang et des inoculations faites aux divers animaux de laboratoire sous la peau et dans la moelle osseuse n'ont donné que des

résultats négatifs; l'autopsie même n'a pu éclairer sur l'origine de cette affection dont la cause probablement infectieuse est encore inconnue.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC)

ÉTIOLOGIE CLINIQUE. GÉNÉRALITÉS. — La méningite tuberculeuse, inflammation diffuse de la pie-mère par le bacille de Koch, peut se voir à tout âge. Elle est cependant plus particulièrement fréquente entre deux et sept ans. Elle frappe tantôt des tuberculeux avérés, tantôt et beaucoup plus souvent des sujets en bonne santé apparente; dans leurs antécédents on trouve quelquefois un incident pathologique, un certain temps avant l'éclosion de la méningite (traumatisme, infections, opérations ayant porté sur un foyer tuberculeux); mais souvent aussi on ne trouve rien et la maladie semble primitive.

Les formes et les aspects cliniques de la méningite tuberculeuse sont si variables qu'il est absolument impossible de faire une description unique s'adaptant à la majorité des cas. Pour nous rapprocher autant que possible de la clinique, nous décrirons d'abord une méningite tuberculeuse de la deuxième enfance, car c'est à cet âge qu'elle est la plus fréquente et la plus caractéristique dans son allure.

SYMPTOMES. — I. **Prodromes.** — L'invasion de la maladie est ordinairement précédée d'une phase de prodromes plus ou moins longue (quinze jours à trois mois) où aucun symptôme caractéristique ne se montre, mais où on sent déjà l'infection tuberculeuse générale et même bientôt l'invasion progressive des méninges.

TROUBLES DE NUTRITION. — L'enfant, qui souvent était remarquable par sa bonne mine, son intelligence, sa gaieté, commence à maigrir; il perd son appétit et souvent déjà on note de la constipation ou des selles irrégulières.

TROUBLES NERVEUX. — Il se plaint fréquemment d'avoir mal à la tête; il devient paresseux; son caractère change (il est apathique, irascible, ou trop sensible). Son sommeil est agité. Il a des cauchemars, des grincements de dents de temps à autre.

Quelquefois il y a un léger mouvement fébrile et le pouls est plus accéléré que d'habitude.

Tous ces symptômes donnent l'éveil quand l'enfant se trouve dans une famille où il est très surveillé. Mais bien souvent on n'y prête guère d'attention, et c'est seulement plus tard, par l'interrogatoire, que le médecin pourra les découvrir, et c'est ainsi seulement qu'ils auront une valeur diagnostique.

Quoi qu'il en soit, ces symptômes persistent pendant plusieurs semaines, avec souvent des périodes de rémission. Puis, un jour, apparaissent des symptômes plus caractéristiques qui vont marquer ce qu'on a convenu d'appeler le début clinique de la maladie.

Il est classique de diviser la méningite tuberculeuse en trois périodes : période d'excitation, période intermédiaire, période de dépression.

Cette division est très schématique et il y a de nombreuses critiques à lui faire. Nous la conserverons néanmoins, en ayant soin de montrer, chemin faisant, la variabilité d'apparition des symptômes.

II. **Période initiale ou d'excitation.** — En quelques jours apparaissent des symptômes qui forcent l'enfant à s'aliter. Il souffre de la tête, il a un peu de fièvre et des troubles digestifs.

Cet ensemble symptomatique se rencontre avec une fréquence extrême en pathologie infantile, et c'est pourquoi bien souvent on ne soupçonne pas la gravité de la maladie qui commence. Parmi ces symptômes si banaux il en est trois qui *par leur réunion* acquièrent une réelle valeur diagnostique car ils sont très fréquents et permettent de *soupçonner la méningite*, et c'est pour cette raison que l'on désigne leur ensemble sous le nom de *trépied méningitique*.

A. LE TRÉPIED MÉNINGITIQUE. — a. La *céphalée* est constante, continue, progressive. Légère au début elle atteint bientôt son maximum d'intensité.

Elle est lancinante, tenace, avec par moments des exacerbations qui arrachent des gémissenents à l'enfant. Elle est augmentée par le bruit, la lumière, par toute tentative d'examen.

Chez l'enfant très jeune, qui ne peut exprimer ce qu'il sent, la céphalée n'en existe pas moins. On s'en aperçoit à son *facies*, aux cris intermittents qu'il pousse; tantôt il gémit simplement, tantôt il pousse un cri bref, aigu, qui apparaît tout à coup au milieu de sa torpeur ou de son demi-sommeil, c'est le *cri hydrencéphalique* de Coindet.

b. *Vomissements.* — Ils sont précoces et constants : mais ils n'existent habituellement que dans les tout premiers jours de la maladie. Ce sont des vomissements alimentaires puis muqueux et bilieux. Leur caractère principal est de se produire facilement, sans efforts, en fusée. Ils apparaissent souvent quand l'enfant se remue, quand on l'asseoit dans son lit pour l'examiner.

c. *Constipation* — Elle est opiniâtre, ne cède pas aux purgatifs et a ce caractère particulier de ne pas s'accompagner de ballonnement du ventre.

Tels sont les symptômes qui constituent le *trépied méningitique.* Isolés, ils ne sont pas caractéristiques : il n'est guère de maladie infectieuse de l'enfance où on ne puisse les rencontrer. Ils ne prennent leur valeur que par leur réunion, leur apparition chez un enfant qui, depuis quelque temps était *mal en train* et qui a une *fièvre modérée*. Il faut alors examiner le malade, *en soupçonnant* la méningite, de façon à rechercher d'emblée les symptômes importants.

B. EXAMEN DU MALADE. — Il est une règle de pratique, en médecine infantile, plus importante ici que partout ailleurs : il faut d'abord *regarder* le malade. L'aspect général a, en effet, une importance capitale pour le diagnostic.

a. *Aspect général.* — L'enfant est couché dans son lit, sur le côté, la tête enfouie dans son oreiller, tournant le dos à la lumière. Au premier abord, il semble simplement endormi; en réalité, il est plutôt dans un état d'abattement, de somnolence, ou même de torpeur.

La *somnolence* est donc un symptôme important que l'on voit immédiatement et qui a d'autant plus d'importance, de constance, que l'enfant est plus jeune. De temps en temps, l'enfant fait un mouvement, pousse un soupir ou un gémissement.

Découvrons-le : Nous voyons qu'il est couché en *chien de fusil*, c'est-à-dire, dos rond, cuisses fléchies sur l'abdomen, jambes fléchies sur les cuisses.

Avant de commencer l'examen détaillé et pendant que l'enfant est encore au calme, il faut le *regarder respirer* et *prendre son pouls*. On pourra ainsi parfois surprendre des troubles du rythme respiratoire et du rythme cardiaque, qui ont un grand intérêt diagnostique; nous les étudierons à propos de la période suivante où ils deviennent bien plus fréquents; il nous suffit d'avoir signalé ici la nécessité de leur *recherche précoce*.

Il faut maintenant parler à l'enfant, et tenter d'éveiller son attention : on constate qu'il répond à peine et seulement par quelques mots, comme pour se débarrasser du gêneur.

Tout à son mal, il s'isole du monde extérieur, semble ne souhaiter qu'une chose : le *repos*.

Si on tente de l'examiner, il se défend, gémit, ébauche quelques gestes d'irritation, ramène ses couvertures sur lui : *il évite l'examen.* *(A suivre.)*

Entérites et colites : leur cure hydro-minérale, publié sous la direction du docteur MAZERAN (de Châtel-Guyon), avec la collaboration du professeur agrégé CADE (de Lyon) et des docteurs BAUMANN et FOUCAUD (de Châtel-Guyon), BERNARD et FROUSSARD (de Plombières), GLÉNARD (de Vichy). In-8 coquille de 92 pages avec 17 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE À MADÈRE
AVANT LE REPAS
SIROP GIRARD
Même Composition
S'ordonne plus spécialement
en Médecine infantile
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48 Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
R. C., 32.028, Seine

N° 58. — SAMEDI 19 JUILLET 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 19 JUILLET 1924. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Vigot, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, du 1er février au 31 juillet 1924 (durée du congé accordé à M. Léger), d'un cours de clinique médicale.

— Reims. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux anatomiques et physiologiques, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, s'ouvrira au siège de ladite Ecole le 18 novembre 1924.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Rouen. — M. Guillaume, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de parasitologie.

Est rapporté l'arrêté du 23 août 1923 chargeant M. Lecaplain de ce cours.

— Tours. — MM. Bondony, professeur de pharmacie et matière médicale, et Ruthon, suppléant d'histoire naturelle, assureront le service de la chaire de physique et chimie, en remplacement de M. Quéron, professeur suppléant en congé, jusqu'au moment où il aura été pourvu à la vacance de cette chaire.

Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande et pour convenances personnelles, à M. Quéron, professeur suppléant de physique et chimie.

— Un concours s'ouvrira, le 18 novembre 1924, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique et chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — (Grande chancellerie.) *Au grade d'officier.* — M. le docteur Gaillard.

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Viguier, directeur du Service de santé du 32e corps d'armée.

M. le médecin inspecteur Thiroux, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

M. le médecin principal de 1re classe Patte, directeur du Service de santé du 30e corps d'armée.

Au grade de chevalier. (A titre posthume.) — M. Muller (Jean-Joseph), médecin-major de 2e classe : médecin-major énergique et dévoué. A été tué à son poste, le 4 septembre 1916, devant Verdun, en accomplissant vaillamment son devoir. Croix de guerre avec étoile de vermeil.

M. Isaac (Armand-Hertz), médecin aide-major de 1re classe : médecin aide-major très zélé. Mort pour la France, à son poste, le 26 février 1916. Croix de guerre avec étoile de bronze. (*J. O.*, 22 juin 1922.)

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Ministère de l'Intérieur. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Brégeat (Albert), chirurgien honoraire des hôpitaux d'Oran.

MÉDAILLE MILITAIRE. (A titre posthume.) — M. Lequeux (Jean), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire énergique et brave, ayant toujours donné l'exemple du devoir. Tombé glorieusement au champ d'honneur, le 28 mars 1918, sur le front italien. Croix de guerre avec étoile de Bronze. (*J. O.*, 22 juin 1924.)

GUERRE. — Service de santé. — Répartition des élèves gradés de l'Ecole du Service de santé militaire, pendant la période des vacances universitaires de 1924, avec indication du mois pendant lequel ils auront droit à une permission de trente jours.

Permissionnaires du mois d'août :

A. *Elèves en médecine.* — Hôpital militaire du Val-de-Grâce : M. Jacob.

Gouvernement militaire de Paris : MM. Sauvaget et Bizien.

10e corps d'armée : M. Gelard.

14e corps d'armée : MM. Martinet et Dufloz.

17e corps d'armée : M. Fulcrand.

18e corps d'armée : M. Boyrie.

B. *Elèves en pharmacie.* — Hôpital militaire du Val-de-Grâce : M. Charnot.

Gouvernement militaire de Paris : M. Legrand.

Permissionnaires du mois de septembre :

A. *Elèves en médecine.* — Hôpital militaire du Val-de-Grâce : M. Steullet.

Gouvernement militaire de Paris : MM. Chavialle et Denon.
14e corps d'armée : MM. André et Canis.
B. *Elèves en pharmacie.* — Hôpital militaire du Val-de-Grâce : M. Larroque.

PRIX MONTYON. — Sous le pseudonyme du docteur Antoyne, c'est au docteur Rodiet, médecin chef de l'asile de Ville-Evrard, que l'Académie française a décerné un des prix Montyon pour son manuscrit : « Souvenirs d'un médecin de campagne pendant la guerre. »

Chargé d'assurer tous les services d'assistance d'un arrondissement du centre, depuis août 1914 jusqu'en novembre 1918, le docteur Rodiet a noté, en médecin et en psychologue, les faits, les incidents, les propos des paysans, des réfugiés et ceux des permissionnaires et tout ce qui a constitué l'existence de son village pendant la guerre. Il en a fait un volume qui sera prochainement édité.

LUTTE CONTRE LA MALARIA. — La Commission médicale internationale pour la lutte contre la malaria, déléguée par la Société des Nations, est arrivée à Varsovie. Elle a à sa tête le docteur Lothain et le capitaine Watson. Après avoir visité la Pologne elle se rendra en Russie où dans certaines provinces comme en Georgie sévit le paludisme.

Le **XXVIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE**, se tiendra à Bruxelles du 1er au 7 août prochain. Il sera présidé par le docteur Z. Glorieux (de Bruxelles) et le docteur de Massary (de Paris). (Secrétaire général : professeur Auguste Ley [de Bruxelles], 9, avenue Fond Roy, à Uccle [de Bruxelles]).

Rapport de psychiatrie : « Une des formes de l'enfance anormale. » Rapporteurs : MM. les docteurs Simon (de Paris) et Vermeylen (de Gheel).

Rapport de neurologie : « Comment étudier les troubles du langage. » Rapporteur : M. le professeur Froment (de Lyon).

Rapport d'assistance : « L'adaptation du malade mental à son milieu, spécialement dans l'assistance familiale. » Rapporteur : M. le docteur Sano (de Gheel).

Des communications seront faites sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Les congressistes visiteront la colonie de l'Etat à Gheel et celle de la province de Liége, à Lierneux, ainsi que le sanatorium du Beau-Vallon, à Saint-Servais-lez-Namur. Ils auront l'occasion de visiter aussi divers établissements belges pour malades mentaux ainsi que les annexes psychiatriques des prisons et les établissements pénitentiaires à caractère médical de Merxplas.

Le programme du Congrès comporte aussi une excursion à Anvers avec réception par l'administration communale, une autre à Louvain où les médecins français ont tenu à saluer la Ville et l'Université incendiées en 1914, et où ils seront reçus par le bourgmestre et le recteur de l'Université.

Le programme leur promet encore une audition du célèbre concert hebdomadaire de carillon, dans les jardins de l'archevêché de Malines où ils seront reçus par le cardinal Mercier.

Le programme détaillé a été publié dans le n° 52 de la *Gazette des hôpitaux*.

Pour s'inscrire envoyer 30 francs à l'agence de Neuilly, 44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine (Seine), de la Société Générale, compte de M. le professeur Aug. Ley, n° 14702.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — ENREGISTREMENT DES BAGAGES A L'AVANCE. — Au moment des vacances, la Compagnie P.-L.-M. ne saurait trop engager, dans leur propre intérêt, MM. les voyageurs à faire enregistrer leurs bagages :

a. Dès la veille du départ, lorsqu'ils auront retenu leurs places à l'avance ;

b. Le jour du départ, dès le matin, lorsqu'ils n'auront pas retenu leurs places à l'avance.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

Nous avons cité fréquemment des jugements ou arrêts décidant que les tribunaux ne se reconnaissaient pas le droit de résoudre des questions d'ordre scientifique; mais tout en posant ce principe, ils examinent si une faute peut être reprochée au médecin ou au chirurgien et, si cette faute est établie, ils prononcent une condamnation à des dommages-intérêts pour la réparation du préjudice subi. La 6e Chambre du tribunal civil de la Seine vient de faire application de ces données dans une espèce qui n'est pas nouvelle, mais intéressante à indiquer.

Un soldat démobilisé avait été blessé, pendant la guerre, par des éclats d'obus qui avaient entraîné la fracture du fémur droit au tiers moyen ; il dut se faire opérer à la jambe, en raison d'une ankylose osseuse métatano-phalangienne du gros orteil ne permettant pas de reposer à plat par terre. Une double opération fut pratiquée : 1° Astragalotomie avec enlèvement au ciseau de l'astragale complètement soudé aux os voisins ; 2° résection cunéiforme de l'articulation métatano-phalangienne du gros orteil.

Pendant l'opération, l'hémorragie fut abondante ; le chirurgien dut laisser dans la plaie un tamponnement, et la plaie fut suturée en laissant le passage des mèches. Cinq jours après le chirurgien défit le pansement pour enlever les fils et mettre un appareil plâtré; la plaie était fermée. Le docteur a cru que les mèches avait été enlevées par l'interne. Quelque temps après, une fistule se déclara au cou-de-pied; le malade fut transporté dans un hôpital où, après une intervention chirurgicale, on retira un premier tampon de gaze, puis un second. On reconnut que l'infection était due à la présence de ces corps étrangers.

Quand le blessé fut guéri, il assigna le chirurgien en dommages-intérêts. Les experts qui avaient été désignés eurent pour mission de rechercher si le docteur avait opéré conformément aux règles de l'art ou s'il avait commis une faute professionnelle. Ils déclarèrent que le fait de l'oubli des tampons dans la plaie ne constituait pas une faute professionnelle. Mais le tribunal n'adopte pas leur conclusion. Comme dans toutes les décisions de cette nature, il commence par dire que les questions scientifiques à débattre entre docteurs ne peuvent constituer des cas de responsabilité civile et échappent au domaine et à l'examen des tribunaux ; mais il ne saurait en être ainsi, dit-il, quand le fait reproché est le résultat d'une faute caractérisée, d'imprudence, de négligence grave, de l'ignorance des choses qu'un homme de l'art doit nécessairement connaître. Et il ajoute : « Attendu qu'il serait injuste et dangereux pour la Société de proclamer comme un principe absolu qu'en aucun cas les médecins et chirurgiens ne sont responsables dans l'exercice de leur art. » En conséquence, il a condamné le chirurgien à payer à l'opéré une somme de 10.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Autrement dit, malgré le principe posé, le tribunal se reconnaît le droit d'appréciation souverain, toutes les fois où la responsabilité médicale ou chirurgicale est posée. Dans le cas actuel, les experts dont la mission était de rechercher s'il y avait faute professionnelle, avaient répondu négativement. Néanmoins, le tribunal a apprécié que l'opération avait été faite dans des conditions qui lui permettaient d'apprécier s'il y avait faute ou non, en dehors de toute question technique à examiner.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE GÉNÉRALE

LES CONVASÉRUMS OU LES SÉRUMS DES CONVALESCENTS

Par M. le docteur Louis LÉORAT,
Ex interne des hôpitaux de Lyon.

Rappel des lois expérimentales de l'immunité acquise et des sérums. — De la nécessité logique de les appliquer aux sérums des convalescents. — Propriétés particulières aux sérums des scarlatineux et des rougeoleux : les phénomènes d'extinction. — Le convasérum de scarlatine. — Le convasérum de rougeole. — Le convasérum de coqueluche. — Le convasérum de poliomyélite. — Le convasérum de grippe. — Le convasérum des oreillons. — Le convasérum dans d'autres maladies. — Le traitement des retards de consolidation par le sérum des fracturés. — Parallélisme d'action avec l'hémothérapie ou transfusion. — De la nécessité d'une sérothérapie multiple. — De la commercialisation des convasérums. — La marche vers des sérums expérimentaux. — Conclusion. — Bibliographie.

I. Rappel des lois expérimentales de l'immunité acquise et des sérums. — C'est encore à l'expérimentation qu'il faudra avoir recours pour résoudre l'incertitude qui plane sur certaines maladies infectieuses.

L'utilisation des convasérums (il faut un mot nouveau pour désigner une chose nouvelle) ou sérums des convalescents, toute d'actualité pour la prophylaxie et le traitement d'un bon nombre d'entre elles, repose sur un certain nombre de lois applicables à l'immunité acquise et aux sérums en général, qu'il me semble nécessaire de placer en tête de cette étude pour éclairer divers points controversés.

L'immunité réalisée chez le cheval par injections de toxines, pour y créer des antitoxines, est identique à celle que réalisent les maladies.

La neutralisation de la toxine par l'antitoxine se fait conformément à la loi des proportions définies.

La quantité de sérum antitoxique juste nécessaire, pour neutraliser une quantité donnée de toxine est invariable.

Ce sont là des propriétés de combinaisons analogues aux combinaisons chimiques, soumises à la loi des proportions définies.

L'action des sérums antitoxiques est générale, c'est-à-dire, s'exerce sur toutes les manifestations toxiques de la toxine.

L'action des sérums antitoxiques est spécifique, c'est-à-dire qu'elle ne se produit que pour la toxine correspondante et non pour une autre.

C'est la *loi de la spécificité des sérums.*

La neutralisation de la toxine par l'antitoxine est un phénomène instantané, comme la neutralisation d'un acide par une base. Ceci permet d'éliminer une conception qui prétendait que les antitoxines détruisent les toxines, comme les diastases détruisent les substances sur lesquelles elles agissent.

L'antitoxine supprime les activités toxiques, de la toxine correspondante, mais ne supprime pas la toxine. Les sérums antitoxiques sont préventifs, c'est-à-dire qu'ils permettent au sujet, auquel on les injecte, de supporter sans accidents l'inoculation d'une quantité de toxine capable de provoquer des troubles pathologiques. Ils réalisent l'*immunité passive.*

L'immunité passive varie selon le mode d'inoculation et la quantité du sérum injecté.

La durée de l'immunité passive croît avec la quantité de sérum injecté mais pas proportionnellement.

Les sérums antitoxiques, ne sont pas forcément curatifs, c'est-à-dire, qu'ils n'arrêtent pas forcément l'évolution d'une maladie en cours. *Chaque sérum doit être étudié pour son compte* et il est imprudent de généraliser.

L'immunité acquise est humorale et dépend essentiellement de la phagocytose.

II. De la nécessité logique de les appliquer aux sérums de convalescents. — Ces lois établies expérimentalement (Arthus) doivent logiquement être appliquées à l'étude du sérum des convalescents de scarlatine, rougeole, maladies qui ont la propriété de conférer une immunité durable, comme d'ailleurs la fièvre typhoïde, la variole, la coqueluche, les oreillons.

D'autres maladies : diphtérie, tétanos, ne confèrent qu'une immunité passagère. Le sérum des convalescents contient des antitoxines spécifiques, préventives et parfois curatives. On ne peut donc nier la spécificité du sérum des convalescents.

III. Propriétés particulières aux sérums des scarlatineux et des rougeoleux : les phénomènes d'extinction. — Le sérum des scarlatineux convalescents dont la maladie date de plus de trois semaines, ainsi que le sérum humain, normal même, n'ayant jamais eu la scarlatine, a la propriété d'éteindre l'exanthème scarlatineux au point où l'on a fait l'injection et il est sans action sur les autres exanthèmes (Schultz et Charlton).

Cette extinction, consiste dans une disparition totale, de l'exanthème sur une surface variant de celle d'une pièce de 1 franc à celle d'une paume de main, faisant songer par ce fait à une guérison locale.

L'intradermo-réaction doit être faite dans les deux premiers jours de l'éruption.

Cette réaction est spécifique de la scarlatine et nous a servi pour préciser le diagnostic de la scarlatine puerpérale dans laquelle l'extinction s'est produite en plusieurs points, où l'on avait injecté simultanément du sérum antistreptococcique.

Dans la rougeole, l'injection de sérum de convalescent produit identiquement une extinction locale de l'éruption. Pour l'obtenir, il suffit d'injecter dans le derme 1 à 4 centimètres cubes de sérum au début de l'invasion. Il se forme pendant la période de l'éruption, une tache blanche de la dimension d'une pièce de 5 francs à une paume de main. Si cette réaction n'avait d'autre intérêt que celle d'une curiosité scientifique, il n'y aurait pas lieu de s'y arrêter longuement, mais il n'en est pas ainsi. L'explication de ce phénomène a été tentée par plusieurs auteurs, qui ont émis des hypothèses.

Il n'est pas douteux qu'elle tient à la spécificité du sérum dont les anticorps et antitoxines neutralisent localement les virus scarlatineux. Il s'agit bien, comme on l'a dit, d'une guérison locale, plus complète et plus certaine lorsqu'on injecte un sérum de convalescent récent et adulte, qui contient un maximum d'anticorps, que lorsqu'on injecte un sérum humain normal. Ce dernier produit l'extinction, mais d'une façon moins constante et moins franche, tout comme son action générale qui est moins forte que celle du sérum de convalescent au maximum de son efficacité.

Certains auteurs ont prétendu à l'inconstance de ce phénomène de l'extinction. Il faut en chercher

la cause dans la qualité du sérum employé indépendamment de la question de la technique.

L'étude du phénomène de l'extinction est un moyen sûr, un véritable procédé de dosage de l'efficacité d'un sérum de convalescent.

A ce propos, il n'est pas sans intérêt de rappeler que la réaction peut être agrandie, l'extinction peut être élargie lorsqu'on lui associe le sérum antistreptococcique, qui se surajoute au précédent et aussi lorsqu'on fait des injections intraveineuses de sérum de convalescent qui sont capables de faire disparaître une éruption franche en quelques heures.

C'est là un procédé brutal et peut-être dangereux mais sur lequel il est cependant intéressant de s'arrêter.

Si l'on analyse le travail de Cohn, qui rapporte un cas de mort par injection intraveineuse de sérum de convalescent, on voit qu'il se produisit trois quarts d'heure après l'injection de 60 centimètres cubes de sérum, un frisson avec perte de connaissance et l'éruption disparut complètement en même temps. Ultérieurement, le pouls devint rapide, la face cyanosée, des sueurs apparurent, la température monta à 41°5 et la mort survint quatre heures après.

Quelles que soient les explications que l'on puisse donner de cette disparition totale de l'éruption ; on ne peut pas ne pas songer à la comparer à l'extinction locale, entre lesquels l'extinction multiple et l'extension élargie ne sont que des termes de passage.

L'étude détaillée de ces phénomènes est faite dans les thèses de Pawlovitch (Lyon, 1922), Hamel (Paris, 1922) et Garcin (Montpellier, 1924).

IV. Le sérum de convalescent de scarlatine. — *a.* Les faits. — Engels (de Berlin) injecta 8 centimètres cubes de sérum d'un homme normal (non convalescent) dans un cas de scarlatine. Il partait de ce principe que dans l'organisme il se trouve une substance immunisante. Le résultat fut inattendu, l'état général devint meilleur et la température tomba (Fodor et Wyssokowitch, 1884).

Roger, en 1896, injecta à un garçon, 80 centimètres cubes de sang défibriné prélevé sur un convalescent.

Von Leyden, Huber et Blumenthal utilisèrent cette méthode à la même date. Ils injectèrent 10 centimètres cubes puis 20 centimètres cubes à 16 malades, 6 furent très améliorés ; chez 9, le résultat favorable fut moins net, dans un cas, il n'y eu pas d'amélioration.

Weisbecker (1897) l'utilisa dans les scarlatines graves.

Selon Kumpel (1903), le sérum n'agit pas sur les complications. Mais il faut remarquer qu'à cette époque les doses injectées étaient trop faibles et ce n'est qu'en 1912 que les recherches furent reprises. A ce moment, Reiss et Jungmann reprenant les essais de Weissbecker, Kumpel, Von Scholz pensèrent que cette méthode pouvait devenir intéressante. Les observations de Reiss et Jungmann sont démonstratives. Quand on observe les courbes thermiques qu'ils reproduisent, on voit qu'il s'agit de formes graves où une injection de sérum de convalescent a été suivie de chute de température peu de temps après. Leur méthode est la suivante. Entre vingt et un et vingt-huit jours après la maladie, on prend 100 à 200 centimètres cubes de sang, chez un donneur sain. On prépare le sérum, en ayant soin de mélanger le sérum de plusieurs sujets.

Rowe a comparé, en outre, l'action du sérum normal à celle du sérum de convalescent. Pour cela, il a injecté ces sérums en quantités égales, chez le même nombre de malades présentant la même élévation thermique. La courbe thermique n'a pas montré de différence bien appréciable. Dans les deux cas, on observe la baisse de la température accompagnée d'une amélioration de l'état général. Dans un cas, il a observé un choc, non mortel, par injection de 70 à 100 centimètres cubes. Si la chute de la température ne se produit pas après la première injection, on en fait une autre de 20 centimètres cubes. Dans les cas très graves, l'injection de sérum n'amène pas la guérison.

L'auteur a souvent observé l'amélioration des complications.

R. Koch (1912) a traité 22 malades avec succès. Quelquefois on observe l'amélioration après 10-20 centimètres cubes ; d'autres fois après 80 centimètres cubes ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'on ne connaît pas la quantité d'antitoxine du sérum. L'usage doit en être fait dans les trois premiers jours. L'auteur a pu observer de très nombreux cas de scarlatines graves dans lesquels la marche vers la mort semblait inévitable et ont guéri après l'injection de sérum. Aucun autre traitement n'a donné des résultats aussi évidents. Ils furent confirmés par les travaux d'une série d'autres auteurs : Reiss et Herz, Zingher, Schulz, Griesbach.

En 1918, Kling et Widfeld employèrent avec succès la sérothérapie dans 237 cas de scarlatine maligne. A la même époque, parurent les travaux célèbres de Scholtz et Charlton.

En 1921, Weaver a traité 50 scarlatineux graves. Mironesco et Sager rapportèrent à la Société médicale des hôpitaux, l'observation de 3 cas de scarlatine maligne, traités par le sérum de convalescent et dont 2 guérirent. Isenschmid (1920) rapporte les résultats d'injection de sérum de convalescent intraveineux. Au bout de douze heures, la température tombe et une crise de sueurs profuses se manifeste.

Debré et Paraf, dans un cas de scarlatine maligne, obtiennent une guérison par deux injections de 30 centimètres cubes de sérum de convalescent, à deux jours d'intervalle, au septième jour de la maladie.

Cohn (1921) rapporte un cas de mort par injection intraveineuse de 60 centimètres cubes de sérum.

Mouriquand et L. Léorat (1922) étudient l'action du sérum de convalescent de scarlatine dans la scarlatine puerpérale.

b. Technique. — On prélève le sérum d'un convalescent vers la cinquième semaine de la maladie. A ce moment, le pouvoir extincteur réapparaît. Mais on peut prélever le sang à une période plus tardive et même celui d'un adulte normal.

Le *donneur* sera de préférence un adulte en bonne santé, ni tuberculeux, ni syphilitique. On lui fait une prise de sang dans des conditions d'asepsie rigoureuse et en quantité variable (50 à 100 centimètres cubes). On fait la réaction de Wassermann. On décante le sérum, on lui fait subir la tyndallisation à 56 degrés et certains auteurs lui ajoutent une faible dose d'antiseptique (crésol ou acide phénique). On le répartit en ampoules et on le conserve à la glacière. Pour avoir un sérum d'une activité plus constante (Zingher et Koch), conseillent de mélanger le sang de plusieurs convalescents.

Au sérum, Zingher préfère le sang citraté plus

commode et d'action identique. Il suffit d'une seringue de 20 centimètres cubes et d'une solution stérilisée de citrate de soude à 10 p. 100 dont on prend 2 centimètres cubes pour 18 de sang.

On fait immédiatement une injection intramusculaire de ce sang citraté. On pourrait d'ailleurs le conserver plusieurs mois en flacons stériles.

Il est nécessaire d'employer de fortes doses et de répéter les injections. Reiss et Jungmann, Reiss et Herz injectent 50 à 100 centimètres cubes et font deux ou trois injections à deux jours d'intervalle. Kling et Wildfeld emploient, selon les cas, de 18 à 40 centimètres cubes. Ils pratiquent 2, 3, 4, 5 et même 6 injections espacées de deux ou trois jours. R. Koch injecte 40 à 60 centimètres cubes répétés trois et quatre fois. Weaver emploie 60 à 90 centimètres cubes. Mironesco et Sager diminuent les doses vers la troisième injection (24 à 30 centimètres cubes).

Le sang citraté sera injecté aux mêmes doses (30-100 centimètres cubes),

La voie d'injection a varié suivant les auteurs. Au début, on se contentait de la voie sous-cutanée. Certains auteurs préfèrent la voie intramusculaire. L'absorption est plus rapide et l'on évite les douleurs vives que provoque parfois l'injection de grosses quantités de sang citraté.

Reiss et Jungmann ont préconisé l'injection intraveineuse de fortes doses de sérum.

En Allemagne, un certain nombre de médecins continuent à préférer cette technique (Herz, Schultz, Griesbach, Cohn). Il est certain que dans les cas particulièrement graves, où l'action du sérum doit être rapide, on sera en droit de l'employer mais avec prudence car, bien que ces injections ne déterminent d'ordinaire aucun trouble, excepté le frisson de courte durée. On a pu constater des accidents plus graves et même la mort (Cohn).

c. Résultats. — Les auteurs n'ont, en général, traité par cette méthode que les formes graves de scarlatine et, de ce fait, leurs statistiques ont plus de valeur.

La statistique de Reiss et Jungmann donne 6 décès sur 18 malades graves traités par cette méthode. Koch n'eut qu'un décès sur 22 scarlatines malignes ainsi traitées.

La statistique de Kling et Widfeld est encore plus démonstrative. Sur 237 cas graves traités par injections intraveineuses, 42 moururent (soit 17,7 p. 100), alors que sur 91 cas graves non traités, la mortalité fut de 63 (soit 70 p. 100).

Les malades de Zingher traités par injection intramusculaire donnèrent 26 p. 100 de mortalité.

Weaver n'eut que 2 décès sur 44 scarlatines toxiques traitées par le sérum de convalescent en injection intramusculaire.

Mironesco et Sager enregistrent 1 décès sur 3 malades graves.

Ces résultats sont donc bien démonstratifs de l'action du sérum.

Cependant, l'efficacité de la sérothérapie dépend de la précocité de l'injection. Les effets sont surtout nets chez les malades traités dans les quatre premiers jours de la maladie. Weawer a remarqué qu'après le dixième jour le sérum n'a pas d'action apparente cliniquement.

L'action du sérum se manifeste rapidement, quelques heures après l'injection, la température tombe de 2 ou 3 degrés ; souvent elle remonte, mais une nouvelle injection amène une nouvelle chute de température. En même temps, les symptômes s'amendent.

La durée et l'évolution de l'éruption ne sont pas habituellement modifiées par les injections hypodermiques ou intramusculaires de sérum de convalescent. Il n'en est pas de même des injections intraveineuses qui peuvent en modifier l'évolution.

Le sérum de convalescent ne paraît pas avoir d'action sur les complications septiques de la scarlatine. Cependant, elles sont plus rares puisque la maladie devient plus bénigne grâce à ce traitement. Koch, Kling et Widfeld ont particulièrement noté la faible proportion des néphrites.

d. Accidents et incidents. — La douleur locale se manifeste surtout avec le sang citraté. Après l'injection intraveineuse, on peut observer des accidents. L'injection intraveineuse de sérum humain peut déterminer des chocs graves et mortels. Schultz, Reiss et Jungmann ont constaté des accidents graves.

Griesbach (1917) et Cohn (1921) rapportent respectivement un cas mortel.

Ces accidents doivent, non pas nous faire abandonner la voie intraveineuse qui est héroïque, mais nous inciter à mettre en œuvre les méthodes anti-anaphylactiques (injections préalables de très petites doses, etc.).

V. **Le convasérum de rougeole.** — *a.* Les faits. — Les premiers essais de sérothérapie prophylactique sont dus à Nicolle et Conseil (1916). Dans une épidémie familiale de rougeole ces auteurs eurent l'idée de protéger le plus jeune enfant par le sérum d'un de ses frères convalescents. Vivant au contact de ses frères, il a été certainement contagionné. L'injection de 4 centimètres cubes de sérum de convalescent pendant l'incubation, le rendit réfractaire à la rougeole. D'autres essais furent tentés par ces auteurs et par d'autres.

En Amérique, Richardson et Connor, obtinrent de nombreux succès. Il en fut de même de Torrès et Pacheco en Amérique du Sud.

En Allemagne, Degwitz (1919), étudia méthodiquement la question et obtint de nombreuses guérisons. Avec Glaser et Muller, il recommande la création, dans les hôpitaux, de dépôts où il serait facile de se procurer du sérum de convalescent pour les crèches, les garderies d'enfants, les hôpitaux et les écoles. Depuis lors, de nombreux travaux sont venus s'ajouter aux précédents. Citons ceux de Néry, Gastinel et Joannon, Nobécourt et Paraf, de Jong et Bernard; Harvier, Le Brun et Decourt, Dopter, Debré et Ravina, Cheinisse, Maniel, Ruelle, Lauze; d'Astros, Giraud, Maurin et Raybaud; Weill, Bertoye et Sédaillan; Debré et Joannon; Cassoute, Garcin-Nicolas, Godlewski, etc.

b. L'action du sérum de convalescent. — L'injection pratiquée avant la contamination réalise la séro-vaccination. Dans les premiers jours de l'incubation, elle réalise la séro-prévention absolue. Dans la deuxième moitié de cette période, elle réalise la séro-atténuation. Plus tard, durant l'invasion, elle provoque une extinction locale de l'éruption. Sur la rougeole déclarée, elle réalise la sérothérapie.

c. La séro-vaccination a été réalisée de diverses façons : Hiraishi et Okamoto ont injecté du sang de rougeoleux à doses minimes.

Nicolle et Connor injectent 10 centimètres cubes de sérum de convalescent et vingt-quatre heures après, 1 centimètre cube de sérum de rougeoleux. C'est la méthode la plus pratique, mais elle reste à l'étude.

d. Séro-prévention absolue. — L'injection de sérum de convalescent pratiquée durant les six premiers jours de l'incubation réalise la préservation absolue mais l'immunité obtenue ne dure que deux semaines à un mois.

Cette méthode doit être appliquée dans les crèches et les pouponnières, les familles. Dès qu'une rougeole s'y manifeste, toute la collectivité doit être injectée sans retard.

e. Séro-atténuation. — L'injection pratiquée du septième au neuvième jour de l'incubation modifie l'évolution de la rougeole caractérisée par sa bénignité et la rareté de ses complications. Ce procédé offre trois avantages :

Certitude de la réussite. Immunité durable. Economie de sérum.

f. Phénomène de l'extinction locale de l'éruption. — Pour le produire, il faut injecter de faibles doses, au début de l'invasion. Il se forme alors, pendant la période d'éruption, une tache blanche de la dimension d'une pièce de 5 francs à une paume de main : autour du point d'injection. Ce phénomène permet d'évaluer la valeur du sérum de convalescent.

Il ne se produit pas avec le sang ordinaire, même de sujets ayant eu la rougeole autrefois.

g. Sérothérapie. — Son succès est inconstant. Ce fait provient peut-être de ce que les doses employées ont été trop faibles en raison de la pénurie du sérum. Degwitz met les échecs sur le compte de doses insuffisantes. D'ailleurs la dose doit varier selon la période de la maladie. C'est ainsi qu'une dose faible sera active si elle est injectée au début de l'incubation et deviendra insuffisante pour réaliser la sérothérapie curative. C'est pourquoi Brissaud propose la transfusion du sang.

Technique. — Prélever le sérum chez un donneur convalescent de rougeole et sain.

Faire la prise de sang vers le dixième jour qui suit la défervescence. En cas d'urgence, si on ne possède pas de sérum, on peut injecter le sang complet citraté.

Le sérum doit être séparé du caillot, conservé à la glacière et porté pendant deux périodes d'une demi-heure à la température de 56 degrés (tyndallisation). D'autres l'additionnent d'une solution phéniquée à 5 p. 100 de tricrésol à 0,25 p. 100.

On peut employer n'importe quelle *voie d'injection :* sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse.

Le *moment d'injection* dépend du résultat que l'on veut obtenir : séroprévention ou sérothérapie.

La *quantité à injecter* est variable. Pour Degwitz, la dose de $2^{cmc}5$ est l'unité de protection ; c'est cette dose qui sera injectée les premiers jours de l'incubation. Plus tard, pour la séro-atténuation, il faut injecter 5 centimètres cubes. Pour l'extinction on injecte 1 à 5 centimètres cubes. Pour la sérothérapie curative il faut 20 à 30 centimètres cubes.

D'ailleurs, ces doses varient avec l'âge de l'enfant et l'on peut fort bien injecter de plus fortes doses.

Résultats. — Les dangers et les accidents sont nuls à condition de vérifier la stérilité des ampoules de sérum.

Si les doses employées sont suffisantes, les insuccès sont rares.

C'est pourquoi cette méthode est proclamée excellente d'un commun accord et elle rend des services considérables par la séroprophylaxie. A l'Asile de débiles de Médan, la mortalité des rougeoleux est passée de 62 p. 100 à 0, grâce à cette méthode. C'est pourquoi la séroprophylaxie de la rougeole doit être généralisée.

Nous verrons plus loin qu'au point de vue thérapeutique, on a intérêt à associer au sérum de convalescent, des sérums antipneumococcique et antistreptococcique.

VI. Le sérum de convalescent de la coqueluche. — Depuis 1913, des travaux similaires, ont montré que le sérum de convalescent de coqueluche, agit comme dans la rougeole.

A quel moment, faut-il prélever le sérum des coquelucheux? Pour résoudre cette question, on se basera sur la déviation du complément, que l'on obtient chez les sujets atteints de coqueluche depuis quatre semaines. Il est nécessaire de mélanger plusieurs sérums.

Suivant la période à laquelle on l'injecte, il agit différemment.

Si l'injection est faite, dès le début de l'incubation, elle agit à titre prophylactique, et empêche l'éclosion de la maladie. Dans ce cas, on doit injecter 2 à 3 centimètres cubes de zéro à trois ans. Au-dessus de dix ans, on injecte 4 ou 5 centimètres cubes.

Si l'injection est faite dans la deuxième partie de l'incubation, elle diminue l'intensité de la maladie : elle produit un séro-atténuation.

L'injection pratiquée au cours de la maladie, produit une rétrocession des crises.

Enfin, Lesné et Méry ont montré l'efficacité des injections de sérum de convalescent, contre la bronchopneumonie de la coqueluche.

Nous avons donc là une méthode à la fois prophylactique et thérapeutique, absolument identique à celle de la rougeole.

Les indications en seront nombreuses mais surtout pour assurer la prévention de l'entourage des sujets atteints dans les collectivités.

Dans les crèches, les familles, les salles d'hôpital, la coqueluche sera évitée par les enfants injectés au début de l'incubation.

VII. Le convasérum de poliomyélite. — Agissant selon les données actuellement classiques de la sérothérapie antiméningococcique, Netter eut l'idée de traiter les poliomyélites par les injections intrarachidiennes de sujets guéris de poliomyélite. Les résultats furent encourageants. Il cite l'observation intéressante d'un sujet atteint de la forme myélite diffuse vouée à une mort fatale. Les injections de sérum de convalescents firent rétrocéder petit à petit tous les symptômes et la guérison fut complète.

D'autres résultats heureux furent obtenus par Zingher, Amos et Cheisnay, Ogilvie, Wells, etc.

Lorsque les malades sont traités de façon précoce, pendant la période préparalytique, on évite l'apparition de ces dernières et obtient une guérison rapide. Quand le traitement intervient après l'apparition des paralysies, les résultats sont plus lents et

moins favorables. Les chances de succès sont d'autant meilleures que le traitement est plus précoce.

On injecte ce sérum plusieurs jours de suite comme dans la méningite cérébro-spinale. Une interruption dans le traitement risque de laisser réapparaître les symptômes nerveux. Les doses peuvent varier de 7 à 20 centimètres cubes et l'on pratique l'injection intrarachidienne après soustraction de liquide céphalo-rachidien en quantité plus grande que le sérum injecté.

On doit cependant reconnaître les inconvénients de cette méthode.

Dans quelques cas elle a été inactive selon certains auteurs.

Il faut intervenir de bonne heure pour que l'efficacité soit incontestable, or à cette période où la sérothérapie est utilement prescrite le diagnostic n'est pas toujours posé.

Les injections sous-arachnoïdiennes ne sont pas toujours bien supportées surtout pour ce qui concerne le sérum humain. Il se produit une méningite sérique plus ou moins intense.

Il est particulièrement difficile de se procurer le sérum humain.

Pour toutes ces raisons, les auteurs ont été amenés à rechercher un sérum animal obtenu par immunisation avec une moelle de singe atteint de poliomyélite.

Mustaedter et Banskof, les premiers immunisèrent un cheval contre le virus de poliomyélite. Ce sérum de cheval eut un pouvoir préventif sur le singe mais aucun effet sur l'homme.

Ensuite Pettit a préparé un sérum (de mouton d'abord) puis de cheval par immunisation avec des moelles de singe poliomyélitique actif. On peut signaler les observations heureuses de Etienne, Stroup et Benech.

Debré a constaté une influence heureuse dans un cas par injection intrarachidienne de 20 centimètres cubes de sérum répétées quelques heures après.

Une dernière observation mérite d'être signalée au sujet de cette thérapie.

D'après des auteurs américains, le sérum expérimental ou le sérum de convalescent antipoliomyélitique agissent plus efficacement si, avant de l'injecter, on fait une injection intraveineuse de liquide hypertonique.

L'essai fut fait sur un enfant atteint de poliomyélite à forme de maladie de Landry extrêmement grave. L'injection intraspinale fut faite après inoculation intraveineuse de 25 centimètres cubes de solution de Ringer concentrée à 18 p. 100 de NaCl. L'enfant fut guéri.

Il y a lieu de répéter plusieurs jours de suite l'inoculation hypertonique.

VIII. **Le convasérum de la grippe.** — Dans la grippe, le sérum de convalescent a été préconisé et employé avec succès par divers auteurs. J. Chalier rapporte quelques succès dans la grippe compliquée de pneumopathie. D'autres auteurs ont été amenés à pratiquer la sérothérapie familiale pendant l'épidémie de grippe. Béchade, Grigaut et Moutier ont traité des grippés par injection intraveineuse de plasma de convalescents. Sur 65 cas de grippe à forme pulmonaire, 10 des plus graves ont subi ce traitement; 2 cas traités après le cinquième jour, sont morts malgré de fortes doses; 8 traités avant le troisième jour ont eu une amélioration immédiate et l'affection fut jugulée en vingt-quatre heures après une seule injection de 60 centimètres cubes de plasma.

Nous signalerons plus loin que d'autres ont fait la transfusion. Il y a en somme des termes de passage entre ces diverses méthodes qui agissent identiquement.

IX. **Le sérum de convalescent dans les oreillons.** — Zœller (1923) a utilisé le sérum de convalescent dans le traitement des oreillons au cours d'une épidémie. Dès l'apparition des premiers symptômes d'orchite, il a injecté à dix malades, 10 centimètres cubes de sérum de convalescent. En quelques heures, on put constater une sédation complète des phénomènes douloureux. L'action sur la fièvre fut moins nette et moins constante. L'état local ne fut pas modifié.

Le sérum employé avait été prélevé chez des convalescents, dix jours après la chute de la température.

Il y aurait peut-être intérêt à faire un traitement plus précoce et un prélèvement de sang plus tardif après la guérison.

Il faut noter que le sérum antidiphtérique et même le sérum de cheval normal ont donné les mêmes résultats à divers auteurs (Salvanesch, Bonnamour et Bardin, des Cilleuls et Bailly, Leguelinel de Lignerolles).

X. **Le sérum de convalescent dans d'autres maladies.** — Dans la *fièvre typhoïde* cette méthode mérite d'être étudiée.

Dans la variole, il agit comme dans la scarlatine et la rougeole.

Teissier et Marie l'ont employée dans la *variole*.

Dans l'*encéphalite épidémique*, les injections de sérum de convalescent ne semblent pas avoir donné des résultats appréciables (Sabrazès et Massier).

Dans le *typhus exanthématique* des guérisons ont été obtenues par la transfusion de sang de convalescent. Il doit en être de même avec le sérum.

Dans la *pneumonie* et les infections pneumococciques le sérum des convalescents est thérapeutique d'après Audéoud, Bouchard, Roger, Charrin, Maragliano, Weissbecker. Expérimentalement, Neufeld et Hændel lui ont trouvé des propriétés curatives. Le sérum efficace serait celui des convalescents immédiatement après la crise.

XI. **Le traitement des retards de consolidation par le sérum des fracturés.** — Le professeur Imbert rapporte six observations, dont quelques-unes sont dues à Masini, Chauvin, dans lesquels les auteurs eurent l'idée de traiter des pseudarthroses et des retards de consolidation par l'injection sous-cutanée de sérum de fracturé. Le résultat fut merveilleux.

Les auteurs furent amenés à concevoir cette thérapeutique par les raisons suivantes. La consolidation des fractures se fait mal chez les insuffisants endocriniens. Or, lorsqu'une fracture se produit, des diastases sont, sans doute, élaborées au niveau du foyer de fracture qui devient l'analogue d'une glande endocrine; elles passent dans le sang pour donner au foyer de fracture la faculté de fixer les sels de chaux. Il est donc logique dans les cas de pseudarthrose ou de retard de consolidation non justifiés par les conditions anatomiques d'injecter au malade du sérum de fracturé en voie de consolidation qui contient les diastases.

Le sérum sanguin efficace est celui du blessé au vingt-septième jour de sa fracture.

Les donneurs doivent être vigoureux, indemnes de maladies infectieuses et avoir une réaction de Wassermann négative.

Il suffit de 5 centimètres cubes de sérum en injection sous-cutanée. La voie veineuse pourrait être employée.

XII. **Parallélisme d'action avec l'hémothérapie ou transfusion.** — Il nous faut immédiatement, éliminer de notre étude la transfusion du sang normal et nous cantonner à celle du sang immunisé, méthode qui vient de naître et compte des succès.

Nous ne voulons point dire par là que l'injection de sang normal, ne soit pas efficace dans les infections.

Nombreux sont les résultats favorables, héroïques parfois, surtout dans les infections subaiguës de diverses natures : rougeole, grippe, paludisme, septicémies. Nous nous bornons à signaler ces faits, mais ce qui nous intéresse davantage, c'est l'action du sang des convalescents, de la même infection que celle qu'on désire combattre.

De nombreux essais ont été faits dans ce sens. Dans l'érysipèle, Kaiser rapporte un cas dans lequel tous les moyens usuels échouèrent. La guérison fut obtenue par transfusion de 200 centimètres cubes de sang de convalescent.

Dans la *fièvre typhoïde*, Mac Clure et Dunn obtinrent une guérison et souhaitent la généralisation de cette méthode.

Dans le *typhus exanthématique*, Kabélik, rapporte six cas de guérison par transfusion de sang de convalescent. Il faut une dose supérieure à 20 centimètres cubes.

Dans la *rougeole* : Ribadeau-Dumas et Brissaud rapportent un cas grave dans lequel la transfusion eut une influence certaine.

Dans la *grippe* : Bogardus rapporte six cas de grippe pulmonaire guéris. Ross et Hund rapportent également des pneumonies grippales traitées par la transfusion du sang total prélevé chez des convalescents de la même maladie depuis deux jours à six semaines, époque à laquelle l'immunisation atteint son maximum. Sur 13 cas du type désespéré, 9 guérisons. Ils injectaient 200 à 400 centimètres cubes de sang par dose et la renouvelaient douze à quatorze heures après.

Dans la *scarlatine*, la transfusion du sang de convalescent a été pratiquée et agit favorablement. Personnellement, nous l'avons utilisée dans le service du professeur Mouriquand, mais en injections sous-cutanées aux doses de 10 centimètres cubes, en vue de produire l'extinction. Il se produit une réaction à couleurs multiples (cocarde) au niveau de la zone d'injection.

L'introduction du sang total immunisé présenta les avantages du sérum, sans ses inconvénients. De plus, il possède la propriété d'augmenter le pouvoir de coagulation par l'introduction de plaquettes sanguines et d'apporter des leucocytes en masse.

Par contre, le sérum ne nécessite pas la recherche des groupes sanguins ; il peut être conservé plusieurs mois et son emploi effraie moins le malade que la transfusion. Enfin, on ne trouve pas toujours, à proximité, un donneur convalescent.

Dans tous les cas, il importe de retenir que ceux qui réservent ces procédés aux moribonds ne peuvent pas en apprécier la valeur. La précocité de l'intervention joue un rôle important.

Bornons-nous à signaler la *transfusion du sang d'immunisés par vaccination.*

XIII. **De la nécessité d'une sérothérapie multiple.** — A juste titre, la littérature médicale actuelle est imprégnée de cette notion de complexité, d'association, de multiplicité, tant dans les phénomènes pathologiques que dans l'action thérapeutique. Il est assez rare que les microbes agissent isolément, ils marchent par groupes pour attaquer plus sûrement. Lutter avec une seule arme contre de multiples toxines serait s'exposer à un échec. A chaque toxine il faut répondre par l'antitoxine correspondante. C'est avec de telles notions générales et en partant de quelques faits d'observation heureux que nous avons exposé l'idée d'associer le sérum de convalescent à d'autres sérums.

Dans la *scarlatine* et notamment dans la *scarlatine puerpérale*, nous avons observé dans le service du professeur Mouriquand que lorsqu'on injecte sous la peau du sérum de convalescent et du sérum antistreptococcique il se produit une *extinction multiple.* De plus, le sérum antistreptococcique injecté dans un but thérapeutique eut pour résultat d'ajouter son action à celle du sérum de convalescent et d'amener une guérison rapide.

Il est donc logique d'associer ces deux sérothérapies dans le traitement de la scarlatine. D'ailleurs, le sérum de convalescent ne pouvant être obtenu qu'en petite quantité, on peut heureusement continuer son action par le sérum antistreptococcique. Enfin, ce dernier aura une action préventive heureuse sur les complications de la scarlatine qui sont d'ordre streptococcique. Au point de vue de la technique, on peut agir ainsi :

Sérum A (convalescent) : Flacons de 5 centimètres cubes; un à quatre flacons par jour en injections hypodermiques.

Sérum B (antistrepto-polyvalent) : 40 à 80 centimètres cubes par jour en injection hypodermique; 20 à 50 centimètres cubes par jour en injections intraveineuses.

J'avais commencé à Lyon la commercialisation de cette méthode d'après les indications ci-dessus.

Dans la *rougeole*, nous avons rapporté les faits qui démontrent la valeur prophylactique et thérapeutique du sérum de convalescent. Mais, si l'on songe que cette affection n'est redoutable que par ses complications diverses dues aux pneumocoques et aux streptocoques on est amené à injecter préventivement aux rougeoleux les sérums antipneumococcique et antistreptococcique. Des observations de cet ordre ont été rapportés par Appert (1921). Il put observer la disparition des cas de bronchopneumonie.

Or, comme les difficultés de préparation du sérum de convalescent ne permettent de l'obtenir qu'à petites doses, il paraît nécessaire d'injecter simultanément :

Sérum A (conval.)........	5 à 10 cc. par jour	
Sérum B (antistrepto.)....	5 à 20 cc. par jour	suiv. l'âge.
Sérum C (antipneumo.)...	5 à 20 cc. par jour	

Dans les *infections broncho-pulmonaires* et partant toujours des principes exposés précédemment de la multiplicité de la flore microbienne et de l'heureux effet du sérum de convalescent, on peut

être amené à associer le sérum antipneumococcique au sérum de convalescent surtout dans les périodes de l'année où ces infections sont nombreuses.

Dans les *oreillons*, on peut aussi associer le sérum de convalescent au sérum antidiphtérique.

Dans la *coqueluche*, l'injection de sérum de convalescent peut être associée au sérum antipneumococcique. Des observations de Appert (1919) ont montré l'action préventive du sérum antipneumococcique contre les complications de la coqueluche.

Dans la *poliomyélite*, des auteurs américains (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 1921) ont montré que le sérum expérimental ou le sérum de convalescent antipoliomyélitique agissent plus efficacement si on les fait précéder d'une injection intraveineuse de liquide hypertonique (25 centimètres cubes de sérum de Ringer concentré à 18 p. 100 de NaCl).

En répétant ces injections, pendant plusieurs jours, un enfant fut guéri d'une forme grave.

XIV. **De la commercialisation des convasérums.** — L'inconvénient principal et pourrait-on dire, insurmontable, — tout au moins en apparence, — de l'extension de ce procédé, réside dans la difficulté d'obtenir du sérum de convalescent, quelle que soit la maladie envisagée. Cependant la chose est possible, à condition d'avoir une organisation spéciale. Le mérite de Degwitz est d'avoir créé à Munich, une organisation pour approvisionner en sérum de rougeoleux convalescent, les pouponnières, les crèches, les hôpitaux d'enfants, et même les médecins de la ville.

J'avais commencé à Lyon, la commercialisation du sérum de scarlatineux convalescent, c'est-à-dire, l'extension de l'emploi de ce sérum à la clientèle urbaine.

Cette préparation est théoriquement possible, mais il faut considérer, qu'elle ne peut être faite que dans les services hospitaliers se rapportant à la maladie que l'on se propose de traiter. Elle exige des préparateurs compétents, qui seront soit des assistants soit des internes s'occupant de sérologie et la préparation sera surveillée par le chef de service.

Si l'on veut, dans les grandes villes, avoir des réserves permanentes, de sérums de convalescents, il est nécessaire de créer ces organismes spéciaux, avec une installation et un matériel suffisants.

Il faut redouter en effet, des accidents toujours possibles, si l'on n'a pas pris toutes les garanties suffisantes; la propagation des maladies infectieuses.

Quant à la limite de la durée d'action elle est variable selon les sérums : trois mois pour la scarlatine, etc., et elle mérite d'être inscrite sur le flacon ou l'ampoule.

Une difficulté assez réelle en pratique est celle de trouver des donneurs.

Si en Amérique il existe des donneurs de sang professionnels pour les transfusions du sang, il en est pas de même en France.

Cependant, les convalescents ne refusent guère une prise de sang, de 50 à 100 centimètres cubes faite délicatement, à la seringue au pli du coude. Ces donneurs doivent être sains, indemnes de toute maladie transmissible, avoir une réaction de Wassermann négative.

De plus, ils doivent remplir des conditions qui varient suivant la maladie à traiter : *leur sérum doit être efficace*.

Pour la *scarlatine*, il est préférable de prendre le sérum d'un adulte convalescent, dont la maladie date d'au moins un mois, cependant le sérum d'un sujet normal est également efficace.

Pour la rougeole, le sérum efficace est celui du dixième jour qui suit la défervescence.

Pour les oreillons, ce serait également celui qui est prélevé dix jours après la chute de la température.

Une autre question doit être résolue, qui peut préparer le sérum de convalescent? On sait que les sérums thérapeutiques ne peuvent aux termes de la loi du 25 avril 1895 être débités à titre gratuit ou onéreux, qu'après autorisation du gouvernement, rendue sur avis du comité consultatif d'hygiène et de l'Académie de médecine. Dans quelle mesure la préparation du sérum de convalescent, tombe-t-elle sous l'application de cette loi?

On sait que pour l'auto-vaccin, le ministre de l'Hygiène a répondu, qu'on doit l'envisager comme une préparation magistrale, dans laquelle l'administration n'a pas à intervenir. Il est logique d'admettre une solution analogue en ce qui concerne la préparation de sérum de convalescent. Cependant, si on veut en faire la commercialisation il importe que sa préparation offre toutes les garanties suffisantes et qu'elle soit dirigée par un chef de service d'hôpital.

Il faut noter, que si le sérum le plus efficace est le sérum de convalescent le sérum humain normal, agit également notamment dans la scarlatine et la rougeole. Il est donc possible et facile d'obtenir ce sérum soit en ayant recours à des donneurs professionnels, soit à la sérothérapie familiale [sérum paternel ou maternel (Godlewski)].

Enfin, l'utilisation de la sérothérapie multiple, permet de diminuer les doses de sérum de convalescent et sera un appoint précieux dans certains cas, ainsi que nous l'avons expliqué précédemment.

XV. **La marche vers les sérums expérimentaux.** — Les progrès réalisés dans l'étude des sérums de convalescents se sont accomplis en appliquant aux diverses maladies les résultats obtenus dans chacune d'elles et l'on peut dire que ces sérums présentent des propriétés communes à tous et des propriétés particulières à chacun d'eux. Mais l'étude expérimentale de ces maladies, nous laisse l'espoir d'obtenir un jour des sérums expérimentaux.

Il sortirait du cadre de ce travail de développer ce qui a été fait dans cette voie mais nous devons signaler : le sérum antipoliomyélitique qui fut d'abord préparé par Neustaedter et Bauskoff, puis par Pettit.

Déjà des succès cliniques ont été obtenus par divers auteurs : Etienne, Debré, Roger, Giraud, etc.

La scarlatine et la rougeole ont pu être transmises aux singes et leur sang présenta des propriétés immunisantes.

Conclusions. — Depuis l'article de J. Chalier (1920) qui exposait les possibilités éventuelles d'une sérothérapie humaine, cette question s'est enrichie d'une riche moisson de faits desquels on a pu tirer des lois générales et des techniques encore imparfaites, mais en bonne voie de perfectionnement. La sérothérapie par le sérum des convalescents est susceptible d'extension puisque son efficacité et sa spécificité est démontrée; il suffit de le vouloir.

BIBLIOGRAPHIE

ARTHUS. *Physiologie microbienne.*

ANTONIN. De la sérothérapie de la scarlatine, *Th. de Montpellier*, 1903.

APPERT. Sérums antipneumo et antistreptococciques employés préventivement dans les broncho-pneumonies morbilleuses, *Soc. de pédiatrie*, 18 janv. 1921.

AMUS et ZUEN. *Journ. of amer med. Assoc.*, 1915.

BABONNEIX. Paralysie ascendante guérie par sérothérapie, *Acad. de méd.*, 1923.

BOGARDUS. Influenza pneumonia treated by blood transfusion, *New-York med. Journ.*, 3 mai 1920.

BLECHMANN et GEISMAR. La prévention de la rougeole d'après les travaux américains, *Paris méd.*, 1921.

BEUTTER. Séro-prophylaxie de la rougeole, *Loire méd.*, 1913.

BRUNCKMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1913.

BLACKE et TRASK. Studies on measles. Acquired immunity following experimental measles, *Journ. of exp. med.*, mai 1921.

CHALIER (J.). Une orientation nouvelle de la sérothérapie. Sérothérapie humaine et sérothérapie familiale, *Presse méd.*, 1920.

COHN. Ueber einen Todesfall, in Auschlusseiner Injektion scharlachrekonvalescentserum, *Berl. klin. Woch.*, 1921.

CHEINISSE. Le sérum antidiphtérique dans le traitement des oreillons, *Presse méd.*, 20 août 1921; — Hémothérapie préventive et curative dans la rougeole, *Presse méd.*, 1922.

COMBY. Traitement préventif de la rougeole, *Arch. de méd. des enf.*, 1922.

COMBASSÉDÈS et JOANNON. Rougeole et sérothérapie préventive dans le premier âge, *Médecine*, 1923.

DEBRÉ et RAVINA. Rougeole modifiée par injection préventive de sérum de convalescent, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1923.

DEBRÉ, BONNET et BROCA. Injection préventive de sérum de convalescent dans un cas de rougeole congénitale, *Soc. de pédiatrie*, 1923.

DEBRÉ. Maladie de Heine-Medin à localisation bulbaire traitée par le sérum antipoliomyélitique de Pettit, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922.

DEBRÉ et JOANNON. La séro-prophylaxie anticoquelucheuse, *Journ. méd. franç.*, déc. 1923.

DEBRÉ, JOANNON et Mlle BENOIST. Séro-prophylaxie de la coqueluche, *Journ. méd. franç.*, 1923.

DEBRÉ et PARAF. Traitement de la scarlatine par le sérum de convalescent, *Paris méd.*, 4 nov. 1922.

DEBRÉ. Séro-prévention et séro-atténuation de la rougeole, *L'Hôpital*, 1924.

DEGWITZ. Ueber Masernrekonvalescentserum, *Zeit. f. Kind.*, 1921.

DEGWITZ. Züchtung des Masernerregers und Masernschutzimpfungen mit lebenden Erregern, *Tag. d. Deut. esell. f. Kind.*, 1921.

DOPTER. Prévention de la rougeole par le sérum de convalescent, *Paris méd.*, 1923.

DIXOL et RUCKER. *Soc. de pathol. de Philadelphie*, 25 avril 1918.

ETIENNE. Le sérum de convalescent de poliomyélite, *Soc. méd. de Nancy*, 24 avril 1918.

ETIENNE, STROUP et BENECH. Sérothérapie des myélites aiguës de l'adulte par le sérum antipoliomyélitique de Pettit, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922.

ENGELS. *Berl. klin. Woch.*, 1912.

FODOR et WISSOKOWITCH. *Doprat*, 1884, Flugge.

GIRAUD. Communication au *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 24 avril 1924.

GLASER et MULLER. Ueber Masernschutzinpfung, *Med. Klin.*, 1921.

GARCIN. Traitement de la rougeole par le sérum de convalescent, *Th. de Montpellier*, 1924.
GODLEWSKI. Le sérum paternel. Ses effets immunisants dans la rougeole, *Journ. méd. franç.*, 1923.
GRIESBACH. Ueber Serumtherapie der Scharlachs, *Monat. f. Kind.*, 1919.
HAMEL. Le phénomène de l'extinction, *Th. de Paris*, 1922.
HARVIER, DE BRUN et DECOURT. Sérothérapie préventive antimorbilleuse, *Soc. de pédiatrie*, 1923.
HUBER et BLUMENTHAL. Serumbehandlung der Scharlach, *Berl. klin. Woch.*, 1897.
IMBERT. Sérum de fracturé employé pour le traitement des pseudarthroses, *Presse méd.*, 1293.
ISENSCHMID. Soc. med. di Berna, ref. in *Schw. med. Woch.*, 1912; — Serotherapia della scarlatina, *Biforma med.*, 1920.
KABELIK. Ueber Rekonvalescentenblut transfusion bei typhus exanthematicus, *Wiener. klin. Woch.*, 1918.
KOCH. Ueber Scharlach rekonvalescentserum, *Münch. med. Woch.*, 1913.
KUTTER. Masernschutz bei Rekonvalescentserum, *Zeit. f. Kind.*, 1921.
LAUZE. Prévention de la rougeole après injection de sang frais citraté de convalescent, *Soc. des sc. méd. et biol. du Languedoc méditerranéen*, 1923.
LÉORAT (L.). Le traitement de la scarlatine par la sérothérapie multiple, *Marseille méd.*, 1924.
LEYDEN. Weisbeckersmittelsbehandlung von Scharlach, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1902.
MAGGIORE. Immuno profilassi del morbillo, *La Pediatria*, 1921.
MAJOLI. Traitement de la rougeole par le sérum de convalescent, *Policlinico*, 1915.
MANCHOT et REICHE. Ueber Schutzimpfungen gegen Masern mit Rekonvalescentserum, *Med. Klin.*, 1921.
MANIELLE. De la transfusion sous-cutanée dans un cas de rougeole grave, *Soc. de méd. milit. franç.*, juillet 1922.
MARIE. Recherches récentes sur la rougeole. Prophylaxie, *Presse méd.*, 1912.
MARTIAL. Prophylaxie de la rougeole, *Revue d'hyg.*, 1919.
MÉRY, GASTINEL et JOANNON. Prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescent, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1923.
MIRONESCO et SAGER. L'emploi du sérum de convalescent dans le traitement de la scarlatine, *Soc. méd. des hôpit.*, 1922.
MOURIQUAND, LÉORAT et PAWLOVITCH. Les nouveaux signes de la scarlatine, *Journ. de méd. de Lyon*, 1922.
NOBÉCOURT et DARRÉ. *Soc. de biol.*
NETTER. *Soc. de méd. des hôpit. de Paris*, 20 nov. 1913; — *Acad. de méd.*, 7 avril 1914; — *Journ. de méd. int.*, 30 avril 1914; — *Acad. de méd.*, 12 oct. 1915.
NETTER. *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1916; — Traitement de la poliomyélite par le sérum de convalescent, *Journ. méd. franç.*, 1920.
NETTER, GENDRON et TOURAINE. *Soc. de biol.*, 1912.
NETTER et SALANIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 mai 1916.
NETTER et MOSER. Réaction méningée à la suite d'injection intrarachidienne d'auto-sérum, *Soc. de biol.*, 1919.
NETTER, KŒCHLIN et SALANIER. Réactions sériques et injections de sérum humain, *Soc. de biol.*, oct. 1915.
NEUSTAEDTER et BANZHOF. Sérum de cheval antipoliomyélitique, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1917.
NOBÉCOURT et DARRÉ. Réactions méningées à la suite d'injection intrarachidienne de sérum humain dans un cas de maladie de Heine-Medin, *Soc. de biol.*, 1910.
NOBÉCOURT et PARAF. Prophylaxie de la rougeole par les injections préventives de sérum de convalescent, *Presse méd.*, juin 1922.
NICOLLE et CONSEIL. Prévention de la rougeole au moyen de l'inoculation de sérum ou de sang complet de convalescent, *Institut Pasteur de Tunis*, 1921.
PAUCHET et BÉCART. *La Transfusion du sang.*
PAWLOVITCH. Le phénomène de l'extinction, *Th. de Lyon*, 1922.
PFAUNDLER. Zur Masernprophylaxie, *Münch. med. Woch.*, 1921.
PETTIT. Sérum antipoliomyélitique, *Soc. de biol.*, 23 nov. 1918.
ROGER. Communication au *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 27 janv. 1923.
ROSENOW. *Journ. amer. med. Assoc.*, 28 juillet 1917.
RIBADEAU-DUMAS et BRISSAUD. Un cas de rougeole grave traitée par la transfusion du sang citraté d'un rougeoluex guéri, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, fév. 1918.
ROOS et HUND. *Treatment of pneumonia disturbance complicating influenza*, 1er mars 1919.
RUMPEL. Rekonvalescentserum in Scharlachbehandlung, *Münch. med. Woch.*, 1903.
REISS. Ueber Serumtherapie der Scharlachs, *Ther. Monat.*, 1919.
REISS et HERZ. Serumtherapie der Scharlachs, *Münch. med. Woch.*, 1915.
REISS et JUNGMANN. Ueber Serumtherapie der Scharlachs, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1912.
RICHARDSON et CONNOR. Immunisation organist measles, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1919.
RIETSXCHEL. Zur Masernprophylaxie nach Degwitz, *Zeit. f. Kind.*
ROWE. Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvalescentserum und normal serum, *Med. Klin.*, 1913.
RUELLE. Prophylaxie de la rougeole par injection préventive de sang citraté prélevé chez les convalescents, *Bruxelles méd.*, 1922.
SABRAZÈS et MASSIAS. Traitement de l'encéphalite par le sérum de convalescent, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, fév. 1920.
SALANIER. *Th. de Paris*, 1917.
SCHULTZ. Ueber Serumtherapie der Scharlachs, *Ther. Monat.*, 1918.
SCHOLZ. Serumbehandlung der Scharlachs, *Fort. d. Med.*, 1903.
TERRIEN. Rougeole maligne et plasmothérapie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1919; — Rougeole maligne et transmission chez le jeune enfant, *Revue gén. de clin. et de thér.*, 1921.
TORDAY. Masernschutzimpfungen mit Rekonvalescentserum, *Zeit. f. Kind.*, 1921; — La poliomyélite, *Journ. méd. franç.*, 1920.
WEAVER. Further observations on treatment of scarlat fever with immune human serum, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1921.
WEILL, BERTOYE et SÉDAILLAN. Prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescent, *Lyon méd.*, 1924.
WEISBECKER. Behandlung der Scharlach mit Rekonvalescentserum, *Zeit. f. Klin.*, 1897.
WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. Chocs en clinique, *Presse méd.*, avril 1920.
ZINGHER. The use of convalescent and normal blood in the treatment of scarlet fever, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1915.
ZOELLER. Traitement des oreillons par le sérum de convalescent, *Lyon méd.*, 1924.
ZSCHAN. Ueber Erfahrungen mit Masernrekonvalescentserum, *Münch. med. Woch.*, 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1924)

Sur les relations entre l'état de l'organisme et les propriétés physico-chimiques des substances musculaires. — MM. F. VLÈS et A. DE COULON.

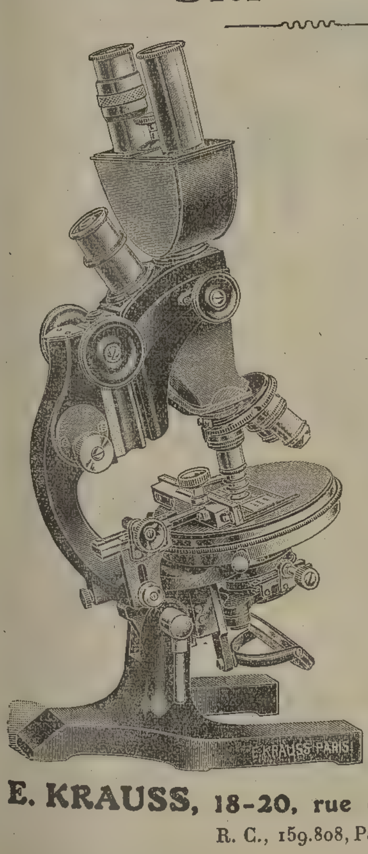
La cause probable de l'immunité naturelle des oiseaux contre la tuberculose humaine et son application à la digestion du bacille de Koch dans l'organisme du cobaye. — M. Jules AUCLAIR a retiré de l'organisme du pigeon, de la poule, du canard, de l'oie et du dindon une substance qui permet d'expliquer leur résistance à la tuberculose.

Cette substance est capable, dans des conditions déterminées, de digérer *in vitro* et *in vivo* le bacille de la tuberculose humaine.

Les expériences faites par l'auteur sur le cobaye l'ont amené à considérer cette substance comme la cause probable de l'immunité naturelle des oiseaux contre la tuberculose humaine et à tenter de s'en servir comme remède à cette maladie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — La première épreuve écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le jeudi 31 juillet 1924, à 9 heures, à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, occuper la place qui leur sera indiquée, sont invités à se présenter dès 8 h. 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Après concours, M. le docteur Moutier est nommé chirurgien suppléant des hospices.

Après concours, M. le docteur Dano est nommé médecin suppléant des hospices pour l'électroradiologie.

— Orléans. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Sorin, Rousseau, Francioni, Lassays ; internes provisoires : MM. Dufour, Faivre d'Arcier, Medioni.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier — Par arrêté en date du 19 juillet 1924, la chaire de botanique et histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

DIPLOME D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON. — Les examens pour les certificats et diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon ont donné les résultats suivants :

1° Certificat de microbiologie appliquée à l'hygiène : 27 candidats ont été reçus.

2° Certificat d'hygiène : 21 candidats reçus.

3° Diplôme d'hygiène : 16 candidats ont été reçus dont voici les noms : MM. Monziols, Jullien, Despeignes, Le Bourdelles, avec la mention Très bien ; Doubrow, Mme Bachmann, avec la mention Bien ; MM. Bolzinger, Couette, Lemaire, Broussolle, Provost, Mlle Bergeret, avec la mention Assez Bien ; Mlles Vadella, Guigonnet, MM. Lour, El Adhari, avec la Mention passable.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Marine. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux Fichet et Gloaguen ; le médecin en chef de 2e classe Bellet.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Bars, Gauguet, Olive, Chabaud et Triaud.

Travail et Hygiène. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Küss, chirurgien des hôpitaux ; Octave Paul-Boncour (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bloch (de Neuilly-sur-Seine), Pillet-Edwards (de Paris), Jacob (de Saint-Affrique), Zuber (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret en date du 16 juillet 1924, l'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation entre vifs qui lui a été consentie par Mlle Marie-Marguerite Farigoule, de 900 francs de rente 3 p. 100 perpétuelle, à charge pour l'Académie de fonder un prix de 1.800 francs qui sera décerné tous les deux ans au meilleur travail sur les maladies cutanées et syphilitiques.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Centres anticancéreux. — Est approuvé le règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional de lutte contre le cancer d'Angers.

LES VOYAGES D'ÉTUDE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER AUX STATIONS HYDRO-MINÉRALES ET CLIMATIQUES RÉGIONALES. — La Faculté de médecine de Montpellier a organisé, aux mois de juin et juillet 1924, trois voyages d'étude aux stations hydro-minérales et climatiques de sa région (complément pratique des conférences régulières confiées au professeur agrégé Giraud).

Une journée a été consacrée à la visite de Lamalou-les-Bains (15 juin).

Deux journées ont été employées à parcourir la vallée de la Têt (Vernet, Thuès), la Cerdagne climatique française (Montlouis, les Escaldes, Font-Romeu, Superbolquère), la haute

vallée de l'Aude (Carcanières, Escouloubre, Usson, Campagne, Alet [28-29 juin]).

Une journée a été consacrée à Balaruc-les-Bains (6 juillet).

Des conférences ont été faites dans la plupart des stations par les organisateurs des voyages ou les médecins des stations.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE NANCY ET DE L'EST. — Le Comité actif de la Société a fixé, dans sa dernière réunion, conformément au vœu général des médecins des stations, au lundi 29 septembre (et éventuellement au mardi 30) la prochaine session annuelle des membres de la Société pour l'année 1924.

La séance sera suivie d'une visite aux verreries Daum.

Les membres qui désireraient honorer la réunion d'une ou deux communications sont priés de bien vouloir envoyer, avant le 1er août, le titre de leurs communications au secrétaire, le docteur Louis Mathieu, 27, rue des Tiercelins, Nancy.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — Cours d'OPÉRATIONS CHIRURGICALES (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), sous la direction du professeur Pierre Sebileau (en 10 leçons) par MM. les docteurs Flavien Bonnet, Paul Truffert, Henri-P. Chatellier, Winter. Ce cours commencera le 15 septembre 1924, à 14 heures.

Programme du cours. — 1re leçon : Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Ossiculectomie. Trépanation mastoïdienne.

2e leçon : Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe.

3e leçon : Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (thrombo-phlébites, méningites, abcès encéphaliques et péri-encéphaliques). Ligatures vasculaires du cou.

4e leçon : Résection sous-muqueuse du septum nasal. Les plastiques nasales.

5e leçon : Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde et du sphénoïde. Les rhinotomies.

6e leçon : Chirurgie du sinus maxillaire. Chirurgie de la voûte et du voile du palais. Résection des maxillaires.

7e leçon : Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal (laryngotomie intercricothyroïdienne, thyrotomie, trachéotomie, laryngo-trachéotomie).

8e leçon : Les voies d'accès du carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe.

9e leçon : La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques.

10e leçon : La broncho-œsophagoscopie.

COURS DE VACANCES DE STOMATOLOGIE. — Du 22 septembre au 11 octobre, les docteurs Merville, Puig et Raison, assistants de stomatologie des hôpitaux, feront un cours de vacances de stomatologie, ouvert aux médecins, chirurgiens-dentistes et étudiants.

Les conférences théoriques, ainsi que les démonstrations cliniques et techniques, auront lieu alternativement à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Lariboisière.

Programme des conférences. — L'état général et les dents. La carie dentaire et ses complications. Ostéomyélite des mâchoires. Accidents de dentition. Stomatites. Syphilis de la bouche. Fractures des mâchoires. Luxation de la mandibule. Névralgie faciale.

Tumeurs des mâchoires (docteur Bercher).

Notions d'orthodontie (Mlle Léage).

S'inscrire auprès du docteur Merville, service de stomatologie de l'Hôtel-Dieu.

Droit d'inscription : 50 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Guilland (d'Aix-les-Bains), Evariste Michel, ancien médecin inspecteur des eaux de Cauterets; Jules Namin (de Dombasle-en-Argonne), H.-A. Quinot, ancien médecin sanitaire maritime aux Messageries maritimes, à Marseille.

REVUE DES THÈSES

Quelques études cliniques sur la médication arsenicale organique (1), par M. le docteur R. CULTY.

Dans ce travail, M. Culty fait un exposé excessivement intéressant des résultats obtenus, notamment dans les services de M. le professeur Nicolas, de MM. les docteurs Bériel, Devic, Roubier, Moutot et Junquet, avec un arsenic organique nouveau, l'acide propénylarsénique (Arsylène « Roche »), lequel dérive de l'acide arsénique par remplacement d'un radical alcoolique par un radical propénylique ou allylique.

Des expérimentations entreprises sous la direction du professeur Roch, dans son laboratoire de clinique médicale de Genève, au triple point de vue de la toxicité de ce nouveau corps, de son action trypanocide in vitro et in vivo, il se dégage nettement que l'arsylène est faiblement toxique et qu'il ne crée pas d'accoutumance, ni de l'organisme, dont il n'influence pas la résistance globulaire, ni des parasites qu'on ne voit pas devenir As-résistants; donc, sans présenter l'action brutale de l'acide arsénieux, l'arsylène possède le gros avantage de permettre une médication intensive et continue sans risquer les phénomènes d'intoxication arsenicale, étant plus complètement utilisé et mieux toléré que les cacodylates généralement employés.

M. Culty envisageant l'emploi des petites doses et surtout des hautes doses d'arsenic, s'est intentionnellement borné à l'étude du traitement arsenical par l'arsylène dans trois grandes classes d'affections : dans les anémies, principalement celles qui se rencontrent chez le prétuberculeux et même chez le tuberculeux avéré, dans les affections parasitaires et dans certaines dermatoses. La sclérose en plaques, dont on soutient aujourd'hui l'origine spirochétosique, et le psoriasis, qu'on s'accorde de plus en plus à reconnaître comme la manifestation cutanée d'une imprégnation bacillaire latente, ont tout spécialement fait l'objet d'observations particulièrement intéressantes, mettant en pleine lumière l'heureuse action de l'arsylène administré à hautes doses et d'où il est permis de conclure que ce nouveau composé organique de l'arsenic, qui peut être indifféremment donné par voie buccale — sous forme de granules pour compléter, par exemple, ou prolonger, par ingestion quotidienne de doses progressivement croissantes, puis décroissantes, un traitement arsenical (méthode de Fowler) — et par voie hypodermique ou intramusculaire, ne provoque pas de phénomènes d'intolérance et est toujours très bien supporté, même lors de traitements intensifs ou de longue durée.

La Voie endo-veineuse dans la médication bismuthique (2), par le docteur J.-L. André FOURNIER.

La voie endo-veineuse sera préférée dans tous les cas où s'impose la nécessité d'agir vite et fort, ne serait-ce que dans le but de réduire au minimum la période de contagion d'un syphilitique.

Sa valeur thérapeutique immédiate serait sensiblement supérieure à celle de la voie intramusculaire. Dans les autres cas, il sera loisible de préférer la voie intramusculaire, attendant les résultats d'une expérience plus mûrie qui, précisant les indications du traitement bismuthique, comparera les résultats thérapeutiques lointains des deux modes d'administration.

L. G.

(1) *Th. de Lyon*, déc. 1923.
(2) *Th. de Montpellier*, 1923, imprimerie Firmin et Montane.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

L'embolie pulmonaire postopératoire. (J. E. HEARD. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, avril 1924, n° 10, p. 451.) — L'embolie postopératoire par caillot, la seule dont s'occupe l'auteur serait due, suivant le cas, soit aux conditions physio-pathologiques dans lesquelles se trouve le malade, soit à des fautes de technique opératoire.

La diminution du nombre des hématies, l'augmentation des leucocytes, l'excès des sels de calcium, l'hyperviscosité du sang sont autant de facteurs de prédisposition.

Pour les uns, la cause déterminante est l'infection qui se traduit généralement par une lésion inflammatoire des parois vasculaires. Gibson et Lenormant pensent que cette infection aurait souvent pour point de départ des phénomènes de résorption toxique au niveau d'une portion quelconque du tractus digestif subitement frappée de paralysie.

Mais pour d'autres, la cause réside dans un ralentissement de la circulation. Quand la vitesse d'écoulement du sang est diminuée, il en résulte une agglomération mécanique des globules rouges. Cette agglomération diffère de la coagulation fibrineuse et quand cette dernière existe ce n'est que secondairement et à la faveur de lésions vasculaires. Une telle explication est surtout vraisemblable chez les sujets porteurs de varices, chez ceux dont le pouls est petit et le cœur défaillant, chez les blessés qui ont présenté des hémorragies profuses.

C'est d'ordinaire, pendant la période de convalescence que se produit l'accident, au cours de la première ou de la deuxième semaine qui suit l'opération, à l'occasion du lever, d'une sortie ou d'un bain. Le malade éprouve subitement dans la région précordiale une douleur violente. Il est pris d'une dyspnée pénible et tombe, la face cyanosée. Le pouls est rapide et petit et la mort arrive au bout de cinq à vingt minutes. Dans les cas exceptionnels où l'on a eu le temps de prendre quelque initiative, le traitement se montre profondément décevant; la thérapeutique est purement préventive.

Chez tous les sujets à circulation déficiente on prescrira avant l'opération la digitale et les injections de sérum. L'anesthésie sera aussi brève que possible; le malade boira abondamment avant et après l'intervention. Pendant celle-ci on évitera toute position du sujet susceptible de créer une constriction au niveau de la circulation veineuse périphérique. A ce point de vue, la position renversée de Trendelenburg est néfaste. Zweifel relate 18 cas de mort sur 1832 opérés dans ces conditions, soit 1 p. 100, et seulement 3 cas sur 860 opérés en position horizontale. L'exagération de l'ensellure lombaire et la flexion permanente des genoux telles qu'elles sont réalisées dans la position de Fowler prédisposent encore pour la même raison à la formation de l'embolie.

Une autre cause fréquente aussi est la ligature par transfixion des pédicules, notamment au niveau des ligaments larges et du mésentère; des hématomes en résultent qui s'infectent et deviennent le point de départ d'embolies septiques. Les vaisseaux, les veines surtout dont la paroi est moins épaisse et plus fragile seront liés séparément, après qu'on les aura dissociés des tissus de voisinage. Les traumatismes vasculaires seront réduits au minimum et l'on usera d'une instrumentation aussi peu vulnérante que possible. On se méfiera des écarteurs qui maniés brutalement traumatisent facilement les bords des plaies. On redoublera de précautions au voisinage des veines épigastriques, des veines spermatiques, dans l'ablation des néoplasmes abdominaux car ils exercent souvent sur les vaisseaux des phénomènes de compression et d'irritation chroniques.

S'il faut en croire Trendelenburg et Meyer, dans la moitié des cas l'embolus siègerait dans une seule branche de l'artère pulmonaire; la survie atteindrait alors une heure environ et permettrait une thérapeutique chirurgicale logique : l'ablation du caillot par artériotomie.

La technique de cette opération est longuement décrite dans ce travail. Trendelenburg et ses assistants l'ont réalisée plusieurs fois chez l'homme, mais n'ont jamais obtenu de guérison; une fois cependant le malade survécut sept jours et mourut d'une pneumonie.

L'article se termine par l'exposé d'une statistique des cas observés à la clinique Mayo durant neuf années consécutives. De cet exposé il ressort nettement que la cæcostomie, l'ablation des tumeurs abdominales et des tumeurs du rectum sont les opérations les plus fréquemment suivies d'embolies pulmonaires.

NERFS

Les suites immédiates et éloignées d'une série de 55 cas de neurotomie rétrogassérienne. (DE BEULE. *Bruxelles méd.*, 28 fév. 1924, n° 25, p. 477.) — La valeur des résultats dépend de la technique employée; certains détails surtout ont une grande importance. La méthode suivie par l'auteur se confond sensiblement avec celle de Martel. L'anesthésie générale est nécessaire; on choisira indifféremment l'éther ou le chloroforme.

Pour aller droit à la racine du trijumeau, il faut suivre la face antérieure du rocher. On arrive nécessairement au-devant d'un tubercule qu'on voit quelquefois et qu'on sent toujours : le tubercule de Princeteau.

La racine n'est visible qu'après ouverture de la loge de Meckel qu'annonce l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. On pénétrera dans cette loge par simple décollement de la dure-mère sous la pression du bec de l'écarteur dirigé vers la pointe du rocher. Il est prudent de ne jamais employer d'instrument tranchant. Une forte hémorragie peut se produire à ce moment par blessure du sinus pétreux supérieur. Pour s'en rendre maître, ou étalera un tampon de gaze au fond du champ opératoire que l'écarteur comprimera directement sur le sinus lésé. L'application d'une mèche imbibée d'adrénaline sur le ganglion et la racine rendront ceux-ci plus visibles en supprimant le suintement sanguin que donne d'ordinaire le lacis vasculaire périganglionnaire.

La neurotomie rétrogassérienne constitue une ressource thérapeutique ultime; avant d'y recourir il convient de s'assurer qu'aucune autre méthode ne peut amener la guérison.

Si la névralgie est limitée au nerf maxillaire supérieur ou à la branche de Willis, tenter l'alcoolisation de ces nerfs d'abord, et en cas d'insuccès en pratiquer l'arrachement à la base du crâne. L'intervention se fera pour le maxillaire supérieur dans la fente sphéno-maxillaire, pour la branche ophtalmique, au bord de l'orbite après abaissement du globe oculaire.

La statistique de l'auteur porte sur 55 cas, 33 femmes et 22 hommes. Il s'agissait 49 fois de malades ayant subi antérieurement et sans profit les traitements les plus variés. La mortalité opératoire fut inférieure à 4 p. 100 : 2 décès pour 55 opérés. L'un d'eux succéda à une infection méningée qu'expliquent les mauvaises conditions dans lesquelles fut pratiquée l'opération : sans gant, en milieu septique, pendant la guerre. L'autre décès résulta d'une déchirure du sinus pétreux. La déchirure fut réparée, mais le sujet ne se releva pas du choc opératoire.

A signaler au cours d'une autre intervention, une blessure

de la carotide interne. L'hémorragie fut jugulée par tamponnement local très serré et par compression digitale de la carotide primitive. Le sujet guérit, mais demeura hémiplégique.

Les suites immédiates furent simples pour tous les autres malades.

Assez souvent, pendant les premiers jours, on observe des douleurs hémicraniennes du côté opéré; elles sont dues à un processus de méningite séreuse traumatique.

La paralysie du facial est exceptionnelle; celle des nerfs moteurs oculaires se rencontre dans un tiers des cas et régresse d'ordinaire très vite.

Chez 9 opérés, l'auteur a vu survenir des troubles trophiques de l'œil dans un laps de temps qui a varié de quelques jours à quelques mois. Deux fois, ces troubles ont abouti à la fonte purulente; trois fois ils ont cédé rapidement; les autres fois, ils ont amené plus ou moins lentement une cécité complète.

L'anesthésie n'est pas toujours de règle dans le territoire du trijumeau; on note souvent une simple hypoesthésie avec, à la périphérie, une tendance à la sensibilité normale. Ces faits s'expliquent par des phénomènes de suppléance qui s'installent avec le temps aux dépens des innervations voisines. Cependant, le réflexe cornéen est toujours supprimé complètement et définitivement.

Il n'y a jamais eu de récidive des phénomènes douloureux et certains de ces malades sont opérés depuis plus de douze ans.

Un nouveau procédé de résection du ganglion cervico-dorsal gauche du sympathique dans l'angine de poitrine. (A. K. Henry. *Irish Journ. of med. science,* avril 1924, p. 157.) — Dans l'opération préconisée par Jonnesco contre l'angine de poitrine, il semble que la résection du seul ganglion sympathique cervico-dorsal suffise. Mais cette résection est-elle « simple et innocente » comme le dit Jonnesco? Il est permis d'en douter quand on considère les rapports de ce ganglion et qu'on cherche à l'aborder à travers de nombreux et importants vaisseaux par la voie antéro-latérale. L'auteur s'est demandé s'il ne serait pas plus simple de procéder à cette sympathectomie en passant par la voie postérieure. Le ganglion cervico-dorsal, en effet, est placé dans l'angle que forment la tête de la Ire côte et le corps de la Ire vertèbre dorsale. Il semble donc qu'on puisse l'atteindre par une résection portant sur la Ire côte et sur l'apophyse transverse correspondante. Et c'est la technique qui fut d'abord adoptée. Mais en opérant ainsi, on tombe après la costo-tranversectomie sur la fourche du VIIIe nerf cervical et du Ier dorsal unis pour former le tronc d'origine inférieur du plexus brachial et on dispose de très peu de place pour réséquer le ganglion à travers cette fourche. Par suite de la cyphose normale qui existe au niveau de la région dorsale supérieure, la IIe côte et l'apophyse transverse avec laquelle elle s'articule se trouvent sur un plan élevé, plutôt en arrière qu'au-dessous de la Ire côte. Aussi peut-on en réséquant cette IIe côte aborder le ganglion et cette fois sans être gêné par les troncs nerveux ci-dessus indiqués.

Voici la technique que conseille l'auteur et qu'il a étudiée sur le cadavre :

L'éclairage frontal est utile. Le sujet est couché à plat ventre, la tête et le membre supérieur gauche pendant hors de la table afin de rendre la région dorsale supérieure aussi cyphotique que possible.

Repérer l'apophyse épineuse de la VIIe cervicale et tracer une incision convexe à gauche qui commence à quatre doigts au-dessus de cette apophyse un peu à droite de la ligne épineuse, passe, en dehors, au milieu de l'épine de l'omoplate gauche et finit à six doigts au-dessous de la VIIe cervicale toujours à droite de la ligne médiane. On a dessiné ainsi un large lambeau cutané, arrondi qui, décollé de l'aponévrose du trapèze, est rabattu à droite de la ligne épineuse. A un doigt à gauche de cette ligne, section verticale des origines du trapèze, du rhomboïde et du petit dentelé postérieur et supérieur. On fait bailler la plaie musculaire et à la hauteur de l'apophyse épineuse de la VIIe cervicale, à deux doigts de la ligne médiane, on repère d'abord la pointe de l'apophyse transverse de la Ire dorsale, ensuite la IIe côte. Dénudation de l'apophyse transverse de la Ire dorsale et de la IIe côte dans une étendue de trois pouces. L'apophyse transverse sectionnée à sa base est enlevée. La IIe côte est sectionnée en dehors aussi loin que possible, décollée au doigt de la plèvre, tordue et enlevée après section de ses ligaments. Le sympathique est alors visible. On refoule la plèvre en bas et en dehors et on sectionne le ligament qui l'attache au col de la Ire côte ce qui permet de l'abaisser davantage et de mettre en évidence l'artère sous-clavière. Le sympathique soulevé est sectionné entre les ganglions cervico-dorsal et second dorsal. L'index est alors introduit entre la face ventrale du ganglion et le côté dorsal de l'artère vertébrale; par de lentes et douces manœuvres, il décolle le ganglion de l'artère et l'amène peu à peu en bas. Les filets nerveux qui entourent l'artère deviennent visibles et sont coupés. Finalement, la résection du ganglion est complétée par la section des nerfs cardiaques inférieurs.

Le sujet étant remis à plat sur la table, le bras replacé le long du corps, il est facile de refermer la plaie en suturant les tissus plan par plan.

COU ET THORAX

A propos de sept cas de côtes cervicales dont une opérée. (W. A. Myers. *Journ. of the Missouri State Association,* mai 1924, n° 5, p. 146.) — On est loin d'être d'accord sur la fréquence de cette anomalie. Trente et un cas sont signalés à la clinique Mayo sur 80.000 malades; les recherches cadavériques donnent une proportion plus élevée aux environs de 1 p. 100. L'affection peut être familiale et coïncide souvent avec la présence de côtes lombaires. L'os anormal part de la VIIe vertèbre cervicale, quelquefois de la VIe et de la VIIe. Dans 75 p. 100 des cas, l'affection est bilatérale; elle paraît plus fréquente chez la femme.

Les symptômes dérivent de la compression qu'exerce la côte sur les organes voisins. Les troubles ne sont pas toujours proportionnés au volume de cette côte et semblent même, fait paradoxal, plus marqués quand celle-ci est petite.

On recherchera les signes cliniques dans la région cervicale, au niveau du membre supérieur, à la face et au thorax. La côte comprimant généralement l'artère sous-clavière, il en résulte, en amont, une dilatation du vaisseau; cette sorte de tumeur peut en imposer pour un anévrisme d'autant qu'elle est pulsatile et qu'elle s'accompagne d'un bruit de souffle. La déformation du cou est rare et différente de celle du goitre; cependant la confusion est encore possible, car les deux affections créent les mêmes troubles nerveux par excitation du sympathique cervical, et les mêmes phénomènes toxiques. La compression du récurrent s'accompagne d'aphonie; celle du phrénique de contractions cloniques du diaphragme. On peut noter de la dysphagie avec sensation de constriction au niveau de la gorge. On a signalé l'atrophie de la langue et celle du larynx.

Mais les symptômes les plus fréquents et les plus typiques s'observent au bras et à la main; ce sont des troubles vasculaires ou nerveux. Suivant que la compression de la sous-clavière est légère ou complète, on note une petitesse du pouls ou sa suppression. Ces constatations peuvent être passagères et se montrer seulement dans certaines positions du bras; elles sont parfois permanentes et sous la dépendance d'un thrombus de la sous-clavière; dans ce dernier cas, on peut observer la gangrène de la main et même de l'avant-bras. Les troubles vaso-moteurs par compression du sympathique périartériel sont souvent très marqués et parfois douloureux. On a décrit des syndromes simulant la claudication intermittente et la crampe des écrivains. La confusion avec la maladie de Raynaud est possible quand les troubles sont bilatéraux. La compression des branches du plexus brachial se traduit par des altérations de la sensibilité et de la motricité. Le volume des muscles est diminué au point de rappeler l'« atrophie musculaire progressive ». Les troubles sensitifs manquent rarement : on note de l'anesthésie, de la paresthésie, de l'hyperesthésie, parfois une dissociation de la sensibilité du type syringomyélique.

A la face, les symptômes sont souvent peu marqués; on a signalé une dilatation de la pupille du côté correspondant à la côte surnuméraire, du ptosis, du myosis, une rétraction du globe oculaire et de la mydriase. Quelquefois les vaso-moteurs sont paralysés d'un seul côté de la face. Enfin, il

n'est pas rare d'observer au niveau du thorax des névralgies intercostales et une atrophie des muscles pariétaux.

Le diagnostic est généralement facile; mais il faut se rappeler que tous ces signes peuvent être présents sans qu'il y ait de côte surnuméraire, et que, parfois aussi l'existence d'une telle côte n'entraîne aucun trouble. La nécessité d'un examen radiographique est indiscutable d'autant que l'intervention est toujours délicate et parfois dangereuse.

Le pronostic dépend surtout de l'étendue et de la durée des phénomènes de compression. Lewis cite trois cas où l'opération correctement exécutée n'a été suivie d'aucun résultat. Streissler parle de 7 guérisons sur 10 malades opérés. L'amélioration n'est pas toujours constatée immédiatement, car des paralysies temporaires dues à l'élongation des nerfs au cours de l'opération peuvent retarder la guérison.

A cet important travail sont annexées les images radiographiques de sept cas rapportés par l'auteur et dont un fut fut opéré avec succès.

Extirpation d'une côte cervicale sous anesthésie locale. (L. Ray Ellars. *Med. Journ. and Record*, 7 mai 1924, p. 445.) — Le malade, un jeune homme de vingt-quatre ans, a depuis neuf ans de la faiblesse et de l'engourdissement du membre supérieur droit. En outre, il présente de la paresthésie dans le territoire d'innervation du cubital et il ne peut longtemps tenir un crayon pour écrire. Ces symptômes, plus accusés le matin, s'exagèrent aussi après un exercice prolongé.

L'examen montre une tuméfaction légèrement pulsatile du creux sus-claviculaire droit. Le pouls radial est nettement plus faible du côté droit et quand les deux mains sont plongées simultanément dans l'eau froide, la main gauche reprend sa coloration normale en deux minutes, la main droite en quatre minutes. Par ailleurs on ne constate qu'une hypertrophie cardiaque assez marquée avec murmure systolique et diastolique. Le diagnostic de côte cervicale droite est confirmé par la radiographie sur laquelle on voit une côte vraie articulée avec l'apophyse transverse de la VIIe cervicale et longue de trois pouces et demi.

Sous anesthésie locale, on incise sur le bord antérieur du scalène moyen en recourbant l'incision en bas au voisinage de la clavicule. Dissection du scalène antérieur et mise à nu de la côte. Celle-ci est isolée progressivement des tissus voisins d'avant en arrière jusqu'au niveau de son col. Section du col, en protégeant la plèvre sous-jacente avec un écarteur.

Finalement, la côte saisie dans une pince est enlevée avec son périoste après section des tissus qui s'attachent encore à sa face inférieure. Il a fallu donner un peu d'éther au malade au moment le plus douloureux qui a été la dissection de la partie inférieure de la côte. Guérison complète.

La phrénicotomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (E. Curti. *Il Policlinico*, 26 mai 1924, p. 671.) — L'auteur a appliqué la méthode dans trois cas de tuberculose unilatérale et elle lui a donné de bons résultats.

La neurotomie est pratiquée sous anesthésie locale par une petite incision de 3 centimètres sur le bord externe du sterno-mastoïdien immédiatement au-dessus de la clavicule. La moitié du diaphragme, correspondant au côté opéré, cesse aussitôt de fonctionner et est aspirée dans le thorax par suite de la rétraction pulmonaire. Il en résulte une mise au repos du poumon qui évidemment n'est pas absolue, car les mouvements de la paroi subsistent et le médiastin oscille influencé par le poumon sain, mais qui est assez importante pour amener une diminution rapide de la toux et des crachats, ainsi que la chute de la température.

La phrénicotomie a des indications limitées et assez précises. Elle sera employée dans les cas où la lésion est unilatérale et comporte des adhérences étendues et irréductibles, dans les tuberculoses à forme fibreuse qui suppriment l'élasticité pulmonaire et se prêtent mal à la cure pneumothoracique, dans certaines tuberculoses bilatérales quand il semblera encore utile de mettre au repos le côté le plus atteint, comme premier temps parfois d'une thoracoplastie. Enfin la phrénicotomie bilatérale pourrait, sans doute, être appliquée à ces cas qui sont justiciables du pneumothorax bilatéral à basse pression, mais pour lesquels le pneumothorax ne peut rien à cause des adhérences.

Les contre-indications à l'emploi de la méthode sont, en dehors des affections graves des autres viscères, les grandes cavernes et, en général, les formes de tuberculose caséo-destructive contre lesquelles la phrénicotomie agit mal, parce qu'elle ne comprime pas suffisamment le parenchyme pulmonaire.

Quant aux complications de ce traitement, troubles gastriques, troubles cardiaques, paralysie totale du diaphragme à la suite d'une phrénicotomie unilatérale, l'auteur n'en a pas observé chez ses malades qui n'ont eu, comme phénomène anormal, qu'une douleur thoraco-scapulaire de courte durée.

Comme conclusion, il faut admettre que le pneumothorax artificiel est le meilleur mode de traitement, mais que s'il ne peut être mis en œuvre, la phrénicotomie est appelée à rendre des services et enfin que la thoracectomie plus mutilante et plus dangereuse semble devoir être utilisée seulement lorsque les autres méthodes ne sont pas applicables.

A propos d'un cas de tuberculose pulmonaire unilatérale traitée par la résection du nerf phrénique. (Verny et Dechambre. *Arch. méd. du Centre*, fév. 1924, n° 4, p. 10.) — C'est l'observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans atteint de tuberculose du sommet droit avec examens radioscopique et bactériologique positifs et qui fut traité en Allemagne pendant la guerre, par une résection du nerf phrénique correspondant.

Depuis l'opération, l'amélioration subjective a été continue, et des examens répétés à dates régulièrement espacées ont confirmé objectivement cette amélioration. Actuellement un voile à peine perceptible au niveau du sommet est encore visible à l'écran, mais les bacilles ont disparu de l'expectoration depuis deux ans. Les espaces intercostaux sont toujours fixes et le diaphragme est immobile du côté opéré.

Les promoteurs de la méthode sont Alewens, Goëtze, von Alexander et von Fischer. La statistique de ce dernier comporte 28 cas opérés, pour lesquels il annonce 9 améliorations et 7 guérisons.

Les auteurs citent sans commentaire la phrase suivante de von Fischer : « Si la phrénectomie est indiquée quand le pneumothorax n'est pas possible ou ne l'est que partiellement, elle l'est aussi quand le processus tuberculeux se propage de l'autre côté. On peut encore sur le deuxième côté faire la résection du nerf phrénique. » (In *Wochs.*, 1923, n° 92, Indications et suites de la phrénectomie radicale).

Tumeur du cou développée dans la région de la bifurcation des carotides et ayant simulé un anévrisme. Résection de la tumeur et de la fourche carotidienne englobée dans cette tumeur. Guérison. (G. Leclerc. *Bourgogne méd.*, 1923, n° 12 et 1924, n° 1.) — Une jeune femme s'est aperçu, il y a six ans, qu'elle portait au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur une tumeur de la grosseur d'une noisette. Pendant deux ans, cette tumeur a grossi progressivement, depuis quatre ans elle est stationnaire et du volume d'une orange.

La déglutition, la respiration et la phonation sont normales. A la vue et au palper la tumeur présente des battements rythmés et expansifs. Elle n'est pas réductible. Mobile seulement dans le sens transversal, elle ne suit pas les mouvements du larynx dans la déglutition. Il existe des ganglions sous-maxillaires des deux côtés. Le Wassermann est négatif.

On opère croyant à un anévrisme : Incision en étoile sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, découverte de la carotide primitive et de la masse tumorale qui l'enveloppe complètement un peu avant sa bifurcation. Il s'agit non d'un anévrisme mais d'une tumeur solide développée vraisemblablement aux dépens de la glande carotidienne. Il est nécessaire d'enlever en un bloc la fourche artérielle et la tumeur. Résection de la jugulaire. Il n'y a aucun phénomène cérébral immédiat.

Dans les jours qui suivent, dysphagie absolue qui oblige à alimenter la malade à la sonde pendant un mois.

Ultérieurement, on constate une paralysie gauche de la corde vocale, du voile du palais, de la langue et du constricteur supérieur du pharynx.

La tumeur est lardacée et sarcomateuse d'aspect; l'examen histologique n'est pas donné.

L'auteur explique l'heureuse issue de l'opération par le fait que la lumière des carotides s'étant progressivement rétrécie

au fur et à mesure du développement de la tumeur, la résection du trépied carotidien n'a rien changé à une circulation qui, petit à petit, avait eu le temps de s'adapter.

Six cas semblables existent dans la littérature; trois se sont terminés par la mort (Lecène, Morestin, Duval); les autres ont guéri (Tuffier, Vanverts, Joddan).

RACHIS

Ostéomyélite aiguë vertébrale (à propos de 5 cas). (Ch. Mathieu. *Revue de chir.*, 1924, n° 2, p. 96.) — L'ostéomyélite aiguë vertébrale, type des adolescents — la seule envisagée ici — est une affection assez rare qui survient, en général, de douze à quinze ans, au moment où commence l'ossification des points complémentaires des vertèbres.

La région lombaire en est le siège le plus habituel; viennent ensuite les régions dorsale, cervicale et sacrée. L'infection atteint plus souvent l'arc postérieur que le corps de la vertèbre. La seconde localisation est beaucoup plus grave que la première, elle s'observe surtout à la région cervicale où les points complémentaires sont réduits à deux, les disques épiphysaires du corps.

Les déformations du mal de Pott ne se rencontrent pas dans cette ostéite, mais il peut y avoir une cyphose par contraction musculaire. L'abcès ostéomyélitique apparaît plus ou moins tôt suivant le siège postérieur ou antérieur de la lésion. Il a un aspect fusiforme à grand axe vertical et finit, en général, par venir fuser sous la peau. Il est habituellement unilatéral, mais peut occuper les deux côtés de la colonne, soit qu'il se soit propagé d'un côté à l'autre, soit que les deux arcs soient simultanément malades. L'abcès venu d'une apophyse transverse a trois migrations possibles : antérieure vers la plèvre ou le psoas; latérale vers le canal rachidien; postérieure vers les gouttières vertébrales. Le pus qui vient du corps vertébral peut aussi se diriger en avant, restant quelquefois bridé par le périoste, en arrière vers le canal rachidien ou sur le côté entre les apophyses transverses.

Les thromboses veineuses sont fréquentes et on observe aussi des lésions méningées et médullaires. Enfin l'appareil pleuro-pulmonaire est quelquefois intéressé dans le processus.

On a distingué divers types cliniques : l'ostéite de croissance avec douleur, fièvre prolongée et accroissement de la taille; la forme subaiguë assez analogue au mal de Pott; la forme suraiguë en rapport avec une lésion du corps, et donnant, avec un état typhique, des complications précoces du côté de la moelle et du poumon; la forme aiguë la plus fréquente dont voici une description succincte. Souvent à la suite d'un traumatisme apparaît une douleur violente en un point du rachis, douleur spontanée et provoquée avec contracture; bientôt surviennent des frissons puis une fièvre élevée; le malade a l'aspect typhique, mais pour éviter toute souffrance, il garde une raideur caractéristique; la région rachidienne douloureuse s'empâte; tuméfaction fusiforme profondément fluctuante; le pus, auquel une incision donne issue, est franc, parfois de couleur chocolat et on trouve une vertèbre dénudée; la situation s'améliore alors rapidement à moins que des complications pleuro-pulmonaires, méningées ou septicémiques ne prolongent la maladie ou n'emportent le malade.

Le diagnostic est à faire avec le mal de Pott, mais l'erreur est rarement commise à cause des différences symptomatiques et évolutives assez nettes. Le cas échéant, la ponction lèverait les doutes. L'importance des signes généraux a pu faire penser parfois un moment à la fièvre typhoïde et celle des signes médullaires à la maladie de Landry; ces confusions ne sont que de courte durée.

Le traitement doit être avant tout chirurgical, la vaccinothérapie n'ayant à jouer qu'un rôle adjuvant et secondaire. L'opération n'a le plus souvent été qu'une simple incision d'abcès. Mais il faut toujours tenter de réséquer, le foyer osseux pour prévenir les complications. On procédera donc, soit à un évidement simple, soit à une transversectomie, soit à une laminectomie. Dans le cas de lésion du corps vertébral on est amené à faire plus encore; la voie rationnelle d'accès sur le foyer est la voie latérale dont la technique diffère suivant la région. Au niveau de la colonne lombaire on peut soit passer en dehors de la masse sacro-lombaire comme Trèves, ou comme Fontan, découvrir la lame vertébrale et la suivre jusqu'au corps à travers les apophyses transverses réséquées; dans la région dorsale, il faut nécessairement faire une costo-transversectomie première; dans la région cervicale enfin, on a le choix entre la voie pré et la voie rétro-sterno mastoïdienne.

L'auteur relate cinq observations intéressantes et examine finalement la question de l'ostéomyélite vertébrale envisagée comme accident du travail.

Contribution clinique et opératoire à l'étude de la sacralisation de la dernière vertèbre lombaire. (E. Sciaky. *Il Policlinico*, 12 mai 1924, p. 610.) — Une femme de trente-quatre ans sans antécédents pathologiques et qui ne présente aucun trouble viscéral est atteinte depuis douze ans de douleurs sacro-iliaques, intermittentes, irradiées aux cuisses et assez intenses parfois pour nécessiter l'emploi de la morphine. Elle a été considérée comme hystérique et rhumatisante et traitée de diverses manières sans succès.

Les réflexes rotuliens sont vifs des deux côtés, mais surtout à gauche où quelques percussions suffisent à déterminer un véritable clonus de la rotule. Légère hyperesthésie cutanée des deux membres inférieurs. Il existe, au-dessus du sacrum, une certaine sensibilité à la pression des vertèbres lombaires, la palpation profonde révèle de chaque côté des deux dernières vertèbres lombaires, la présence d'une masse osseuse anormale douloureuse à la pression et la colonne lombaire n'a pas sa mobilité habituelle. La radiographie rend le diagnostic évident; les apophyses transverses sont extrêmement développées, fusionnées entre elles et soudées aux ailerons sacrés des deux côtés.

La malade est opérée sous anesthésie générale, le 27 novembre 1920. On pratique dans la région lombo-sacrée une incision médiane de 20 centimètres allant de la 1re lombaire à la mi-hauteur du sacrum. La masse sacro-lombaire est disséquée et rabattue en dehors de chaque côté. On découvre ainsi les deux masses osseuses qui sont réséquées. Par précaution, on fait, en outre, la laminectomie des IVe et Ve lombaires. Suture des parties molles plan par plan. Les suites opératoires furent simples. La malade a été totalement guérie et définitivement, car revue trois ans plus tard, elle déclarait n'avoir plus eu aucune crise douloureuse.

ESTOMAC ET VOIES BILIAIRES

Crises gastriques guéries par une vagotomie. (Einar Thomsen. *Acta med. scandinavica*, vol. LX, 1924, p. 66.) — Un homme âgé de trente-quatre ans est depuis trois ans atteint d'ophtalmoplégie et de crises gastriques, les troubles des yeux et de l'estomac ayant débuté simultanément deux mois après une diphtérie d'ailleurs bénigne. Tous les muscles de l'œil droit sont paralysés, à l'exception du droit externe. L'œil gauche ne présente qu'une absence de réaction pupillaire à l'accomodation. La vue est intacte. Le réflexe achilléen manque. Les crises gastriques consistent en vomissements très abondants de liquide acide et verdâtre qui surviennent tous les dix à quinze jours et durent deux à trois jours. Elles ne s'accompagnent pas de douleurs. On les avait précédemment attribuées à un ulcère de l'estomac mais l'erreur fut reconnue à la laparotomie. D'autre part une arthrite du genou a été récemment traitée par la résection qui a montré dans le plateau tibial la présence d'un foyer d'aspect gommeux. Cependant la réaction de Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

On pose le diagnostic de tabès au début malgré l'indolence des crises gastriques. Le traitement spécifique est sans effet. L'atropine seule améliore les crises gastriques, on en déduit qu'elles sont causées par une irritation chronique des filets excito sécrétoires du pneumogastrique. L'auteur ayant antérieurement constaté sur le chien que la vagotomie ne fait que diminuer la sécrétion du suc gastrique et n'empêche pas une digestion normale pense que cette opération est indiquée chez son malade de plus en plus affaibli par les vomissements.

L'opération est pratiquée par le professeur Schaldemose. Laparotomie sous-costale. Le pneumogastrique gauche reconnu à peu de distance du diaphragme est déjà fortement ramifié. On isole ses branches une à une et on resèque de chacune d'elle un segment de 3 centimètres. Le pneumogastrique

droit qui ne donne que peu de rameaux à l'estomac n'est pas touché. Suites opératoires simples. Le malade n'a pas eu une seule crise après l'opération. La guérison a été vérifiée au bout d'un an.

La cholécystocèle. (TASSO ASTERIADÈS. *Revue de chir.*, 1924, n° 4, p. 231.) — La cholécystocèle est une lésion peu connue. Elle mérite de l'être cependant car elle peut causer des troubles graves dont le diagnostic est difficile et que le traitement chirurgical guérit. Le mémoire de l'auteur est basé sur l'analyse des travaux antérieurs, sur des recherches anatomiques personnelles et sur l'étude des 4 cas qu'il a observés et opérés.

La vésicule biliaire présente anatomiquement des variations considérables dans ses rapports avec le foie et avec le péritoine qui la revêt. Suivant Jaliffier il y a trois sortes de vésicules flottantes : celles qui sont appendues au foie par un méso, celles que la séreuse enveloppe de toutes parts et qui n'ont d'autre pédicule que leur col ou le canal cystique, celles qui, étant comprises dans le ligament hépato-duodeno-colique, ont deux mésos un supérieur et un inférieur.

Quand il y a cholécystocèle, le foie est souvent abaissé, la vésicule est mobile, rénittente ou dure, grosse, quelquefois énorme, bleuâtre, elle a une paroi habituellement mince et un contenu variable qui est soit de la bile épaisse, plus ou moins colorée, soit un liquide clair et limpide. On n'a jamais trouvé de calculs.

L'étiologie de la ptose vésiculaire comporte probablement deux facteurs : une malformation congénitale de la vésicule ou de son péritoine et l'action secondaire de la ptose des viscères voisins. Quant à la distension, elle s'explique par la coudure du col de la vésicule ou du cystique, quelquefois par une lésion pariétale ou par une compression externe des voies biliaires.

Le tableau clinique a des aspects très variables. On peut les ramener à deux types : le type pseudo-lithiasique, forme subaiguë ou chronique et le volvulus de la vésicule.

1° Dans le premier cas on observe des crises douloureuses à siège vésiculaire avec irradiations vers l'épaule, quelquefois influencées par la position du malade, accompagnées de vomissements et se rapprochant de plus en plus, jusqu'à amener des troubles sérieux des autres viscères et de l'état général. Dans certains cas les douleurs sont plus légères et ont un siège différent, la région péri-ombilicale. De toutes façons elles ont pour cause la coudure du col ou la flexion de la vésicule et le tiraillement des nerfs qui se rendent aux voies biliaires. Objectivement l'épigastre et l'hypocondre droit sont très sensibles à la pression et il y a un léger ictère. Il est rare qu'on sente par la palpation la tumeur vésiculaire. Mais le foie ptosé déborde les côtes, le rein est souvent ectopié. Les antécédents lithiasiques manquent toujours.

Le diagnostic semble avoir été rarement posé. Les douleurs peuvent être prises pour celles de la lithiase, de l'appendicite et même de la colite ou d'une viscéralgie tabétique. La tumeur vésiculaire est à différencier de toutes les tumeurs qui peuvent occuper le côté droit de l'abdomen, qu'elles viennent du foie, des voies biliaires, du pancréas, du péritoine, du rein et même de la paroi abdominale.

Le traitement, purement chirurgical, consiste en une cholécystopexie associée à une cholécystostomie. La première de ces opérations suffirait peut-être. Elle a donné un succès à l'auteur dans un cas où par nécessité elle fut seule employée. Mais il sera plus prudent de toujours ouvrir la vésicule.

2° Le volvulus de la vésicule est très rare. On n'en connaît que 8 cas. Il ne peut se produire que si la vésicule est libre, sans méso. Et toujours il a été observé chez des malades âgés. La tumeur est noirâtre, réniforme, distendue par la bile et les caillots; sa paroi est épaissie, infiltrée de sang, quelquefois gangrénée; elle n'adhère pas en général aux organes voisins. La torsion plus ou moins prononcée était dans un cas de deux tours complets. Les symptômes toujours graves rappellent ceux de la péritonite ou de l'occlusion intestinale. Ce sont de vives douleurs siégeant surtout dans le côté droit du ventre, des vomissements, quelquefois un arrêt des matières et des gaz; le ventre est sensible, ballonné et dur; on sent exceptionnellement une tumeur, le pouls est rapide et filiforme, le facies péritonéal. Le seul traitement raisonnable est évidemment la cholécystectomie d'urgence avec drainage.

ORGANES GÉNITAUX

Recherches expérimentales sur les effets de la décortication du testicule. (O. RUGGIERO. *Arch. ital. di chir.*, vol. IX, 1924, p. 237.) — Au cours des interventions portant sur le testicule ou ses enveloppes, on peut être amené à pratiquer une résection plus ou moins étendue à la fois du feuillet glandulaire de la vaginale et de l'albuginée. Il est intéressant de savoir, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue scientifique pur, quels sont les effets immédiats et lointains de cette résection sur la nutrition du testicule, sur la spermatogénèse, sur les cellules interstitielles et sur l'état histo-chimique des constituants de la glande qui a, comme on le sait, une répercussion sur tout l'organisme.

L'auteur après avoir passé en revue les travaux de ses devanciers décrit les nombreuses expériences qu'il a faites sur le lapin. Ces expériences ont consisté en décortications partielles et totales du testicule pratiquées par voie abdominale ou scrotale. Les pièces prélevées un temps variable après l'opération ont donné lieu à une étude histologique minutieuse qu'illustrent de belles reproductions en couleur des coupes microscopiques. L'auteur arrive finalement aux conclusions suivantes :

La décortication partielle ou totale du testicule détermine chez le lapin des lésions qui, à part le degré et l'étendue proportionnés à la résection, se ressemblent. Ces lésions frappent diversement l'épithélium séminifère, le tissu conjonctif et les cellules interstitielles et sont toujours plus marquées et plus graves au centre qu'à la périphérie de la glande.

Les altérations de l'épithélium seminal consistent dans la résorption de la graisse physiologique et du glycogène et dans la disparition progressive et parfois totale de l'épithélium de revêtement. Les éléments les plus faibles sont les plus évolués et ceux qui résistent le mieux sont les éléments les plus jeunes (spermatogonies) : de toutes manières le spermatogenèse s'arrête.

Les cellules interstitielles ont un pouvoir de résistance supérieur à celui de l'épithélium seminifère mais un peu inférieur à celui du tissu conjonctif intertubulaire.

Le résultat de la décortication, surtout si elle est totale, est l'atrophie fibreuse du testicule dans sa portion glandulaire, l'épididyme restant plus longtemps normal.

Le mécanisme de ces lésions s'explique par l'interruption brusque des connexions vasculaires (sanguines et lymphatiques) et nerveuses que cause la décortication, la tunique fibro-séreuse du testicule ayant, outre son rôle de protection, une fonction trophique et nutritive de première importance.

Rétention d'urine par hématocolpos chez une vieille femme. (GAYET. *Lyon med.*, 1924, t. CXXXIII, p. 105.) — La malade âgé de quatre-vingt et un ans vidait par regorgement une vessie remontant jusqu'à l'ombilic. Après un cathétérisme assez pénible et l'évacuation d'un litre d'urine, le ventre restait gros, on y sentait une tumeur analogue à un kyste ovarien, mais le vagin était cloisonné par une membrane tendue et rénittente, ce qui fit songer aussitôt à un hématocolpos. L'incision de la membrane vaginale donna issue à une grande quantité de sang noir et fétide. Drainage. Après disparition des phénomènes aigus, l'auteur à l'aide d'un nouvel examen et d'un curettage reconnut un cancer du corps utérin qui fut traité par le radium.

L'hématocolpos des vieilles femmes est rare. Guillaume, chirurgien américain, en a publié en 1917 un cas analogue à celui de Gayet et causé aussi par un cancer utérin.

Carcinome de la vulve guéri à la suite d'une intervention chirurgicale incomplète. (STEFANO FRANCESE. *La med. pratica*, 31 mai 1924, p. 173.) — De tout temps on a signalé des guérisons spontanées de tumeurs malignes. Ces faits sont malgré tout exceptionnels et ils ont souvent été mis en doute, la vérification histologique de la tumeur ayant fait défaut ou bien l'observation du malade n'ayant pas été assez prolongée, ou encore le néoplasme ayant pu être confondu avec une lésion inflammatoire.

Parmi les travaux parus sur cette question il faut citer une revue générale de Roncali publiée en 1922 et dans laquelle les guérisons spontanées sont divisées en 3 catégories suivant qu'il s'agit : 1° de cancers épithéliaux et conjonctivo-muscu-

laires; 2° de placentomes chorio-épithéliaux secondaires à un accouchement, à un avortement ou à une môle vésiculaire; 3° de métastases. Il n'y aurait que 3 cas de cancers guéris spontanément sans opération, ceux de Nitze, de Czerny, de Tripier. Les cancers guéris après intervention incomplète sont plus nombreux, cas de Czerny, Rotter, Crosbie, von Hansemann, etc.

L'auteur à ces dernières observations en ajoute une personnelle et complète en ce sens qu'elle comporte un examen histologique. Il s'agit d'une femme de soixante-quinze ans sans antécédents pathologiques notables atteinte d'une lésion vulvaire. Celle-ci a débuté en janvier 1922 et a d'abord été traitée par des topiques sans résultat, puis abandonnée à elle-même. En juillet elle s'est étendue et s'accompagne d'une adénite inguinale. Un médecin consulté pratique une biopsie et conseille une opération radicale. L'auteur examinant alors la malade constate la présence, à l'entrée du vagin, d'une ulcération qui siège à la fois sur la grande lèvre droite et sur la paroi vaginale correspondante. Cette ulcération grande comme une pièce d'une lire, de coloration rouge foncée, a des bords taillés à pic, elle sécrète un liquide sanieux, elle est douloureuse, elle est dure et elle repose sur des tissus largement infiltrés et durs. Il y a dans l'aine droite des ganglions durs, mobiles, douloureux. L'utérus et les autres organes sont normaux. Wassermann négatif.

On pratique une biopsie. Les coupes dont l'auteur donne la description et des microphotographes, montrent qu'il s'agit d'un épithélioma baso spino-cellulaire.

L'opération qui eut lieu le 3 août 1922 sous anesthésie générale ne put être complète par suite, paraît-il, des adhérences de la paroi vaginale avec les tissus du petit bassin. La brèche fut fermée à l'aide d'une sorte d'autoplastie vaginale et dans la certitude où se trouvait l'opérateur qu'il y aurait une récidive sur place, il ne toucha pas aux ganglions dont l'aspect était cependant celui de ganglions néoplasiques.

A la suite de l'opération il y eut un peu de nécrose de la paroi vaginale et au niveau de l'ulcération qui en résulta on préleva de quoi faire une seconde biopsie. Mais le 30 août cette ulcération était complètement cicatrisée. Cependant il subsistait une certaine induration qui disparut graduellement en deux mois ainsi que l'adénite inguinale.

Aucun autre traitement ne fut appliqué, ni radio, ni radiumthérapie. La malade a repris sa vie ordinaire et reste bien guérie.

L'examen histologique de la tumeur et la seconde biopsie ont confirmé le diagnostic de cancer épithélial.

L'auteur examine et discute les hypothèses à l'aide desquelles on peut essayer d'expliquer, bien insuffisamment d'ailleurs, ces faits paradoxaux.

MEMBRES

Un cas d'embolectomie avec guérison. (ERIK MICHAËLSON. *Acta chir. scandinavica*, vol. LVI, 1924, p. 431). — Aux 45 cas d'embolectomie réunis par Key en 1922 on doit en ajouter 10 : 3 de Häggström, 1 de Sencert et Blum, 3 de l'auteur en 1922, 2 de Buerger et 1 de l'auteur en 1923. C'est ce dernier cas qui est relaté en détail dans l'article.

Une femme de soixante-dix-huit ans, aortique, ayant fait une embolie de la fémorale gauche est opérée deux heures et demie après le début des symptômes. Le caillot long de 2 centimètres s'était arrêté dans la fémorale commune au niveau de sa bifurcation. On l'enlève après hémostase de l'artère avec de petits drains de caoutchouc. La circulation se rétablit aussitôt et la malade quitte l'hôpital six semaines plus tard complètement guérie.

Les 55 cas d'embolectomie ont donné 16 guérisons, mais il y a eu 2 décès tardifs. Comme on l'a observé cinq fois, l'intervention peut être utile et améliorer les troubles circulatoires même quand il y a un début de gangrène. L'artériosclérose n'est pas une contre-indication du moins pour la libération opératoire de l'artère si elle peut être faite sous anesthésie locale, car dans le cas où l'état de la paroi artérielle rend l'artériotomie impossible, on doit essayer l'écrasement du thrombus dans le vaisseau fermé suivant la méthode d'Abadie et Mathelin.

Un cas d'embolectomie. (SVEN LUNDBERG. *Acta chir. scandinavica*, vol. LVI, 1924, p. 413.) — Une semaine après l'opération d'une hernie étranglée, une femme de soixante-deux ans atteinte d'insuffisance mitrale, présente brusquement les signes d'une embolie de l'artère fémorale à son origine. On intervient dix-neuf heures et demie plus tard. L'artère découverte au niveau du triangle de Scarpa se montre distendue en un point au-dessous duquel il n'y a plus de battements. Mais pendant l'isolement du vaisseau, l'embolus est entraîné par le courant sanguin dans l'artère poplitée. Celle-ci est séance tenante mise à nu et ouverte après hémostase provisoire. Le caillot est enlevé et quatre points de suture referment la paroi artérielle. Guérison rapide et complète. L'auteur pense que dans une telle opération la dissection de l'artère réalise dans une certaine mesure une sympathectomie qui a d'heureux effets sur le retour de la circulation dans le membre ischémié.

A propos de l'étiologie de l'hallux valgus. (BEDRICH FREJKA. *Bratislavské Lekarske Listy*, mars 1924, p. 310.)

Osteotomie mediolatérale oblique. (BEDRICH FREJKA. *Bratislavské Lekarske Listy*, mars 1924, p. 329.)

On peut distinguer au point de vue étiologique plusieurs formes d'hallux valgus :

a. Une forme congénitale, exceptionnelle. En général la difformité survient plus ou moins tard dans la vie, surtout après la puberté. Dans quelques cas, à en juger par le caractère héréditaire de la lésion, elle résulte d'une anomalie osseuse : présence de l'os intermétatasien ou longueur exagérée du gros orteil constituent un terrain propre au développement de l'hallux valgus.

b. Une forme rachitique. Celle-ci est due à une déformation de la base du premier métatarsien ou du grand cunéiforme. Ces déformations peuvent apparaître lors de la puberté, causées par le rachitisme tardif et s'accentuer plus tard sous les influences statiques et mécaniques.

c. Une forme mécanique. Par suite d'une disposition congénitale, du rachitisme ou de causes purement statiques apparaît un aplatissement de la voûte antérieure du pied. L'action des muscles déplacés vers la face latérale du gros orteil peut déterminer une aggravation importante.

d. Une forme musculaire observée rarement comme séquelle de la paralysie musculaire infantile.

e. Une forme trophique dans les cas de névrite et de tabes.

f. Une forme inflammatoire ou plutôt arthritique.

La méthode de traitement de l'hallux valgus, imaginée par Chlumsky, consiste en une ostéotomie oblique médiolatérale. La ligne de résection commence à la face médiane du premier métatarsien et descend obliquement sur la face latérale où elle aboutit à la tête même du métatarsien. L'ostéotomie faite, on corrige la subluxation du gros orteil par un mouvement d'abduction. En même temps les tendons musculaires fixés à la face latérale de la tête du métatarsien glissent sur la face médiane. Le premier métatarsien par suite du glissement de ses deux fragments se place dans une position d'abduction qui le raccourcit. Il est quelquefois utile de fixer par des sutures les tendons extenseurs dans leur nouvelle position. Il n'y a pas lieu de les allonger en raison du raccourcissement du métatarsien. Quant à la résection de l'exostose, on ne la pratique que dans les cas graves. Le malade commence à marcher trois semaines après l'opération et est complètement guéri au bout de six semaines. L'auteur a pratiqué cette opération sur dix sujets avec les meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels; le gros orteil a toujours gardé sa mobilité, son raccourcissement offrant une sécurité absolue contre les récidives.

Anatomie pathologique de l'hallux valgus. (P. MOULONGUET. *Ann. d'anat. pathol. med.-chir.*, t. I, janv. 1924, p. 77.) — L'hallux valgus est produit tout d'abord et essentiellement par un mouvement de rotation dans l'articulation cunéo-métatarsienne. Le premier orteil ne suit pas ce mouvement d'adduction du métatarsien. Par suite de l'inextensibilité des tendons et du maintien au contact des orteils imposé par la chaussure, il y a angulation à sommet interne de l'orteil sur le métatarsien et ainsi se trouve réalisé la déformation qui porte le nom d'hallux valgus.

Or tandis que le déplacement originel cunéométatarsien

reste aisément réductible, la subluxation métatarso-phalangienne, bien qu'elle ne soit que secondaire, devient rapidement irréductible. On en aperçoit la raison quand on dissèque des hallux valgus. Normalement la surface articulaire de la tête métatarsienne présente à sa face inférieure pour les deux sesamoïdes une surface formée d'une crête médiane et de deux gouttières latérales. Dans l'hallux valgus la crête intersésamoïdienne est reportée en dehors, la gouttière interne est au milieu de la tête métatarsienne, la gouttière externe déplacée dans le même sens déborde le flanc de l'épiphyse et fait saillie comme une petite console dans l'espace intermétatarsien. Et ces lésions osseuses sont d'autant plus accentuées que la déformation est considérable.

Un cas d'acrocyanose traité et considérablement amélioré par la sympathectomie humérale. (E. Ledoux. *Lyon chir.*, t. XXI, mars-avril 1924, p. 182.) — Un homme de vingt-neuf ans, mouleur en fonte, bien portant présente depuis trois ans au niveau de la main droite les troubles vasculaires suivants : coloration violacée et œdème dur de la main et des doigts, plus marqués au dos de la main et du médius, moins au pouce et aux dernières phalanges de l'index ; bande de cyanose sans œdème couvrant la face palmaire du poignet; pas de douleurs mais des fourmillements et de la raideur dans la région cyanosée; l'œdème augmente le matin et diminue pendant le travail, la cyanose est constante; la main droite est plus chaude que la gauche objectivement et subjectivement; pas de troubles de la sensibilité, de la motricité, ni des réflexes, mais la courbe oscillométrique du côté gauche est ample avec Io = 4 alors qu'à droite elle est courte avec Io = 1 1/2, la différence disparaissant d'ailleurs à la suite d'un bain chaud à 38 degrés. Pas de côte cervicale. Le réflexe oculocardiaque est positif.

L'acrocyanose paraissant liée à une vasoconstriction périphérique, une sympathectomie périartérielle est pratiquée par le docteur Tisserand sur l'artère humérale. On note la petitesse de l'artère et le développement excessif des veines. Neuf heures après l'opération l'Io monte à 8, quatorze jours plus tard l'amélioration est notable, les fourmillements et l'œdème ont disparus, la cyanose s'est atténuée. Au bout de six mois l'amélioration a encore beaucoup progressé.

Fractures des deux astragales compliquées d'entorse de l'articulation de Chopart à droite et de subluxation sous-astragalienne à gauche. (Hecquet. *Gaz. des prat.*, 15 avril 1924, n° 580, p. 119.) — Un homme tombe sur les pieds d'une hauteur de 4 mètres, et, selon le mécanisme habituel, se fracture les deux astragales, par flexion forcée.

En plus de la fracture on note, à droite, une laxité exagérée de l'articulation médio-tarsienne. La guérison s'obtient, de ce côté, par simple immobilisation plâtrée et le résultat fonctionnel est parfait.

L'intérêt de la publication réside dans les lésions observées à gauche. L'astragale y est complètement sectionnée. Le trait de fracture s'étend de la partie supérieure de l'os à la facette articulaire postéro-externe. Il existe, en outre, une subluxation sous-astragalienne du pied en avant, se manifestant par l'allongement apparent du pied et l'effacement du talon.

Au cours de l'opération, on constate l'arrachement des ligaments astragalo-calcanéens. Les essais de réduction sont vains, même sous anesthésie générale. On pratique une astragalectomie et le calcanéum est placé dans la mortaise, de façon que l'emboîtement se fasse en arrière du sustentaculum tali, le pied légèrement en valgus. Il y a donc articulation de la mortaise avec la facette articulaire postérieure du calcanéum.

La réparation est rapide; une néarthrose a été conservée en dépit de l'immobilisation prolongée.

Le résultat fonctionnel est satisfaisant : flexion et extension arrivent aux deux tiers de leur amplitude normale. Par contre, l'effacement du talon et l'allongement de l'avant-pied sont d'un aspect peu esthétique.

Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, par le docteur Georges Laurens. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. grand in-8 de 1048 pages avec 783 figures dans le texte. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil respiratoire (1), par le professeur Nobécourt.

Rien de plus intéressant, mais aussi, rien de plus difficile, peut-être, que les affections de l'appareil respiratoire chez l'enfant. Ne sont-ils pas sujets à l'asthme, aux congestions pulmonaires, à l'adénopathie trachéo-bronchique? La pneumonie ne revêt-elle pas, chez eux, des caractères spéciaux? Le praticien n'est-il pas souvent embarrassé en présence d'une broncho-pneumonie, d'une tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique? Le plus expérimenté n'éprouve-t-il pas, de temps à autre, quelque gêne quand il a à traiter une pleurésie, quand il a affaire à des réactions encéphalo-méningées symptomatiques d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie?

Le professeur P. Nobécourt a donc été bien inspiré de choisir ces affections comme sujet de ses leçons cliniques. Il nous les montre, non pas comme les décrivent les ouvrages de pathologie, toujours plus ou moins schématiques, mais comme elles sont en réalité. Il nous « raconte l'histoire des malades, expose les méthodes mises en œuvre pour porter un diagnostic, les difficultés rencontrées, ses hésitations, les traitements institués. » Méthode singulièrement intéressante, parce que vécue, et qui sera certainement aussi appréciée des lecteurs qu'elle l'a été des auditeurs. Le professeur Nobécourt n'est-il pas l'un des premiers parmi les pédiatres actuels? N'est-il pas l'un de ceux qui ont la plus grande expérience? Ne s'est-il pas formé, de longues années, auprès du professeur Hutinel, avant de devenir lui-même un maître?

L. BABONNEIX.

Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale juvénile et de l'hérédosyphilis (2), par le docteur Amédée Coquerelle.

Inspirée par M. Leroy, médecin chef de la Maison-Blanche, et par M. Cornil, professeur agrégé, la thèse de M. Coquerelle relate l'observation anatomo-clinique d'un cas de paralysie générale juvénile, et, à son sujet, se livre à une intéressante étude de cette affection, qui relève toujours de la syphilis. Dans la plupart des cas, il s'agit de syphilis héréditaire comme le prouve l'étude clinique et sérologique, tant du malade que de son entourage familial. Fait important, et sur lequel insiste justement l'auteur, l'hérédité névropathique joue un rôle important. Il faut que le terrain sur lequel évolue la syphilis cérébrale, soit préparé pour qu'ultérieurement, elle se transforme en paralysie générale. D'où utilité d'une prophylaxie et d'une thérapeutique précoces, s'il est vrai que, dans la plupart des paralysies générales juvéniles, on retrouve cette notion d'hérédité névropathique.

L. BABONNEIX.

Les Stations climatiques françaises; 1.200 stations de cures d'air, cures de séjour, cures de repos (3), par le docteur L. Porcheron.

Où voulez-vous aller, à la mer, à la montagne? Préférez-vous un séjour dans un pays d'altitude moyenne? Le précieux livre que vient de publier le docteur Porcheron vous donne immédiatement les renseignements demandés sur la plus petite comme sur la plus grande de nos stations françaises de cure ou de repos, ou d'altitude.

Les stations sont classées par ordre alphabétique, puis par ordre d'altitude, en suivant l'ordre croissant de 1 mètre à 2.600 mètres, ce qui permet au lecteur de trouver instantanément la station de ses rêves. Une foule de renseignements d'ordre pratique complète ce volume que chacun voudra consulter avant le départ en vacances et qui rendra les mêmes services que le *Guide pratique aux villes d'eaux* publié l'an dernier par le docteur Porcheron.

L. G.

(1) In-4° de 348 p. — Prix : 22 fr. — Paris, 1924, Masson.
(2) In-8 de 52 p. — Paris, 1922, Le François.
(3) Un fort vol. in-8. — Prix : 6 fr. 50. — Editions Quo vadis, 107, rue Paradis, Marseille.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC) (1)

b. *Examen du système nerveux.* — *Signes moteurs.* — Nous rechercherons d'abord les symptômes qu'il faut mettre au premier plan : la raideur de la nuque, et le signe de Kernig.

La *raideur de la nuque* est fréquente, elle est, en général, *discrète* ; elle ne frappe pas d'emblée comme dans la méningite à méningocoques. Il faut la rechercher de la façon suivante : la main étant placée derrière la nuque, on tente doucement de fléchir la tête ; on sent une résistance qui est *permanente.* Il ne faut pas la confondre avec la résistance, souvent importante, qui est due à la *défense musculaire*, qui n'est pas permanente, qui cède à un moment donné si on insiste. C'est pour éviter cette réaction de défense, qu'il faut toujours chez l'enfant, rechercher la raideur de la nuque *avec douceur*.

Le signe de Kernig. — Quand on fait asseoir l'enfant, on constate que ses genoux se fléchissent ; si on essaie de les étendre, on sent une résistance invincible et on provoque de la douleur. On peut aussi rechercher le Kernig sur l'enfant étendu : on soulève la jambe en la prenant par le talon et en ayant soin de maintenir le genou dans l'extension; on constate dans ces conditions que la flexion de la cuisse sur le bassin ne peut se faire complètement : on est arrêté par la contracture.

Le signe de Kernig est inconstant dans la méningite tuberculeuse, et il est, en général, *très discret* ; il se voit avec d'autant plus de netteté que l'enfant est plus âgé.

Les autres signes de contracture. — On peut voir le « signe de la nuque », le signe comitio-latéral de Brudzinski. On peut voir de la contracture faciale, du trismus, de la raideur des membres. Nous n'y insistons pas, car ces signes sont loin d'avoir, dans la méningite tuberculeuse, l'importance qu'ils ont dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques.

Les mouvements convulsifs. — Les petits mouvements convulsifs sont les plus fréquents. Ce sont quelques petits mouvements automatiques de la tête, *du grincement des dents*, du mâchonnement, du clignement des paupières, des soubresauts musculaires. Ou bien ce sont de vraies *convulsions partielles*, localisées à un membre, à un côté du corps. Ou bien ce sont des *convulsions généralisées* ; elles ne sont fréquentes que chez les jeunes enfants : elles sont importantes à connaître, car elles peuvent être le premier symptôme apparent de la maladie.

Toutes ces convulsions localisées ou généralisées, surviennent par crises de courte durée pendant lesquelles on peut voir de la dilatation des pupilles ; puis l'enfant fatigué s'endort profondément ; à leur suite, on peut voir une monoplégie passagère.

Signes sensitifs. — C'est l'*hyperesthésie* qui rend pénible le moindre contact. Il y a un certain nombre de zones où la pression détermine plus spécialement de la douleur, en particulier autour du bassin, aux insertions musculaires. L'hyperesthésie est d'abord musculaire, puis elle est cutanée.

Réflexes. — Aucune règle fixe. Ils sont souvent exagérés quand les contractures existent.

Troubles vaso-moteurs. — La *raie méningée de Trousseau* se recherche de la manière suivante :

On passe le doigt légèrement sur les téguments (sur l'abdomen, le thorax, le front en particulier). Au bout de quelques secondes on voit apparaître, aux points touchés, une raie vaso-motrice rouge *très persistante*.

La raie vaso-motrice n'a qu'une valeur diagnostique très relative; elle se voit souvent dans de nombreux états pathologiques. Son absence est plus significative et tend à faire rejeter l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse.

Un autre trouble vaso-moteur, fréquemment observé, consiste en des changements de coloration du visage d'un instant à l'autre sans cause appréciable.

Troubles sensoriels. — La photophobie est un des premiers et des meilleurs signes de la méningite. On constate aussi de la douleur à la pression des globes oculaires, du strabisme intermittent, de l'inégalité pupillaire. A l'ophtalmoscope on ne constate habituellement qu'un peu de congestion des vaisseaux rétiniens.

c. *Signes généraux.* — La température reste ordinairement modérée (38°-38°5) ; il n'y a aucune loi à dégager de la lecture des courbes de température qui sont fort variables. Quelquefois on constate de l'apyrexie.

L'*amaigrissement* fait des progrès rapides ; de jour en jour on voit des différences. C'est là un des meilleurs signes de la méningite tuberculeuse, et c'est un signe assez précoce. Il est surtout visible au ventre qui se creuse en bateau, ce qui fait saillir les épines iliaques.

Quelques *troubles digestifs* : l'appétit est nul, l'enfant ne réclame ni à manger, ni à boire.

La langue est un peu saburrale.

Les urines sont abondantes, ne contiennent habituellement pas d'albumine.

La rate est souvent palpable.

III. **Période intermédiaire ou d'oscillation.** — A part les symptômes du trépied méningitique qui sont précoces (en général), tous les signes que nous venons d'énumérer sont groupés diversement selon les cas. Pendant cinq à huit jours l'état du malade s'est aggravé progressivement. Puis un *arrêt semble se produire.* On pourrait même croire à une amélioration car les vomissements ont disparu, la céphalée diminue; le malade ne s'en plaint plus, car la torpeur, qui pourrait être prise pour un calme de bon augure, augmente ; de même l'agitation, les cris, les mouvements convulsifs disparaissent. Souvent la température baisse.

En réalité, ces changements dans le tableau clinique tiennent simplement à ce que, d'une façon générale, les symptômes de dépression remplacent les symptômes d'excitation.

Un examen attentif montre que la maladie continue sa marche. Car c'est à cette période que s'accentuent ou qu'apparaissent les modifications du pouls, de la température, de la respiration.

Le *pouls* se ralentit souvent (une dissociation du pouls et de la température peut ainsi être réalisée). Il peut être *instable*, variant de fréquence à quelques minutes d'intervalle ; et surtout il est irrégulier; cette arythmie demande à être recherchée, car souvent elle n'apparaît pas au premier abord ; il est nécessaire de palper le pouls un *certain temps* et on percevra de temps à autre quelques pulsations en salves; on notera surtout qu'une pulsation manque de loin en loin.

La *respiration* est aussi troublée. Pour l'étudier il est nécessaire de découvrir lentement l'enfant pour éviter l'action du froid et les cris qui empêcheraient tout examen. On voit de temps en temps une *pause* respiratoire, puis la respiration reprend. De temps en temps quelques respirations en *soupir*.

On peut voir du Cheynes-Stokes, des crises de polypnée ou de ralentissement de la fréquence des mouvements respiratoires.

La *température* reste des plus variables. Souvent elle s'abaisse, ou bien reste à peu près normale, ou bien s'élève. Il faut se rappeler qu'il n'y a aucun parallélisme entre la marche de la température et la gravité des phénomènes toxiques.

QUE DEVIENNENT LES SYMPTÔMES NERVEUX? — La *torpeur* s'accroît. L'enfant est indifférent, se laisse examiner sans protester.

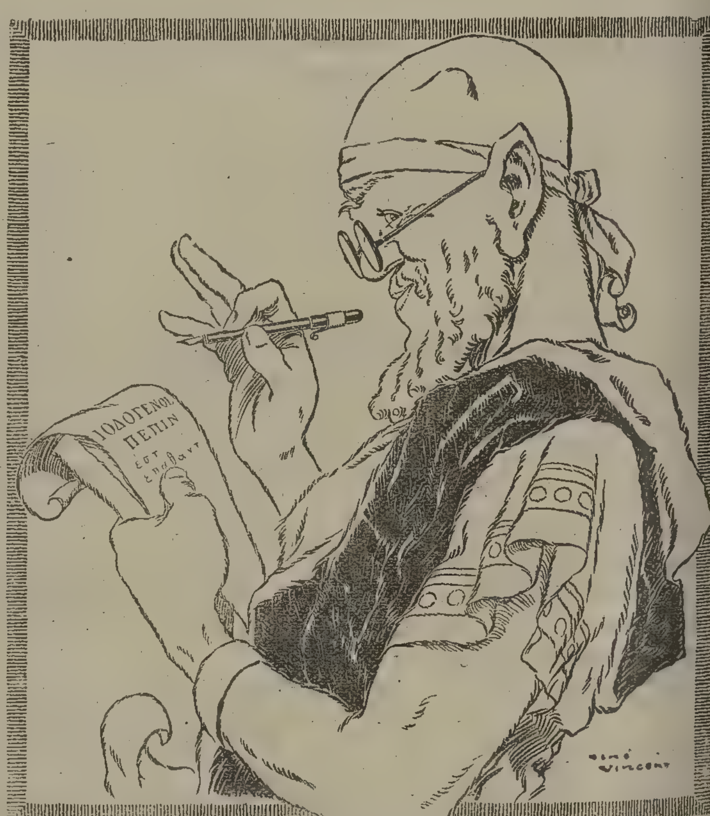
Parfois il y a une véritable amélioration des signes psychiques. L'enfant est plus présent, parle plus facilement, ce qui fait croire à un commencement de guérison.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 57, p. 954.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : ~~Gobelins 19-52~~

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Liste, dans l'ordre alphabétique, des candidats autorisés à se présenter au concours de l'internat en médecine (année 1924) :

MM. Abd-el-Nour, Ab-der-Halden, Abonneau, Mlle Abricossof, MM. Agnès, Alalinarde, Albot, Alibert, Anchel, Andler, André, Andrieu, Armand, Armingeat, Arnould, Arrivot, Artigues, Arviset, Asselin de Williencourt, Auclair, Audouin, Auger, Augier, Aupérin, Avril, Azalbert,

Mlle Bach, MM. Bachelier, Bachelin, Bagot, Baillis, Baize, Baldy, Barbé, Barbellion, Bardin, Mlle Bardy, MM. Baron (Paul), Baron (Pierre), Baron (François), Barragué, Barthes, Bas, Mlle Bastien, M. Baudrillart, Mlle Baudry, MM. Béal, Beaugeard, Beaux, Béclère, Benoist, Béraudy, Berdat, Bergouignan, Bernard, Bernheim, Berson, Mlle Bertazzi, MM. Bertrand, Berton, Mlle Besson, M. Bidoire, Mlle Bizou, MM. Blanc-Champagnac, Blanche, Blondeau, Bocquentin, Mlle Boegner, MM. Boiffin, Bompard (Etienne), Bompart (Henri), Bonnemaison, Boquel, Bordas, Boussée, Bouillié, Boulland, Bourdin, Bourgeois, Bouvet, Bouvier, Mlle Boyer, M. Boyer (Paul), Mlle Braun, M. Brennan, Breton, Breuillé, Briault, Brico, Brion, Brongniart, Mlle Brosse, MM. Bruchon, Brunet (René), Brunet (Simon), Bruder, Bucquoy, Mlle Bucsan. MM. Buisson, Buhler, Bureau (Jean), Bureau (Robert-Marie-Joseph), Bureau (Yves), Burnouf, Büsser, Busson,

Cadilhac, Caffort, Mlle Cahen, MM. Cahen (Robert), Calmels, Camail, Camps. Camus, Canonne, Canal, Mme Cao-Si-Tan, MM. Caplain, Caroli, Carvaillo, Carteaud, Casas dit Cazès, Casaubon, Castéran, Cattan, Chabaud, Chaignon, Champenois, Chaperon, Chartier, Chartol, Chassagnac, Chassigneux, Chatagnon, Chatellier Chavanon, Chazel, Chêne, Chenilleau, Chevereau, Cheynet, Chiffre, Chomereau-Damotte, Mlle Choquart, MM. Chureau, Cleroy, Cofino, Cohen (René), Cohen-Deloro, Colin, Constant, Mlle Corbillon, MM. Corman, Cossa, Costes, Couderc, Coudrain. Cournand, Courtois, Couturat (Jacques), Couturat (Louis), Crams, Mlle Cros,

MM. Dalsace, Damon, Dana, Danhier, Darfeuille, Darré, Mlle Dartin, MM. David (Marcel), David (Maurice), Davioud, Decourt, Degrais, Delage, Delagénière, Delafontaine, Delahaye, Delalande, Delaporte, Delarue, Delbreil, Deliancourt, Delthil, Delvaillo, Depouilly, Deransart, Deraux, Derot, Deruas, Mlle Desbrousses, MM. Descomps, Desgrez, Deslandres, Desoille, Desormeaux, Dessaint, Diatmantberger, Diriart, Djourovitch, Dreyfus, Drouhard, Drouineau, Dublineau, Dubos, Dufieux, Duhamel, Dulac, Duminil, Duncombe, Dupuy, Durand, Duruy, Duval,

Ehrenberg, Eliacheff, Evrain,

Falaize, Faraut, Farrand, Farret, Favre, Fayot, Fellous, Fénal, Ferey, Ferrer, Fesquet, Filliol, Flahaut, Flandrin, Fleury, Flipo, Folliasson, Mlle Fontaine, MM. Fort, Foubert, Fouquet, Fourniat, Frantz, Fréchin, Fredet, Frémiot, Frémont, Fribourg, Mlles Frey, Frontard, MM. Funck,

Gallais, Ganem, Gardette, Garnier (André), Garnier (Georges), Garnier (Pierre), Gasné, Gaulier, Mlles Gaucheron, Gauthier-Villars, MM. Gavois, Gay, Gence, Georges, Gerson, Gilbrin, Mlle Glotz, MM. Godel, Goguel, Goldberg, Gomet, Gorostidi, Gouvenot, Gouyen, Grancher, Grandperrin, Grasset, Grenaud, Grenierboley, Grevin, Grinda, Grippon, Grognot. Guedé, Guérin (Henri), Guérin (Maurice), Guérin (Paul), Guérin (Philippe), Mlles Guérin, Guéry, MM. Guiberteau, Guillot, Guillon, Guisoni, Guran,

Hambourg, Havret, Hébert (Jean), Mlles Hébert, Henry, MM. Hervaux, Hesse, Hiely, Mlle Hirsch, MM. Hirschberg, Hortopan, Houlnick (Armand), Houlnick (Georges), Mlle Houzeau, MM. Houzeau (Pierre), Hudelo, Huet, Huguenin, Hurez, Hussenstein,

Imbert, Idoux,

Jacquemaire, Jahiel, Jaïs, Jardet, Jean (Armand), Jean (Bernard), Jeanne, Jeantet, Joffroy, Joly, Jonesco, Josset, Jubé, Jullien,

Kanony, Kenzinger, Kyriaco,

Mlle Labatt de Lambert, MM. Laborde, Lacaisse, Lacan, Mlle Lacan, MM. Lacapère, Lacassie, Lacroix, Laënnec, Lafaille, Lafitte, Lafont, Lallemant, Lançon, Mlle Landowsky, MM. de Langenhagen, Langue, Langunier, Lapeyre, Laporte, Lataix, Launay, Laval, Lavialle, Layani, Le Baron, Leblecq, Mlles Leblond, Lebourdier, MM. Le Cacheux, Lechaux, Mlle Lechopier, M. Leclainche, Mlle Lecocq, MM. Lecœur,

Leconte (Henri), Mme Leconte, M. Leconte (Maurice), Mlle Lecoq, MM. Lefèvre (Pierre-Charles-Paul), Lefèvre (Pierre-Marie-Jules), Mlle Leffilliatre, MM. Le Guet, Lejeune, Lelièvre, Lemaire, Lemière, Lemoyne, Lenormant, Mlle Lequin, MM. Leroy, Levassor, Levaxelaire, Leviez, Lévy (André), Lévy (Jean), Lévy (Pierre), Mlle Lévy, MM. Lichtenberger, Lichtwitz, Liège, Lifschitz, Liquier, Loeb, Loewenbruck, Loireau, Lonjumeau, Lotte, Loubeyre, Louvel, Luzuy, Lyonnet,

Mlle Maas, MM. Mabille, Magloire, Mathieu, Maksud, Mlle Maldan, MM. Mâle, Marco, Marie, Marmasse, Martigny, Martin (Félix-Victor-Henri), Martin (Henri-Victor-Joseph), Martin (Jacques), Maurellet, Mauric, Maximin (Maurice), Maximin (René), Mayer, Mayrargue, Mazet, Medioni, Meeus, Mégret, Menguy, Menuau, Merger, Merklen, Méry, Meurisse, Mével, Michaud (Paul), Michaux (Léon), Michel-Béchet, Migault, Mimin, Minet, Minot, Mirallié, Mirault, Moatti, Mollaret, Monnerot-Dumaine, Monnier, Moraux, Moret (François), Moret (Marcellin). Mlle Morin, MM. Mornet, Moruzi, Mougeot, Mugnier,

Nadal, Nataf, Nativelle, Nedelec, Néron, Mlle Nicolle, MM. Odinet, Ombredanne, Mlle Oumansky,

Mlle Palisse, MM. Panis, Pannier, Parmentier (Marcel), Mlle Parmentier, MM. Paris (Pierre), Paris (Raymond), Parlier, Pascal, Patel, Mlle Pau, MM. Pauchet, Paumelle, Mlle Paillon, MM. Pellé, Périgord, Périn, Perlès, Perono, Perret, Perrin, Petit (Pierre), Petit (Marcel), Pétrignani, Peynet, Peytavin, Phelipeau, Pichard, Picot, Pinoche, Pissavy, Mlle Pithon, MM. Plessier, Poisson, Poret, Poulin, Poumailloux, Poumeau-Delille, Prat-Flottes, Priollet, Puech,

Queinnec, Quennée, Quenza, Quereilhac, Querneau, Quilliot,

Racine, Ragu, Mlle Rappoport, MM. Ravier, Redaud, Regnault, Mlle Rekis. MM. Renard, Retal, Richier, Rigal. Ripert, Rivierez, Rivoire, Robert (Henri), Robert (Paul), Rochard, Rochette, Rollet, Romeyer. Mlle Ronget, M. Roseau, Mlle Rosembaum, MM. Rosier, Rossert, Rouchaud, Mlle Roudinesco, MM. Rouquès, Rousseau, Roux, Roy, Rudolf,

Saingery, Mlle Saint-Laurens, MM. Saint-Pierre, Salathé. Salavert, Sallard, Sallé, Salmon, Salvan, Samitoa, Sassier, Mlles Sayag, Sazerac de Forge, Scherrer, Schoeller, Schoengrün, MM. Sebileau, Segond, Segrestan, Seidmann, Senoze, Servel, Sèze (de), Sicard, Sigwald, Sourdille, Souvestre, Stehclin, Stérin, Mlle Stoeber, MM. Stuhl, Suau, Suzor,

Tacquet, Tailhefer, Tambareau, Tariel, Tarterat, Teurnier, Theillier, Thevenard, Thiébaut, Thiéry, Thiolat, Thirion, Thiroloix, Thoyer, Tiby. Tilman, Tissier (Paul), Tixier (Maurice), Topart, Tortat, Touchard, Tournilhac, Triau, Troncin, Turmann, Turpault,

Vachey, Vadon, Vanbockstael, Vanier (Jean), Vannier (Edouard), Vasseur (Antoine), Mlle Vasseur, MM. Vassitch Vayron de la Moureyre, Vendel, Verger, Vergez-Honta, Vermorel, Vernholes, Vernotte, Verny, Vibert, Vidal-Naquet, Vieillard-Baron, Viet-Villeneuve, Vincent, Mme Violet, M. Violet (Jacques), Mlle Vogt, MM. Vonder-Horst, Vuillième.

Wahl, Wauthier, Weill (Jean), Weill (Léon-Robert), Widlöcher, Willemin (Jean), Willemin (Louis), Wolff (André), Mlle Wolff, MM. Worms,

Zadoc-Kahn, Mlle Zimmer.

LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME. — Une conférence internationale contre le paludisme à laquelle, outre la Commission paludéenne de la Société des nations, onze nations européennes étaient représentées, s'est tenue le 14 juillet à Moscou.

A l'issue de cette conférence, une Commission est partie pour l'Ukraine, la Volga, le Caucase et le Donetz, où elle étudiera sur place les meilleurs moyens pour lutter contre la propagation du paludisme.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Godineau (de Saint-Aigulin).

LIVRES NOUVEAUX

Examen fonctionnel d'un poumon (1), par les docteurs Ch. ACHARD et Léon BINET.

Aucun ouvrage d'ensemble n'a été, jusqu'ici, consacré à l'examen fonctionnel du poumon. Et, cependant, nombre de travaux intéressants ont approfondi, tout récemment, l'étude des phénomènes chimiques de la respiration, et montré tout leur intérêt pour le clinicien.

Se conformant à la description classique qui distingue dans la fonction respiratoire, des actes mécaniques et des actes chimiques, MM. Achard et Binet exposent, dans une première partie, la circulation de l'air dans les poumons et les conditions physiologiques dont elle dépend. Une seconde est réservée aux recherches concernant les actes chimiques de la respiration, dans lesquels le poumon n'intervient que comme une membrane parmi elle, propice aux échanges, mais dans lesquelles le clinicien, par des expériences portant directement sur le contenu gazeux du poumon, peut puiser des notions précieuses sur la respiration des tissus et sur la nutrition de l'organisme.

Dans ce livre, les docteurs ont eu constamment en vue le souci de mettre à la disposition des médecins des techniques irréprochables. Mais ils n'ont toutefois pas subordonné à la technique les questions de méthode. C'est pourquoi la lecture en est si fructueuse. Ne traite-t-il pas de questions essentielles pour nous : capacité vitale, pneumométrie, détermination du coefficient et du quotient respiratoires, métabolisme basal, combustion du glycose chez l'homme à l'état normal et pathologique? L. BABONNEIX.

Phytothérapie. Médicaments végétaux (2), par A. PIC et S. BONNAMOUR (de Lyon).

Ce nouveau volume de la Bibliothèque de thérapeutique sera accueilli avec plaisir par les étudiants, soucieux de se perfectionner dans l'étude des médicaments végétaux et leurs multiples emplois, et par les médecins, qui auront en lui un répertoire facile à manier, leur donnant, en de brefs et substantiels chapitres, toutes les notions nécessaires pour prescrire utilement ces médications sous les diverses formes que l'on peut employer.

La classification botanique, adoptée par les auteurs (la classification linnéenne), leur est apparue comme la seule logique, étant données les difficultés d'une classification clinique ou physiologique ; elle permet de constater que certaines familles végétales ont, dans leur effets, des propriétés très comparables entre elles; elle met en relief l'infinie variété des remèdes végétaux qui, grâce à la table alphabétique très complète qui termine l'ouvrage, n'est nullement un obstacle à l'emploi facile de ce volume par le praticien.

Chaque plante est étudiée proportionnellement à son importance, et si les chapitres sur la digitale, la belladone, l'opium, le quinquina, etc., ont reçu tous les développements nécessaires, on trouve, sur la plupart des plantes conseillées en thérapeutique, notamment sur les simples jadis recommandés, des notions très suffisantes.

On sait assez la haute valeur des auteurs de ce volume, leur compétence toute spéciale en thérapeutique, la précision de leur esprit, leur souci d'être tout à la fois physiologistes et cliniciens, pour qu'il soit inutile d'insister sur l'intérêt du volume qu'ils offrent aujourd'hui au public médical.

L. G.

(1) In-4, 155 p. — Paris 1922, Masson et Cie.
(2) Un fort vol. in-8°, Paris, 1924, J.-B. Baillière.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS DU CERVEAU

Par MM. AZERAD et MEIGNANT,
Internes des hôpitaux de Paris.

De nombreux travaux ont été publiés dans ces vingt dernières années concernant les suppurations circonscrites de la substance cérébrale, et notamment nous voulons signaler la thèse si documentée de Moulonguet, le travail de Lemaitre sur les abcès du cervelet, et enfin la monographie si complète, mais malheureusement un peu difficile à suivre, publiée en français par le chirurgien américain Wells Eagleton.

Cette question on le voit a donc surtout été étudiée par les auristes, car dans la majorité des cas elle relève, quant à la thérapeutique, de leur spécialité. Mais on ne saurait nier que le diagnostic de cette affection pose des problèmes qui le plus souvent sont d'abord soumis au médecin, neurologiste ou autre, qui doit apporter au spécialiste un avis autorisé. Nous nous intéresserons donc presque uniquement à la symptomatologie, laissant de côté les questions d'ordre chirurgical soulevées par le traitement, et insistant au contraire sur quelques chapitres accessoires, mais d'une grosse importance tel que celui de l'étiologie.

Étiologie. — Exceptionnellement l'abcès du cerveau est primitif, et encore doit-on admettre que dans nombre de ces cas l'affection causale a pu passer inaperçue. Bien plus souvent il est secondaire, et du point de vue clinique qui nous occupe surtout, on peut en distinguer deux grandes catégories : les abcès d'origine septicémique, et les abcès d'origine locale.

1. Les **abcès d'origine septicémique**, généralement petits, multiples, à localisation variable et inaccessibles à nos moyens thérapeutiques, peuvent survenir au cours de toutes les maladies infectieuses générales (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, érysipèle, endocardite maligne, etc.) ou provenir d'une suppuration à distance, telle qu'un phlegmon des membres, un anthrax, une ostéomyélite, un phlegmon périnéphrétique ou un abcès du foie. Mais c'est avec une particulière fréquence qu'on les observe dans les affections bronchopulmonaires, pneumonie, bronchopneumonie, gangrène du poumon, et surtout bronchites fétides et dilatation des bronches, et 16 p. 100 des cas publiés relèveraient de cette origine (Statistiques de Pitt et de Moulonguet).

2. A ces abcès s'opposent les **abcès d'origine locale**, généralement uniques, à localisation fixe, subordonnée au facteur causal, et surtout accessibles à la thérapeutique chirurgicale qui en améliore infiniment le pronostic.

Parmi ceux-ci, de beaucoup les plus fréquents sont les abcès otogènes. Ils constituent en effet plus des deux tiers des cas des suppurations encéphaliques, bien qu'ils restent une complication rare des otites, puisque Chauvel sur plus de mille otites ne rencontre que deux abcès. Mais tous les auteurs (Körner, Bourgeois, Wells Eagleton) s'accordent pour déclarer qu'ils s'observent presque uniquement dans les otorrhées chroniques, soit que la plus longue évolution de celles-ci multiplie les chances d'infection encéphalique (Körner), soit plutôt que la virulence exaltée des germes dans l'otite aiguë s'accommode mal d'une méningite localisée, condition essentielle pour réaliser l'abcès du cerveau (Moulonguet). Si dans les cas extrêmes, celui-ci serait apparu plus de trente ans (Bezold) ou même de quarante ans (Kauffmann) après le début de l'otorrhée, dans la règle c'est entre la première et la dixième année que survient cette complication redoutable. Souvent d'ailleurs elle est favorisée par certains facteurs, soit d'ordre général (diabète, tuberculose, dont l'importance cependant semble bien secondaire) soit d'ordre local : trauma, fracture, ou intervention chirurgicale et l'on cite volontiers de nombreuses observations d'abcès ayant commencé d'évoluer quelques jours ou semaines après un évidement. Mais peut-être en réalité le traumatisme n'a-t-il fait que réveiller une suppuration latente et donner à son évolution un véritable coup de fouet.

Tout à fait comparables aux précédents sont les **abcès rhinogènes**, consécutifs à une infection d'origine nasale ayant envahi les sinus et en particulier le sinus frontal. Toutefois ces cas sont relativement rares : Eagleton n'en relève que 150 pour 900 d'origine otique, et ceci s'explique par la multitude des barrages qui s'opposent à l'infection dans sa marche extensive, épithélium cilié et glandes muqueuses du nez et des sinus accessoires, dure-mère, structure compacte des os du plafond de l'orbite peu faite pour entretenir la suppuration.

Enfin restent les **abcès traumatiques**, qui occupent une place assez importante dans les statistiques, qu'il s'agisse de fracture du crâne au niveau de la voûte ou de la base, ou de traumatismes de guerre : Villaude sur 650 traumatismes craniens pendant les hostilités a relevé 14 abcès du cerveau (Lefort). Tantôt survenant précocement, surtout dans les traumatismes ouverts, et évoluant alors d'une manière aiguë, ils apparaissent plus souvent tardivement, favorisés par la persistance d'un corps étranger (esquilles, débris vestimentaires, projectile) dont la septicité atténuée peut s'accroître à l'occasion d'une affection intercurrente ou même dans des conditions mal connues.

La **pathogénie** des abcès septicémiques ou métastatiques ne peut nous arrêter bien longuement car il est de toute évidence que dans ces cas l'infection est amenée au cerveau *par voie sanguine* (septicémie ou embolie).

Les abcès otogènes peuvent, d'après Mouret, se propager par deux voies : tympano-mastoïdienne, et pétreuse.

1. Voie tympano-mastoïdienne : l'infection peut suivre les voies anatomiques préformées (veinules qui par le toit de la caisse gagnent les veines durales, les sinus pétreux supérieur et inférieur, latéral, et caverneux; nerfs grand et petit pétreux profonds; artère carotico-tympanique, etc.), soit faire irruption à travers les déhiscences anormales du tegmen tympani, en particulier la fente pétrosquameuse. Mais le mode de beaucoup le plus fréquent est l'OSTÉITE qui, favorisée par la rétention purulente, par le cholestéatome (50 p. 100 des cas), atteint surtout le toit de la caisse grâce à sa structure en logettes plus ou moins fermées dont le pus se draine mal.

2. Voie pétreuse : elle peut être extralabyrinthique (propagation par le canal pétromastoïdien de Mouret, par les cellules labyrinthiques, ou par le canal de Fallope et du nerf pétreux superficiel), soit intralabyrinthique (propagation par les canaux semicirculaires. Neumann, Dunn, Mouret).

Dans la cavité cranienne l'infection gagne le parenchyme cérébral soit :

a. Par contiguïté : pachyméningite localisée au contact de l'os malade. Encéphalite et abcédation.

b. Par voie veineuse (Körner, Baldenweck, Mouret) ou « thrombophlébite rétrograde » de Eagleton : dans une veinule de la caisse le thrombus se développe dans le sens du courant, gagne le sinus, rencontre une veine afférente et remonte par elle jusqu'à la substance cérébrale où il provoque l'abcès.

c. Par voie artérielle (Mac Ewen) : péri- puis endartérite piemérienne suivie de thrombose et de ramollissement cérébral avec abcédation.

d. Par voie lymphatique (Körner, Bourgeois : mode le plus fréquent) ou « périvasculite » de Eagleton puisqu'on entend par voies lymphatiques, non pas le système lymphatique inexistant dans le cerveau, mais les gaines périvasculaires qui accompagnent les vaisseaux à l'intérieur du parenchyme et contiennent du liquide céphalo-rachidien.

En réalité ces divers processus ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent se combiner diversement.

Les mêmes causes peuvent être invoquées dans les abcès rhinogènes ; thrombophlébite rétrograde (des veines des sinus aux veines du cortex ou au sinus longitudinal supérieur), ostéite du frontal (suivie d'abcès extradural et cérébral), périvasculite, déhiscence des cellules osseuses, etc., et les mêmes observations peuvent leur être appliquées.

Anatomie pathologique. — I. Abcès otogènes. — En étudiant tout d'abord cette variété la plus commune d'abcès, nous pourrons être beaucoup plus brefs sur les autres.

A l'ouverture du crâne on est généralement frappé par l'augmentation de volume de l'hémisphère lésé, qui souvent déborde même sur la ligne médiane et provoque ainsi des troubles de compression du côté opposé (Preysing, Eagleton).

Les méninges sont presque toujours lésées : placards de méningite exsudative ou méningite suppurée. Le liquide céphalo-rachidien, dont la quantité est plus grande que normalement, est tantôt clair, tantôt opalescent ou franchement purulent.

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer un abcès extradural, ou une thrombose des sinus, toutes complications assez communes de l'abcès du cerveau.

Celui-ci apparaît sur la coupe, généralement unique ou résultant de la fusion de deux ou trois petites poches très voisines. Plus rarement on trouve deux abcès nettement séparés et également volumineux siégeant dans le même lobe, ou dans deux lobes distincts (Körner : 15 p. 100).

La loi de Toynbee : lésions de la caisse : abcès du cerveau ; lésions des cellules mastoïdiennes : abcès du cervelet, lésions du labyrinthe : abcès de la protubérance, ne correspond nullement à la réalité. Bien plus exacte est par contre la *loi de Körner* ainsi formulée : « les affections otitiques du cerveau, des sinus, des méninges, commencent en général à l'endroit où la suppuration causale du temporal a fait irruption dans la cavité cranienne ». Et en effet dans la règle l'abcès otique siège soit dans le lobe temporo-sphénoïdal (80 p. 100 des cas) soit dans le cervelet (15 p. 100) du côté de l'otite. Cette notion d'une importance capitale peut cependant, contrairement aux affirmations de Körner, se trouver en défaut et dans quelques observations l'abcès siégeait soit dans le lobe frontal (Moulonguet : 4 cas sur 127) soit dans le lobe occipital (Watson), dans le thalamus (Habermann), soit même du côté opposé à l'otite (Eagleton, Lombard, Bloch et Moulonguet) relevant d'une embolie partie de la mastoïde ou du rocher infectés.

Le *volume* en est extrêmement variable : tantôt gros comme une noix et contenant quelques grammes de pus, tantôt gros comme un œuf (cas extrêmes) et contenant jusqu'à 100 et 120 grammes de liquide.

Le pus est d'aspect différent suivant les cas : tantôt bien lié, épais, tantôt visqueux et filant, tantôt séreux et grumeleux, il prend une teinte jaune verdâtre ou parfois brun chocolat. Le plus souvent inodore, il peut lorsqu'il est dû à des anaérobies être d'une odeur fétide, et s'accompagner de production de gaz.

Tous les germes peuvent s'y rencontrer : streptocoque, pneumocoque, staphylo, colibacille, proteus, anaérobies, etc., certains auteurs insistant sur la fréquence des associations microbiennes, surtout dans les abcès chroniques (Michaelsen-Hanslauer). Signalons encore le bacille de Koch (Demonchy) et l'amibe dysentérique (Couteaud), enfin divers champignons.

Structure de l'abcès : on peut schématiquement distinguer trois types d'abcès :

1. Abcès diffluent : cavité de forme irrégulière. A parois mal délimitées formées par la substance cérébrale même, déchiquetée et infiltrée. Tout autour : lésions d'encéphalite, d'œdème et de congestion. Histologiquement, ce sont des lésions diffuses : infiltration leucocytaire, dissociation des fibres nerveuses par l'œdème.

2. Abcès limité : cavité régulière, arrondie, limitée par une couche jaune-brunâtre ferme, qui représente une zone d'encéphalite. Histologiquement cette paroi comprend une zone interne nécrotique, une zone moyenne infiltrée de nombreux polynucléaires, de cellules nerveuses altérées, de vaisseaux thrombosés, et une zone externe caractérisée par la présence de manchons périvasculaires.

3. Abcès encapsulé : cavité régulière, tapissée par une sorte de membrane rouge ou rosée, lisse ou bourgeonnante, pouvant être décollée de la substance cérébrale, épaisse de un à plusieurs millimètres (d'autant plus qu'elle est plus ancienne, au point que certains auteurs en ont voulu déduire l'âge de l'abcès). Histologiquement elle comprend trois couches : interne nécrotique ; moyenne formée de tissu conjonctif organisé en un fin réseau, ou en larges faisceaux entre lesquels sont compris des cellules conjonctives, des polynucléaires et des macrophages, et des cellules névrogliques déformées, tuméfiées ; externe avec les manchons périvasculaires. Cette capsule manque plus souvent qu'on ne croit (Moulonguet) dans des abcès même cliniquement anciens, et peut se voir par contre dans des abcès à évolution rapide (Bezold-Westphall). Elle est l'indice d'un processus de défense de l'organisme, mais cette barrière peut quand même être franchie par l'infection.

L'*évolution anatomique* de l'abcès abandonné à

lui-même se fait exceptionnellement vers l'enkystement et la résorption du pus, ou la calcification du contenu et des parois. Parfois le pus tend à se faire jour au dehors, soit à travers l'écaille du temporal, « réalisant au rebours les étapes de propagation du pus de l'oreille au cerveau » (Moulonguet) ou bien à travers le toit de l'antre dans l'oreille moyenne. Le plus souvent l'abcès envahit progressivement la profondeur pour s'ouvrir soit dans les méninges de la base ou de la convexité, soit plus fréquemment encore dans le ventricule latéral ou son prolongement sphénoïdal.

Telles sont les particularités de l'abcès otogène, et autant pourrait être dit de l'abcès rhinogène en tous points semblable, s'il n'en différait par son siège ordinaire qui est dans le lobe frontal.

II. Les **abcès traumatiques** peuvent être divisés en deux groupes : les abcès superficiels qui restent en connexion avec la paroi cranienne et qui sont de traitement facile, et les abcès profonds qui ont perdu ces connexions et sont d'un diagnostic et d'un traitement beaucoup plus délicats. Leur siège varie essentiellement suivant la localisation de la plaie initiale, mais ils occupent en général les lobes pariétal ou frontal (Eagleton-Lefort).

Dans les plaies de guerre le trajet du projectile peut être cicatrisé et envahi par du tissu fibreux, ou bien fistulisé avec fermeture secondaire de la dure-mère d'où rétention purulente. On retrouve parfois le corps étranger, dont la septicité bien qu'atténuée persiste longtemps puisque des ensemencements faits par Villandre longtemps après la blessure ont *donné des résultats positifs*.

III. Les **abcès septicémiques** s'opposent aux précédents en ce qu'ils sont généralement petits, multiples, et disséminés : leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette, et leur localisation n'a rien de fixe, bien que ce soit surtout dans le lobe frontal gauche qu'on les observe (Couteaud).

Avant de terminer ce chapitre nous voulons signaler la classification intéressante et « chirurgicale » que donne Wells Eagleton des abcès du cerveau; il distingue :

1. L'abcès intracérébral sans manifestations macroscopiques d'envahissement cortical : abcès profond d'origine métastatique ou thrombophébitique, dont la découverte peut être difficile.

2. L'abcès intracérébral avec pédoncule cortical : abcès profond relié à la superficie par un trajet fistulisé. Forme de bon pronostic, résultat opératoire à rechercher.

3. Abcès intrapiearachnoïdien, par contiguïté, secondaire à une ostéite, un abcès extradural, un traumatisme, et sur lequel on est conduit en suivant les lésions.

Symptomatologie. — La description clinique des abcès du cerveau est chose bien délicate, étant donné l'extrême variabilité des aspects sous lesquels ils peuvent se présenter. Il faut donc se contenter tout d'abord d'une description schématique, simple énumération de symptômes un par un, que pour plus de commodité l'on fait rentrer dans des cadres forcément trop rigides (hypertension intracranienne, suppuration, localisation), quitte à faire ensuite quelques tableaux succincts et différents pour tâcher de donner une idée plus exacte de la réalité.

Toutefois avant de commencer cette étude, nous voulons déjà attirer l'attention sur une notion fondamentale, la notion d'étiologie, dont le rôle dans l'établissement du diagnostic est essentiellement prépondérant : sans elle, en effet bien des abcès du cerveau risquent de ne pas être diagnostiqués ni même soupçonnés, et nous verrons par contre comment, à partir d'elle on peut et doit conduire son diagnostic.

I. **Symptômes d'hypertension intracranienne**. — Ce sont les plus précoces et les plus constants des symptômes de l'abcès cérébral. D'autant plus marqués que l'évolution est plus aiguë, réalisant un véritable « œdème aigu du cerveau » comme il existe un œdème aigu du poumon (Eagleton), ils n'acquièrent jamais cependant l'intensité extrême qu'ils atteignent dans les tumeurs cérébrales, peut-être à cause même de leur action destructrice; aussi a-t-on pu considérer qu'ils ne sont pas absolument indispensables au diagnostic.

a. Cependant la *céphalée* est signalée dans les observations d'une manière presque constante. Dans la règle elle est spontanée : c'est une douleur continue et gravative, sensation profonde et sourde que le malade compare à un poids, un étau ou une barre de plomb, et qui lui arrache quelques sourds gémissements surtout la nuit. Localisée généralement du côté de l'abcès et à la région temporale ou occipitale elle peut s'étendre à tout l'hémicrâne, ou même être généralisée mais reste prédominante du côté atteint.

Toutefois on ne peut fonder sur elle un diagnostic de localisation car il ne manque pas de cas vérifiés à l'intervention où le maximum de la douleur siégeait nettement à distance ou même du côté opposé à la collection. Intermittente au début, puis rapidement permanente, elle présente des paroxysmes, mais exceptionnellement devient intolérable au point d'arracher des cris. Fait important, elle est exagérée par tous les facteurs d'hypertension intracranienne, tels que l'effort, la toux, la position déclive de la tête.

Dans les cas exceptionnels où elle manque on peut quelquefois la réveiller par la pression localisée, et lorsqu'on trouve une zone nette d'hyperesthésie, fixe et constante à plusieurs examens, révélée même par la pression à distance ou, dans certains cas, par la pression des globes oculaires, cela peut avoir une certaine valeur de localisation (Barker, Horsley, Mac Ewen) à condition de faire les réserves que comporte ce signe « infidèle » (Rose) s'il est isolé.

b. Plus rares sont les *vomissements*, qui sont alors du type cérébral, c'est-à-dire faciles, en fusées et sans nausées préalables.

c. Les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les étourdissements n'ont pas grande valeur.

d. Par contre le *ralentissement du pouls* est un excellent signe d'hypertension surtout lorsqu'il atteint les chiffres de 50 ou 40, cas moyens. Dans des cas extrêmes Toynbee a noté 10 pulsations par minute, Huguenin et Mac Ewen ont trouvé 30 et 38. Il n'est pas rare que ces chiffres varient d'un moment à l'autre, passant par exemple, sans raison apparente, de 50 à 70 ou de 40 à 75; et en général le ralentissement est plus marqué dans le decubitus. Il faut aussi tenir compte dans l'appréciation de ce signe du degré de la température et accorder une certaine importance dans ce sens à une dissociation entre ces deux symptômes (T : 39. P : 90, p. ex.). Dans quelques cas on peut assister à son apparition

progressive et l'on peut voir alors la courbe du pouls croiser, dans sa chute progressive, la courbe thermique au contraire progressivement ascendante.

e. Le *ralentissement de la respiration* est souvent parallèle à celui du pouls, le rythme restant lent et régulier mais tous deux peuvent manquer assez souvent (Jansen). Au contraire, si le nombre des mouvements respiratoires vient à s'élever il faut suspecter une complication associée et particulièrement une méningite, ce qui se voit surtout à la période terminale.

f. Les *troubles psychiques* qui sont communément observés, sont d'un genre particulier. Ce qui domine surtout c'est la lenteur de l'idéation : simple inertie intellectuelle au début, marquée surtout à la tombée du jour, le malade est incapable de soutenir toute conversation un peu longue et tombe rapidement dans une sorte de torpeur, de somnolence dont on ne peut le tirer qu'à force de persévérance; l'attention et la mémoire vont en diminuant. Les sentiments affectifs sont émoussés, puis ces troubles s'accentuent, et aboutissent bientôt à une sorte d'abrutissement complet, à l'indifférence totale du malade, qui ne prend plus garde à ce qui se passe autour de lui, et ne répond plus à aucune question. Mais cependant la conscience est toujours intacte et seule la faculté d'idéation est déficitaire. Le caractère se modifie, devient triste, inquiet, ombrageux, parfois s'installe un véritable état mélancolique qui peut conduire au suicide. Dans quelques cas la dépression fait place à l'excitation, mais il est exceptionnel que cette agitation soit permanente se traduisant soit par un « bavardage continu » (Okada), soit par du délire, tantôt doux et tranquille, tantôt violent et furieux, ayant nécessité alors l'internement (Régis).

g. Les convulsions généralisées n'ont rien de caractéristique d'autant plus qu'on les observe surtout chez l'enfant. Mais, comme le fait remarquer Eagleton, l'apparition de ce symptôme chez un malade porteur d'une vieille suppuration de l'oreille ou d'une sinusite, est un indice presque certain de l'envahissement cérébral, bien qu'il puisse s'agir d'une méningite, ou d'une effraction dans la IVe ventricule (d'où son apparition tardive).

h. Le *nystagmus*, d'après Moulonguet, s'observe assez fréquemment (4 cas sur 10 observations) et ne peut par conséquent servir à différencier l'abcès du cerveau d'avec celui du cervelet. C'est en général un nystagmus horizontal, dirigé vers le côté malade.

i. La *paralysie de la VIe paire* (moteur oculaire externe), contrairement à ce que l'on pourrait penser, ne peut être considérée comme un signe de localisation; il semble en effet que « ce nerf jouisse d'une sensibilité exquise vis-à-vis de toute hypertension cranienne » (Moulonguet, Baldenweck) sans doute à cause de son passage au niveau de la pointe du rocher. Rappelons que, jointe à une otite suppurée et aux douleurs temporo-faciales, cette paralysie constitue le syndrome de Gradenigo.

Plus rares sont les paralysies de la IIIe paire, de la VIIe ou de la VIIIe.

En présence de ces symptômes, et lorsqu'on soupçonne leur cause véritable, c'est-à-dire l'hypertension intracranienne, deux examens complémentaires s'imposent : d'une part l'étude du liquide céphalo-rachidien, d'autre part celle du fond de l'œil.

Nous ne dirons que quelques mots maintenant des renseignements fournis par la ponction lombaire, qui doivent nous être utiles surtout pour le diagnostic. Seule nous intéresse ici l'hypertension du liquide, que l'on peut apprécier à vue d'œil ou mesurer exactement avec le manomètre de Claude.

Quant aux *troubles papillaires* révélés par l'ophtalmoscopie, ils sont d'une importance considérable. Ce sont :

a. Tantôt de *simples troubles vasculaires :* congestion de la papille avec dilatation veineuse. Mais ce n'est là ordinairement que le stade initial, précédant les modifications suivantes.

b. Tantôt de la *stase papillaire* caractérisée par la dilatation des veines contrastant avec le rétrécissement des artères, la saillie de la papille dont les bords sont flous, et les petites hémorragies, en flammèches qui siègent sur la papille et autour d'elle. Ces lésions sont généralement bilatérales et égales, et n'entraînent pas de troubles fonctionnels, ou du moins ceux-ci n'apparaissent qu'à une période tardive.

c. Tantôt une *névrite optique :* les veines sont dilatées et flexueuses, les artères sont normales ou rétrécies légèrement; la papille est saillante, de couleur gris rougeâtre et ses bords se continuent sans démarcation nette avec le reste de la rétine. Enfin dans la zone péripapillaire on voit des stries radiées, gris jaunâtre, qui semblent augmenter le diamètre apparent de la papille.

Comme on voit, stase papillaire et névrite optique peuvent être facilement confondues même par un spécialiste averti. Toutefois cette dernière étant d'origine infectieuse, alors que la première est simplement d'ordre mécanique, la distinction peut s'appuyer sur certains éléments suivants : unilatéralité des lésions, ou inégalité lorsqu'elles sont bilatérales, avec prédominance du côté malade; apparition précoce des troubles fonctionnels ; diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement de la vision périphérique, et plus rarement scotome central, amaurose; enfin régression moins rapide des lésions après incision et évacuation de l'abcès.

La constatation des troubles papillaires a une valeur capitale : elle constitue un excellent signe d'alarme. Pour ne citer qu'un exemple, on peut dire avec Morax que « pratiquement chez un otorrhéique, elle est l'indice presque certain d'une complication endocranienne ». Cependant si c'est un signe qui manque rarement, il peut faire défaut (Hansen) ce qui en réduit la valeur diagnostique.

II. Les signes qui d'ordinaire traduisent l'existence d'une suppuration n'occupent pas toujours une place de premier plan dans l'abcès du cerveau.

a. La *température* en effet est essentiellement variable. Classiquement, d'après Berger et Brocca, elle est élevée, oscillant entre 39 et 40 degrés, et s'accompagnant parfois de grands frissons. Bien plus fréquemment, elle est normale et de nombreux auteurs (Leubert, Hoffmann, Michaelsen) font de la fièvre l'indice d'une complication (abcès extradural, thrombophlébite, et surtout *méningite*). Enfin dans quelques cas on note l'hypothermie (Gangolphe, Black). Barker estime que l'hyperthermie serait la règle dans les abcès aigus ou au début de l'évolution et ferait place bientôt à l'hypothermie, surtout dans les abcès chroniques, encapsulés ou encore dans les abcès à anaérobies. Cette température « subnormale » (Eagleton) relève-t-elle d'une action des toxines microbiennes ou de compression mécanique

par l'œdème sur les centres régulateurs thermiques comme le veut la théorie classique), ou bien est-elle due à l'absence de canaux lymphatiques dans le cerveau « qui dans les tissus du corps prennent une grande part dans la lutte et l'arrêt de l'infection »? Cette absence entraînerait en même temps le défaut de communication avec la circulation générale d'où la rétention des substances qui peuvent alors agir sur le cerveau comme le veulent les classiques? (Eagleton). Mais ce ne sont là qu'hypothèses non confirmées.

Signalons encore l'élévation de température locale notée par quelques observateurs, et à laquelle on ne peut attacher quelque valeur.

b. L'AMAIGRISSEMENT est un symptôme au plus haut point « suggestif d'un abcès du cerveau » (Eagleton), et qui mérite d'être « inscrit en lettres majuscules » (Lermoyez). Extrêmement intense et marqué, surtout dans les abcès cérébelleux. C'est une véritable fonte musculaire, accompagnée rapidement de fatigue, d'asthénie extrême et d'épuisement. C'est également le facteur qui inquiète le plus le malade et l'amènera à consulter.

c. Les troubles gastro-intestinaux sont beaucoup plus banaux, bien que dans certains cas ils puissent atteindre une intensité telle que, dominant le tableau clinique ils aient pu faire errer complètement le diagnostic.

L'anorexie est presque la règle et s'accompagne de constipation et de fétidité de l'haleine. La langue est blanche et saburrale ou rouge, sèche et rôtie. Les nausées sont parfois suivies de vomissements, qui diffèrent alors du type déjà décrit des vomissements cérébraux. La diarrhée est rare.

d. Schmiegelow signale encore l'herpès comme assez fréquent.

e. Enfin, on ne manquera pas de s'assurer des modifications de la formule sanguine, qui peuvent avoir un certain intérêt : pour Sebileau et Pautrier une leucocytose légère à forme de polynucléose peut s'observer dans les cas d'abcès non enkystés.

III. **Symptômes de localisation.** — Utiles au diagnostic de la lésion et de son siège, ils peuvent cependant manquer assez souvent quand l'abcès siège dans une de ces zones dites « silencieuses » du cerveau, telles que la région frontale ou la région temporo-sphénoïdale, où une lésion circonscrite de l'écorce ou du parenchyme ne donne lieu à aucun signe particulier. Or, nous savons combien ces dernières localisations sont fréquentes. En outre, on ne peut leur attacher une trop grande importance, tout au moins à certains d'entre eux qui ont été appelés « faux signes de localisation » à cause même des erreurs auxquelles ils peuvent donner lieu. Ces réserves étant faites, nous allons envisager successivement, et par ordre de fréquence, les abcès du lobe temporo-sphénoïdal, du cervelet, des lobes frontal et occipital.

A. ABCÈS TEMPORO-SPHÉNOÏDAL. — La région temporo-sphénoïdale, siège par excellence de l'abcès otogène, est précisément une zone silencieuse, tout au moins dans l'hémisphère droit. Deux symptômes de grosse importance peuvent cependant être notés dans ces cas : ce sont l'aphasie, et l'hémianopsie.

a. L'*aphasie* ne s'observe, bien entendu, que lorsque la suppuration siège à gauche (ou à droite chez les gauchers). Parfois transitoire, surtout au début (Eagleton), apparaissant et disparaissant brusquement, elle peut manquer au moment de l'examen et, n'était la description nette et précise qu'en fait l'entourage, risquerait de passer inaperçue. Plus souvent, elle est permanente, d'emblée ou secondairement. Quelle variété d'aphasie peut-on observer ? Sur ce point, ainsi que le remarque Moulonguet, les observations restent peu précises, mais il faut bien reconnaître qu'il s'agit là d'un examen souvent fort délicat en raison de la torpeur et de l'inertie intellectuelle des malades. Quoi qu'il en soit, il semble que tous les types d'aphasie aient été signalés : aphasie motrice pure ou anarthrie, aphasie sensorielle avec toutes ses variétés jargonaphasie, paraphasie, surdité verbale et cécité verbale, ou enfin aphasie de Broca qui correspond à l'ensemble des deux autres. Les auteurs anglais insistent sur ce qu'ils appellent « l'aphasie nominale » : Le malade est incapable de nommer les objets qu'on lui présente et dont cependant il connaît la nature et les usages. Parfois, ce sont plus spécialement les noms de rues, de villes ou de pays qui font défaut (Preysing).

b. L'*hémianopsie* est, sinon un symptôme banal, du moins un signe fréquent et qui s'observe aussi bien quand les lésions siègent à droite ou à gauche. Mais elle doit être systématiquement recherchée sous peine également d'être méconnue, car elle peut être transitoire, et porter uniquement soit sur la forme, soit sur les couleurs. Dans la règle, c'est une hémianopsie homonyme. Launois et Jaboulay ont signalé un cas où elle coïncidait avec la cécité verbale.

c. La *surdité*, constatée quelquefois, n'a de valeur que si elle n'est pas due à une otite, ou, ce qui revient au même si elle siège du côté opposé à l'otite. On vérifiera qu'il s'agit d'une surdité de type central, en général, incomplète. On comprend l'importance de ce symptôme, d'ailleurs rare.

d. L'*anosmie* a été exceptionnellement signalée, bien que le centre de l'odorat soit localisé dans le lobe temporal (Stokes-Bloch).

e. Les *troubles moteurs* sont tantôt des signes d'excitation : épilepsie bravais-jacksonnienne, crampes dans les doigts ou l'avant-bras, exagération des réflexes, qui portent surtout sur le côté opposé à l'abcès, plus rarement des deux côtés ; tantôt et plus souvent des signes de paralysie : hémiplégie ou hémiparésie croisée, avec diminution des réflexes, et signe de Babinski positif ; paralysie du bras, paralysie faciale du type central. Ils s'expliquent par la compression de la zone rolandique par l'œdème (Bergmann-Macewen) ou mieux de la capsule interne (Oppenheim-Körner).

f. Parmi les nerfs craniens quelques-uns sont plus souvent touchés, ce sont le moteur oculaire commun, surtout dans ses fibres pupillaires et du releveur de la paupière supérieure, donnant de la mydriase et du ptosis; et parfois le grand hypoglosse.

g. Signalons, enfin, quelques symptômes rares, mais pouvant attirer l'attention, tels que une *névralgie dentaire* par atteinte du ganglion de Gasser au sommet du rocher, une douleur derrière les yeux, due à l'atteinte de la branche ophtalmique du trijumeau, et les illusions des sens du goût et de l'odorat qui seraient plus spécialement des symptômes du sillon de l'uncus (Eagleton).

B. ABCÈS DU CERVELET. — La symptomatologie des abcès du cervelet n'est pas tellement riche qu'on

pourrait se l'imaginer au premier abord. Les hémisphères cérébelleux sont, en grande partie, des « zones silencieuses » dont la destruction peut ne s'accompagner d'aucune manifestation clinique prononcée. Mieux encore, cet organe, par opposition au reste de l'encéphale, jouit d'un « pouvoir de compensation » tout à fait spécial, et son atteinte partielle, surtout si elle est le fait d'un processus lent, ne donne que des symptômes variables, instables, fugaces, vite effacés par une intervention fonctionnelle compensatrice du labyrinthe (si celui-ci est encore intact) du cerveau ou du cervelet lui-même dans ses parties non altérées. Si l'on considère, d'autre part, la fréquence des lésions du labyrinthe qui accompagnent les abcès cérébelleux d'origine otique et la symptomatologie si voisine de ces deux organes, on comprendra alors la difficulté du diagnostic.

Les signes d'hypertension intracranienne qui, dans l'ensemble, sont analogues à ceux que nous avons déjà énumérés, peuvent cependant subir quelques modifications. Ces troubles sont, en général. précoces et intenses, car si l'abcès est le plus souvent peu volumineux, il se développe toutefois dans une loge fibro-osseuse inextensible. Les conséquences de cette compression sont intéressantes : d'une part, le bulbe sous-jacent est menacé ; d'autre part, il y a oblitération partielle de l'acqueduc de Sylvius d'où hydropisie ventriculaire elle-même responsable de certains signes cliniques (Eagleton) ; enfin, comme pour le cerveau, il y a refoulement en masse du cervelet vers le côté opposé à la lésion, et ce refoulement coude sur le rebord antérieur du trou occipital, la face antérieure du bulbe et spécialement le faisceau pyramidal hétéro-latéral au-dessus de la décussation des pyramides. Il en résulte tout d'abord que les signes d'excitation pyramidale (exagération des réflexes, clonus, signe de Babinski) que l'on observe siègent du côté de la lésion (du côté opposé à la compression), alors que dans l'abcès cérébral ces troubles sont hétéro-latéraux (Lemaître). Ensuite, on peut noter des troubles bulbaires : respiratoires (bradypnée, Cheynes-Stokes, etc.), dysarthrie, anarthrie et scansion de la parole, spasme des masticateurs, dysphagie (Neumann). Ce sont là des signes graves, souvent terminaux, occasionnant parfois la mort subite, en particulier à l'occasion de l'acte opératoire, ou d'une ponction lombaire intempestive.

Quant aux signes de localisation proprement dits, nous les classerons, avec Lemaître, en signes cérébello-vestibulaires et signes cérébelleux purs.

Les premiers sont ceux qui peuvent relever aussi bien d'une labyrinthite que d'un trouble cérébelleux et qui, par conséquent, sont d'une interprétation délicate, lorsqu'il s'agit, cas d'ailleurs le plus fréquent, d'abcès otogène : Nous ne pourrons donc que les citer et nous ne les discuterons que plus loin à propos du diagnostic.

Ce sont : les vertiges qui existeraient dans près des deux tiers des cas (Lemaître) et le nystagmus spontané ou provoqué. Quant à la chute du côté malade, elle manque souvent, par suite même de la « propriété » de compensation que nous avons signalée (Eagleton).

Les signes cérébelleux purs sont variables, suivant la région atteinte.

Or, c'est presque toujours dans le tiers antérieur du lobule digastrique que siège l'abcès. Les physiologistes et les cliniciens (Barany, Mills et Weisenburg) sont d'accord pour placer là, ainsi que dans la partie avoisinante des lobes semi-lunaires supérieur et inférieur, les centres cérébelleux des membres du même côté. Et en fait, on observe dans l'abcès du cervelet ce qu'on a appelé l'*hémiplégie cérébelleuse* (P. Marie et Thiers) terme excellent si l'on entend que les symptômes sont unilatéraux, « dimidiés » (et cantonnés du côté de la lésion), terme inexact s'il veut désigner une hémiparalysie ou une hémiparésie : jamais, en effet, l'atteinte cérébelleuse pure n'engendre de troubles moteurs.

Les troubles très spéciaux auxquels elle donne lieu sont fonction avant tout de modifications du tonus musculaire. Tels sont :

a. L'*hypermétrie* : Brusquerie et absence de mesure des mouvements volontaires avec conservation de la direction et de l'orientation de ces mouvements (épreuve de l'index porté vers le nez, du talon porté sur le genou opposé, épreuve de la résistance de Holmes et Stewart : s'opposer à la flexion de l'avant-bras sur le bras, puis lâcher brusquement, le bras du côté malade vient heurter fortement la poitrine).

b. L'*asynergie*, due à ce que chaque segment de membre se contracte pour son propre compte sans s'occuper des segments voisins : la liaison entre eux étant supprimée (étude de la marche des cérébelleux, épreuve du renversement).

c. L'*adiadococinésie* : Impossibilité d'exécuter certains mouvements avec suite, mise en évidence par l'épreuve des « marionnettes ».

d. Le tremblement intentionnel, de grande amplitude et marqué surtout au point de départ des mouvements.

Ces troubles élémentaires s'associent à l'occasion des mouvements complexes pour donner lieu à des troubles caractéristiques de la marche, de l'écriture, de la parole. Nous ne pouvons malheureusement pas entrer ici dans la description détaillée que l'on trouve fort clairement exposée dans tous les traités des affections cérébelleuses. Mais nous voulons cependant attirer l'attention sur la *déviation spontanée des membres* signalée par Barany, car ce symptôme dont la valeur localisatrice est grande, est la traduction la plus nette de l'anisosthénie cérébelleuse, c'est-à-dire de l'absence d'action tonique égale ou harmonieuse sur les deux groupes antagonistes nécessaires à l'équilibre statique. Voici comment on pratique cette épreuve : le malade est placé en face de l'observateur et repère les yeux ouverts, l'index que ce dernier tient immobile. Puis, fermant les yeux, il doit, par des mouvements du membre supérieur entier, atteindre cet index ; le sujet normal l'atteint du premier coup ; le cérébelleux hésite et dévie à droite et à gauche si l'épreuve est faite de haut en bas, ou inversement dans le cas contraire. Ainsi recherché, le *signe de l'index* explore le centre des mouvements de l'épaule. En fixant le bras, on explore celui du coude ; on peut de la même façon interroger les centres du poignet, des doigts, des différents segments du membre inférieur.

Une déviation indique à coup sûr une lésion du centre tonique du segment correspondant et en se reportant à des schémas établis par Barany, on peut faire outre le diagnostic de la lésion cérébelleuse, celui de sa localisation exacte.

Les *troubles de la passivité* seraient, par contre, plus rares dans les abcès du cervelet, bien qu'ils aient été rencontrés par André Thomas, de même

les états catatoïdes, les attitudes fixes de la tête, et les convulsions (Eagleton). La *difficulté d'évaluer les poids* serait plus fréquente (Maas).

Dans tous les cas, ces symptômes ont tous un double caractère qui en renforce leur valeur : c'est, d'une part, leur localisation homolatérale, et, d'autre part, leur tendance à la régression rapide à cause du pouvoir de compensation si particulier à cet organe. Comme dans la règle, l'abcès du cervelet se développe lentement, il évolue donc en deux stades : Un premier d'excitation ou d'inhibition cérébelleuse, un second de compensation qui, parfois, coexistent et ne peuvent être distingués, de sorte que le diagnostic en est rendu extrêmement difficile, mais la constatation d'une altération transitoire de ces fonctions garde cependant toute son importance (Eagleton).

C. Abcès du lobe frontal. — L'abcès du lobe frontal est un des plus difficiles à diagnostiquer, car ce lobe constitue encore une zone silencieuse, et parce que, ainsi que nous le verrons, les symptômes auxquels il donne lieu par ailleurs sont, en grande partie identiques à ceux que donnent les affections aiguës ou chroniques du sinus frontal ou de l'ethmoïde, affections qui sont généralement à l'origine de ces abcès. Aussi dans les cas publiés, une grande proportion n'a été diagnostiquée qu'au moment de leur rupture, ou même seulement à l'autopsie.

Les signes de compression seraient pour Eagleton souvent absents, ou en tous cas, tardifs presque immédiatement avant la terminaison fatale. Quant aux signes de localisation, ils sont minimes : il est classique d'insister sur l'intensité de la stase papillaire et l'existence de troublés psychiques. Or, des auteurs comme Eagleton, Denker, Jessamon affirment que la stase papillaire manque généralement, car elle dépend en grande partie « de l'obstruction du système circulatoire central du liquide céphalo-rachidien », obstruction qui ne peut être réalisée dans ces cas. Et de fait, l'observation de Lombard, Bloch et Moulonguet signale son absence.

Quant aux troubles psychiques, ils consisteraient en une jovialité excessive (moria) avec tendance à plaisanter, une diminution de la mémoire, du jugement et de l'intelligence. Mais ils sont, par contre, rarement mentionnés, et manquent notamment dans les cas de Guiltain et Libert et de Manteleone.

L'aphasie, sous forme d'aphasie motrice a été rencontrée, lorsque l'abcès siégeait dans la circonvolution de Broca.

Si la lésion atteint la zone rolandique, elle entraînera les troubles moteurs variés : Paralysies (monoplégie-hémiplégie croisés) ou convulsions localisées.

La perte de l'odorat du côté affecté « se produit probablement très fréquemment ; présente, elle a une grande valeur diagnostique » (Eagleton).

D. Abcès du lobe occipital. — C'est de beaucoup la localisation la plus rare, et le diagnostic en est d'autant plus délicat que ce sont généralement des abcès septicémiques ou métastatiques dont la symptomatologie peut être masquée par l'affection causale.

Cependant, quelques symptômes pourront faire soupçonner cette complication et son siège : ce sont surtout des symptômes oculaires : hémianopsie croisée, souvent partielle au début, réalisant l'hémianopsie en quadrant qui ne porte que sur la moitié supérieure ou inférieure de l'hémichamp supprimé ; des hallucinations visuelles, plus rarement un scotome scintillant. Enfin, on peut observer encore la cécité psychique, généralement partielle et due à ce que les radiations optiques d'un côté sont détruites. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 15 juillet 1924)

M. Lejars prononce un touchant éloge de Jalaguier « qui fut, dit-il, en terminant, une des plus pures et des plus belles figures médicales de ce temps. »

Diabète et syndromes associés. — M. Achard. La découverte de l'insuline a fait pénétrer dans l'esprit des médecins une notion que les expérimentateurs n'ignoraient point : le rôle prédominant de la sécrétion interne du pancréas dans l'utilisation du glycose.

Mais l'insuffisance de cette sécrétion interne qui constitue le vice fondamental de la nutrition dans le diabète, ne s'observe pas que chez les diabétiques. L'auteur a montré, depuis 1898, avec M. Emile-Weil, puis avec MM. Loeper, G. Desbouis, J. Rouillard, A. Ribot et Léon Binet, que l'insuffisance glycolytique est très fréquente dans les états morbides les plus variés, qu'elle s'observe régulièrement dans les maladies aiguës, qu'elle est fréquente dans le cancer et diverses cachexies, dans les cirrhoses du foie, et qu'il s'agit, dans ces divers cas, d'un trouble général de la nutrition qui a son siège non dans le foie seulement, mais dans l'ensemble des tissus.

A ses degrés légers, la forme mineure de l'insuffisance glycolytique est cliniquement *latente* et ne se révèle que par des épreuves cliniques spéciales ; glycosuries provoquées ; hyperglycémie provoquée, et surtout épreuve de l'exhalation carbonique après ingestion de glycose. Cette dernière épreuve est la plus démonstrative, parce qu'elle a pour objet de rechercher un produit de la combustion du glycose, tandis que les autres ne permettent pas de distinguer si l'insuffisante utilisation de ce sucre dépend d'une insuffisante combustion ou d'une insuffisante mise en réserve.

A un degré un peu plus élevé, l'insuffisance glycolytique se révèle au clinicien par ce qu'on appelle la *glycosurie simple*, qui est passagère, intermittente, ordinairement modérée. On passe, d'ailleurs, par tous les degrés de la glycosurie simple, au diabète proprement dit.

C'est la forme majeure de l'insuffisance glycolytique que nous appelons le *diabète*. Elle se manifeste par le syndrome d'hyperglycémie. Mais fort souvent ce syndrome n'est pas isolé chez le diabétique et s'associe à d'autres, sans qu'il y ait entre eux des liens de dépendance mutuelle.

L'examen des faits montre que le même ensemble de conditions cliniques peut engendrer tous les degrés de l'insuffisance glycolytique associée à d'autres syndromes.

Parmi les *diabètes constitutionnels* ou arthritiques des auteurs classiques, le *diabète gras* offre l'association du syndrome hyperglycémique au syndrome d'adiposité, sans qu'il y ait aucun rapport entre le degré de l'un et celui de l'autre : l'obésité dans ces divers cas a ses causes propres, l'insuffisance glycolytique également. De même, on peut voir s'associer aux divers degrés de cette insuffisance glycolytique les syndromes d'uricémie (diabète goutteux), d'oxalémie, d'hypercholestérinémie (xanthome, lithiase biliaire), les syndromes qu'on rapporte actuellement à des chocs sanguins (migraines, urticaire, asthme).

Le *diabète maigre* était rapporté au diabète pancréatique, envisagé comme une forme spéciale de diabète relevant de causes particulières et comparable à celui du chien expérimentalement privé de pancréas. Or, on peut dire aujourd'hui que tous les diabètes sont pancréatiques, parce que dans toute insuffisance glycolytique la sécrétion interne du pan-

créas est déficiente. Mais les lésions destructives du pancréas, comme la lithiase qui est peut-être la plus localisée des lésions pancréatiques, prive l'organe non seulement de sa sécrétion interne, mais aussi de sa sécrétion externe. C'est donc à ces cas seulement, où le syndrome de l'insuffisante sécrétion externe s'ajoute à celui de l'insuffisante sécrétion interne, qu'il conviendrait de réserver le nom de diabète *pancréatique*.

Parmi les troubles nutritifs qu'on peut observer dans le diabète, l'un des plus connus est celui qu'on désigne sous le nom d'acidose, acétonémie, cétose. En réalité, on peut voir isolément l'acidose et la cétose, mais le plus souvent il y a ce qu'on peut appeler *acido-cétose*. Or, ce trouble ne dépend pas directement de l'insuffisance glycolytique et il n'y a entre eux aucune proportionnalité. L'insuline, d'ailleurs, n'agit pas exactement de même sur l'un et sur l'autre.

MM. Widal, Abrami, Weill et Laudat ont montré cette action dissociée; l'auteur en a vu un autre cas avec M. R. Gayet : l'injection de 90 unités physiologiques ne modifiait pas la glycémie, mais faisait disparaître au bout d'une heure la réaction de Gerhardt des urines.

A ce propos, il convient de noter que, d'après les recherches faites par l'auteur avec M. Léon Binet, l'ingestion de glycose chez le diabétique en état d'acido-cétose, élève rapidement l'exhalation carbonique comme chez le sujet normal, contrairement à ce qui se passe chez le diabétique ordinaire. Comme on ne peut guère admettre que le glycose introduit soit alors brûlé de même que chez le sujet sain, comme on ne peut guère supposer non plus que le glycose produise une acidémie qui dégagerait de l'acide carbonique, on est conduit à se demander si le phénomène n'est pas dû à la combustion des corps cétoniques à la faveur de l'apport de glycose.

Les rapports des affections hépatiques avec le diabète ont été maintes fois étudiés depuis Cl. Bernard. Or, l'état du foie est des plus variables, à tel point qu'on a imaginé un diabète par anhépatie et un diabète par hyperhépatie, sans peut-être tenir assez de compte des lésions associées du pancréas. Les *cirrhoses* qu'on peut rencontrer chez les diabétiques n'ont rien qui les distingue particulièrement et elles peuvent être associées non seulement avec le vrai diabète, mais avec les formes mineures de l'insuffisance glycolytique.

Dans le *diabète bronzé*, la cirrhose est pigmentaire, mais celle-ci se voit aussi sans diabète et même sans insuffisance glycolytique. La coloration bronzée peut aussi faire défaut, de sorte que la triade symptomatique peut se décomposer et que ses éléments ne dépendent pas l'un de l'autre. Il s'agit d'une association du syndrome de l'insuffisance glycolytique avec le syndrome de l'hémosidérose et avec la cirrhose, ou même comme on en connaît des observations, avec des néoplasmes du foie.

Dans la *maladie de Basedow*, on peut rencontrer, mais d'une manière inconstante, tous les degrés d'insuffisance glycolytique; mais on rencontre aussi cette dernière quelquefois dans le syndrome opposé, celui du myxœdème. Il n'y a, d'ailleurs, aucune proportion entre l'intensité du syndrome basedowien et celle de l'insuffisance glycolytique.

Dans l'*acromégalie*, l'insuffisance glycolytique est fréquente et dépend peut-être, comme l'acromégalie elle-même, de la tumeur infundibulaire qu'on trouve le plus souvent à l'autopsie. Mais l'insuffisance glycolytique peut présenter des variations considérables et rapides, alors que l'acromégalie poursuit sa marche lente et progressive.

L'insuffisance glycolytique peut se voir à divers degrés dans le *virilisme* et le *féminisme pilaire*, états morbides consistant en une inversion de certains caractères sexuels secondaires et se manifestant chez la femme par la présence de poils au visage comme chez l'homme adulte, et chez l'homme adulte par l'absence de ces poils au visage qui prend l'aspect féminin. L'auteur a étudié avec M. J. Thiers l'association de l'insuffisance glycolytique à ces anomalies : Or, il n'y a aucune proportion entre elles; l'insuffisance glycolytique peut disparaître alors que le trouble sexuel persiste ; ce sont

deux troubles associés, mais qui ne dépendent pas l'un de l'autre.

Il en est de même des diabètes et glycosuries dites simples qu'on observe dans certaines affections des centres nerveux et qu'on rattachait, depuis l'expérience de Cl. Bernard sur la piqûre du IVe ventricule, à des actions bulbo-protubérantielles (*diabètes nerveux*). Dans le tabes et la paralysie générale notamment, on voit survenir des insuffisances glycolytiques sans rapport dans leur intensité comme dans leur évolution avec les désordres nerveux et qui disparaissent alors que les lésions des centres nerveux s'aggravent progressivement.

Certaines complications du diabète, les néphrites, les artérites, les névrites sont vraisemblablement, suivant l'auteur, des troubles associés au syndrome d'insuffisance glycolytique et résultant de la même cause, mais ne dépendent point de l'hyperglycémie.

L'insuline, dont la sécrétion dépend de l'état du pancréas, du système nerveux et d'autres glandes endocrines, agit contre l'insuffisance glycolytique dans toutes les circonstances cliniques où celle-ci se rencontre. En même temps qu'elle abaisse la glycémie, elle élève l'exhalation carbonique. Toutefois, si l'on combine l'injection d'insuline à l'ingestion de glycose, l'exhalation n'est ni plus forte ni plus rapide qu'avec l'insuline seule. Il faut donc du temps pour que la combustion ait lieu. Le calcul de l'acide carbonique fourni par le sucre ingéré et la mesure de l'acide carbonique exhalé après l'ingestion montrent aussi par leur comparaison cette lenteur de la combustion. Aussi ne peut-on attribuer l'hypoglycémie produite par l'insuline à la combustion du sucre. Comme il ne semble pas non plus qu'on puisse l'attribuer à la formation de glycogène ni de sucre protéidique, on peut se demander s'il ne se forme pas par conjugaison ou dégradation des corps plus lents à brûler.

Les préparations actuelles d'insuline produisent un effet trop brutal, trop passager, et en quelque sorte explosif. Il importerait d'obtenir un effet moins intense et plus prolongé comme on en obtient avec l'opothérapie thyroïdienne.

Continuée pendant une certaine période, l'insuline contribue à rendre possible un régime plus varié, plus conforme au régime normal et plus favorable à la bonne nutrition. Elle permet ainsi de gagner du temps, de prévenir des complications; pendant ce temps, la maladie diabétigène, dont nous ignorons le plus souvent la cause, poursuit son évolution et parfois, rétrocède et même guérit; car même sans insuline on peut voir des diabétiques s'améliorer et guérir.

En somme, suivant l'auteur, le diabète doit être envisagé comme un syndrome. Ce qui fait son unité, ce n'est pas son étiologie, c'est le haut degré de l'insuffisance glycolytique. Ce qui fait sa diversité clinique, c'est l'association d'autres syndromes variés qui, autour de ce noyau fondamental, représenté par le syndrome d'hyperglycémie, viennent se grouper à la façon de chaînes latérales.

C'est cette structure complexe que le clinicien a le devoir de disséquer pour instituer la thérapeutique propre à chacun de ces divers syndromes associés, en attendant qu'il puisse trouver et traiter leur cause commune.

M. Marcel LABBÉ tout en se trouvant d'accord avec M. Achard sur le fond de sa communication en discute quelques points particuliers.

Paralysie de Landry, post partum, d'origine centrale et curable, due, peut-être, à un ultravirus. — M. G. MARINESCO. Neuf jours après le troisième accouchement la malade, multipare, accuse une sensation de fourmillement et d'engourdissement dans les jambes, des douleurs lombaires et de la faiblesse dans les jambes. Cette parésie s'est accusée graduellement de sorte que le 24 mars, elle ne peut faire aucun mouvement avec les segments des membres inférieurs. Le 28 mars elle éprouve les mêmes symptômes dans les membres supérieurs. Le 4 avril on constate, chez elle, une paraplégie complète avec légère contracture. Les membres supérieurs se trouvent en semiflexion légère, le membre supérieur droit est complètement paralysé, à gauche elle peut exécuter quelques légers mouvements des doigts. Au niveau du thorax, il y a une véritable anesthésie à qui fait suite, à la région supérieure, une bande d'hyperesthésie; il y a une hypoesthésie thermique et douloureuse toujours plus accusée du côté de la moitié inférieure du thorax où l'analgésie et la thermo-analgésie sont presque complètes. Le sens stéréognostique est presque disparu au niveau des mains. La sensibilité articulaire est profondément altérée aux extrémités. Hypoesthésie au diapason surtout du côté des os des extrémités. Les réflexes tendineux des membres inférieurs exagérés et polycinétiques. Abolition des réflexes cutanés et abdominaux Babinski bilatéral. Troubles de respiration et des légers troubles de déglutition. Dans le liquide céphalo-rachidien 66 lymphocytes par division de la cellule de Nageotte. La réaction des globulines positive, celles de Wassermann et du benjoin colloïdal négatives. L'examen du culot de centrifugation sur des frottis ou dans des milieux de culture pour les aérobies ou anaérobies négatif. A partir du 20 avril une amélioration progressive des troubles moteurs et sensitifs; le 13 mai la malade peut descendre du lit et garder la station verticale. Si le diagnostic clinique de paralysie ascendante d'origine spinale, ne fait pas de doute dans le cas actuel, il n'en est pas de même pour l'agent pathogène qui a réalisé cette paralysie. Etant donné l'absence de germes visibles dans le liquide céphalo-rachidien, soit sur des frottis, soit dans les cultures et les essais de transmission positive aux lapins, nous pensons qu'il s'agit d'un ultravirus.

Injections intracardiaques. — MM. KEMAL-DJENAL et MOUCHET communiquent leurs nouvelles recherches sur les injections intracardiaques.

La température intra-trachéale chez l'homme. — M. COLLET lit une note sur ce sujet.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

RELATION DE CAUSE A EFFET ENTRE LE DÉCÈS ET LA MALADIE

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer qu'il n'y a accident du travail au sens légal du mot, en cas de décès de la victime, que si on établit une relation de cause à effet entre l'accident et le décès; et c'est à l'ouvrier victime de l'accident qu'incombe la charge de la preuve.

Le 1er février 1919, J..., alors mobilisé comme sapeur au 5e génie et en service à la gare de Belle-Ile-Bégard, a été heurté par un camion automobile que conduisait le préposé de V... et projeté dans un fossé bordant la route; dans sa chute, J... a été blessé légèrement à la tête et a eu le pied contusionné. Rentré à son domicile par ses propres moyens, il s'est aussitôt alité et ne s'est relevé que le 5 février pour répondre à la convocation de l'autorité militaire qui l'appelait à Guingamp pour subir une visite médicale. Il s'est rendu dans cette ville et en revint à bicyclette; aussitôt rentré il a repris le lit et est décédé le 14 février des suites d'une pneumonie double constatée au cours de l'autopsie qui a été pratiquée le 20 février à l'hôpital militaire.

Quatre ans après ce décès, la veuve de la victime intenta une action en 20.000 francs de dommages-intérêts. La Cour de Rennes, dans un arrêt du 12 février 1924, a rejeté cette demande en disant « qu'il n'était nullement établi que J... eût subi un traumatisme susceptible de déterminer une pneumonie double; qu'aucun élément de l'enquête ne permettait d'admettre qu'il eût subi un choc à la poitrine ou une compression violente du thorax; que les médecins qui avaient procédé à l'autopsie n'avaient constaté ni fractures des côtes, ni traces même de contusions sur le corps; que les symptômes de la pneumonie ne sont apparus qu'après un temps trop prolongé pour qu'elle pût être attribuée à l'accident du 1er février. »

La Cour relève encore ce fait démonstratif que la victime avait été autorisée à rentrer à son domicile après la visite médicale; ce qui indiquait que la pneumonie devait avoir très vraisemblablement été contractée au cours du voyage à bicyclette.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. les professeurs A. GILBERT et P. CARNOT. — Tome XXII : *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme*, par M. LE FUR, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8 de 339 pages, avec 59 figures. — Paris, Baillière et fils.

N° 61. — MARDI 29 & JEUDI 31 JUILLET 1924. 97e ANNÉE. MARDI 29 & JEUDI 31 JUILLET 1924. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Callen (de Sore), Tardif (de Longué).

Congrès des villes d'eaux. — La commission exécutive du Congrès des villes d'eaux a définitivement fixé à la deuxième quinzaine de mars 1925 la date du Congrès primitivement fixée en novembre 1924.

Quatre rapports seront soumis à la discussion :

1° Organisation des voyages français et étrangers d'étudiants en médecine et d'étudiants en pharmacie dans les stations thermales ou climatiques;

2° Législation spéciale des stations de séjour et autonomie des chambres d'industrie thermale;

3° Le crédit thermal français : but, plans, moyens;

4° Organisation des stations climatiques.

Seules les questions présentées dans ces rapports seront étudiées au cours des séances du Congrès.

Congrès international de thalassothérapie. — Le prochain Congrès se tiendra à Arcachon le 15 avril 1925. Le professeur Gilbert a été nommé président du Comité permanent, en remplacement du professeur Albert Robin, nommé président d'honneur. Le Comité d'organisation comprend : MM. les docteurs Lalesque, président; Guinon et Moussous, vice-présidents. Pour tous renseignements, écrire au docteur Léo, secrétaire général du Comité permanent, à Trouville.

Réunion annuelle de neurologie. — La prochaine réunion, en juin 1925, coïncidera avec le centenaire de la naissance de Charcot et le 25e anniversaire de la fondation de la Société de neurologie.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° « La maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique) »; M. Vincenzo Néri (de Bologne) traitera la partie clinique; MM. Van Bogaërt (d'Anvers) et Ivan Bertrand (de Paris) la partie anatomo-pathologique;

2° « La migraine »; rapporteurs : M. Viggo Christiansen (de Copenhague), pour la partie clinique; M. Pasteur Vallery-Radot (de Paris), pour la partie pathogénique.

Direction d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et osseux. — La place de médecin chef du sanatorium de l'Altenberg au Col de la Schlucht sera mise au concours à partir du 1er octobre 1924 (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser avant le 1er novembre 1924 leur demande au Comité de direction de la caisse d'assurance des employés, 21, rue de Berne, à Strasbourg. A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. (Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications.)

Une Commission technique nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés sera chargée d'examiner les titres des candidats ; la nomination sera faite par cette dernière.

Clinique gynécologique. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur Jean-Louis Faure.) — Gynécologie. — *Cours de vacances.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; F.-H. de Beaufond, chef de clinique; Michon, chef de clinique adjoint, prosecteur, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 22 septembre au samedi 4 octobre 1924.

Le cours, complet en douze leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 heures.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le samedi 4 octobre, à 18 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que

les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Geley (de Paris), décédé à Varsovie.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique	10 gr.
Extrait de gentiane	8 gr.
Extrait thébaïque	} 0g25
Extrait de noix vomique	}

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de séméiologie cardio-vasculaire. Les troubles fonctionnels (1), par Ch. Laubry, médecin de l'hôpital Cochin.

Rien de plus malaisé à fixer, mais aussi, rien de plus intéressant que la séméiologie cardiaque. Voici un malade qui présente, à l'auscultation de la base, un dédoublement du second bruit. Ce dédoublement est-il dépourvu de toute signification, ou doit-on, au contraire, l'attribuer à un rétrécissement mitral? En voici un autre qui souffre d'angor pectoris. Quel pronostic faut-il porter chez lui ? Ces palpitations sont-elles causées par une lésion valvulaire, ou simplement juxtaposées à elles? Ce vieillard mène encore une vie des plus actives. Et pourtant, à l'examen, on lui découvre un énorme souffle mitro-aortique, et une tension systolique élevée. Pourquoi ne souffre-t-il ni de douleurs angineuses ni d'oppression? Pourquoi s'écoulera-t-il encore bien des années avant qu'apparaissent les grands symptômes d'insuffisance cardiaque?

C'est de la séméiologie des troubles fonctionnels cardio-vasculaires que s'occupe M. Ch. Laubry. Non pas sous la forme solennelle et quelque peu rébarbative d'un *Traité*, mais sous celle de *Leçons* familières, vivantes, parce que vécues. Quels sont ces troubles? Avant tout, les douleurs, les palpitations, et les troubles respiratoires, les troubles cérébraux, les manifestations abdominales et les hémorragies viscérales, les troubles fonctionnels des membres, les troubles généraux et la fièvre. Quoi de plus passionnant, en clinique, que de reconnaître l'existence et, surtout, de déterminer la cause d'une douleur cardiaque? S'agit-il d'algie cardio-thoracique? Il convient de la différencier des affections qui peuvent la simuler, et, surtout, de préciser si elle dépend d'une affection cardio-vasculaire, si c'est une algie d'effort, si elle se produit chez un convalescent ou chez un anémique, si elle est d'origine extracardiaque. Avons-nous affaire aux douleurs rétro-sternales et à l'angine de poitrine? Rien de plus urgent que d'en analyser les caractères cliniques d'en étudier la pathogénie, et, surtout, d'en approfondir le diagnostic étiologique ! N'est-il pas évident que pronostic et thérapeutique varient avec la cause de l'accès angineux, selon qu'il est déclanché par une aortite, non toujours spécifique, par une myocardite, par une affection du médiastin, par un simple trouble nerveux? De même, pour les palpitations. L'étudiant et même le médecin non spécialisé n'éprouvent-t-ils pas quelque difficulté à se reconnaître parmi leurs innombrables variétés? Ne sont-ils point, parfois, quelque peu effrayés par les noms savants dont elles s'affublent? Et, pourtant, quoi de plus commun que l'extrasystole, que la tachycardie paroxystique, que la tachyarythmie? De même encore, pour la dyspnée cardiaque? Se trouve-t-on en présence d'une dyspnée simple, commune, d'un paroxysme dyspnéique : asthme, œdème aigu, ou de respiration de Cheyne-Stokes?

Nous pourrions, sans peine, multiplier les exemples et montrer combien la connaissance de la séméiologie cardio-vasculaire s'impose non seulement au médecin spécialiste, non seulement à ceux qui veulent continuer à justifier leur réputation de « documentation si sûre », mais au médecin tout court. Encore, fallait-il la leur rendre abordable. C'est ce que M. Ch. Laubry a tenté, non sans succès. Ecrites dans un style coulant, volontairement dépouillées de toutes indications bibliographiques, faciles autant qu'agréables à lire, les *Leçons de séméiologie cardiovasculaire* sont l'œuvre d'un clinicien de race, qui, sans négliger la tradition, a marché avec son temps, et a acquis, à force de travail et de méthode, une juste et légitime renommée. Elles ont été éditées avec élégance par M. O. Doin, l'un de ces éditeurs qui comprennent les besoins des auteurs et font droit à leurs demandes. Il ne leur objecte jamais la *dureté des temps* (et non la *durée du temps*, comme, dans un autre périodique, me le fait dire un prote facétieux). Et voilà pourquoi le livre de M. Ch. Laubry est un régal pour l'œil en même temps qu'un charme pour l'esprit. L. BABONNEIX.

Au Chevet de l'Empereur (1), par le docteur Cabanès.

Avant de nous introduire très prochainement dans l'intimité de Napoléon Ier, le docteur Cabanès conduit aujourd'hui ses lecteurs *au chevet de l'Empereur*.

Pour bien comprendre le caractère de nos grands hommes, il est nécessaire de connaître leur état de santé et leurs antécédents pathologiques. C'est donc par l'étude de l'hérédité de Napoléon que débute l' « observation », si j'ose employer ce terme, du grand homme. Ici, notre ami Cabanès montre qu'il n'est pas seulement un érudit historien, mais aussi un fin psychologue doublé d'un vrai clinicien.

Napoléon appartenait à une famille d'arthritiques et il était lui-même le type achevé de l'arthritique. L'autopsie pratiquée à Sainte-Hélène montra, en outre, que Napoléon était porteur de lésions tuberculeuses et d'un néoplasme du pylore. Cabanès recherche dans son ascendance, et fait à ce sujet de curieuses constatations qu'on lira avec intérêt et qui donneront certainement lieu à de passionnantes discussions.

Depuis sa naissance jusqu'au calvaire de Longwood, Cabanès suit pas à pas l'Empereur, il nous fait assister au développement du mal mystérieux de 1812, à de curieuses indispositions de l'Empereur, à la tentative de suicide de Fontainebleau et j'en passe.

Tout le monde voudra lire ce nouveau livre, bien digne de l'œuvre admirable de notre éminent confrère et ami.

F. L. S.

(1) Un vol. 16-24, de 500 p. avec 23 fig., dans le texte. — Prix : 35 fr. — Paris, 1924, O. Doin.

(1) Un vol. in-8, ouvrage orné de nombreuses illustrations. — Prix : 15 fr. — Paris 1924, Albin Michel, 22, rue Huygens.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET ANATOMIQUES

SUR

UN CAS D'ENDOCARDITE APEXIENNE THROMBOSANTE DU VENTRICULE DROIT

Par Ed. DOUMER,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,

et M. LEKIEFFRE,
Interne des hôpitaux de Lille.

On croyait autrefois que la stase pouvait provoquer des coagulations vasculaires. On sait depuis les remarquables travaux de Vaquez que la thrombose a toujours à sa base une infection. La thrombose cardiaque n'échappe pas à cette loi. Lutembacher (1) a bien montré que les caillots développés dans les cavités cardiaques étaient greffés sur des lésions d'endocardite.

Il ne s'agit pas de n'importe quelle infection de l'endocarde. Toute endocardite n'est pas thrombosante. Il faut qu'elle soit d'évolution subaiguë, que l'infection soit de virulence atténuée. Les caillots ne pourraient prendre sur les végétations trop exubérantes de l'endocardite maligne aiguë ni sur ses ulcérations que la nécrose creuse trop rapidement. Ils ne prennent pas non plus sur les lésions purement verruqueuses et non pas ulcérées de l'endocardite à forme lente. Ils se greffent sur les érosions des lésions d'endocardite ancienne qu'une infection discrète vient réveiller et se développent souvent aussi sur les parois distendues des oreillettes ou des ventricules. La distension des cavités cardiaques entraîne des suffusions hémorragiques et des lésions de l'endocarde qui appellent aussi l'infection.

L'endocardite est subaiguë; il est rare que ses symptômes les plus importants soient des signes d'infection. Non pas que la fièvre fasse défaut; la maladie est souvent fébrile et l'examen de la courbe de température a une grosse importance. Souvent la courbe révèle l'infection et fait soupçonner la thrombose alors que les signes les plus évidents du tableau clinique avaient amené à songer à une autre hypothèse. Mais la fièvre est habituellement très légère; la température n'est que de quelques dixièmes au-dessus de la normale; elle ne dépasse pas ou dépasse à peine 38 degrés. Le syndrome infectieux est si discret qu'il reste ignoré. On ne songe à se préoccuper de la courbe thermique que quand d'autres manifestations pathologiques se sont imposées à l'attention.

Ce sont des embolies, embolies pulmonaires ou de la grande circulation suivant le siège du caillot. Elles sont courantes dans la thrombose cardiaque. Elles en sont les signes les plus caractéristiques. Souvent ce sont elles qui font faire le diagnostic.

Ce sont des signes d'insuffisance cardiaque. L'endocardite peut retentir sur le myocarde, le paralyser, entraîner sa distension.

Mais il convient d'analyser avec soin les phénomènes de stase qui s'installent chez ces malades, encombrent la circulation pulmonaire, ou infiltrent d'œdème les membres inférieurs et font augmenter le foie de volume. Souvent le cœur n'y est pour rien; ils sont dus à l'obstruction que crée un caillot volumineux se prolongeant jusqu'à l'origine d'un des gros troncs vasculaires de la base du cœur et gênant le cours du sang. Comme le fait remarquer Lutembacher (1), qui a révélé le mécanisme de cette thrombostase et a bien mis au point son étude, la pathogénie de ces phénomènes de stase est la même que celle des phénomènes semblables survenant au cours des phlébites.

Nous rappellerons que les caillots volumineux de l'oreillette gauche ou la thrombose de l'artère pulmonaire se traduisent par une dyspnée excessive, de la cyanose de la face, des signes de congestion pulmonaire. Quand il s'agit d'un mitral, ce qui est fréquent dans ce cas, on pense fatalement à une asystolie à prédominance pulmonaire. Les caillots de l'oreillette droite donnent au contraire des phénomènes de stase dans le territoire de la veine cave inférieure, un gros foie, des œdèmes; ils respectent complètement d'habitude le territoire pulmonaire.

Ces faits qui simulent l'insuffisance cardiaque et qui ont été pendant longtemps considérés comme de l'insuffisance cardiaque, sont des plus curieux. Les observations de ce type qui ont été publiées, et qui sont presque toutes de Lutembacher, ne sont pas très nombreuses. Nous avons pu suivre un cas de ce genre. Nous croyons intéressant d'apporter ce document. Cette observation présente un certain nombre de particularités rares; elle montre de plus des phénomènes de thrombostase de la circulation périphérique dans des conditions qui jusqu'ici n'avaient pas été rencontrées.

*
* *

M. W..., âgé de cinquante-trois ans, manœuvre, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 3 décembre 1923, en proie à une dyspnée intense, le visage cyanosé, les membres inférieurs distendus d'œdème.

Il est malade, dit-il, depuis un mois à peu près. Vers la fin d'octobre, il s'est mis à tousser; un moindre effort, il était gêné pour respirer; il a dû cesser de travailler. La dyspnée est devenue plus violente et s'est installée même au repos, puis les malléoles se sont enflées. Le malade n'a pas l'impression qu'il ait eu de la fièvre.

Il met tout ce dont il souffre sur le compte d'une bronchite qui le tient depuis 1898, qui disparaît l'été, mais récidive à chaque hiver. L'année dernière, elle a traîné particulièrement longtemps. Elle donne habituellement un peu de dyspnée d'effort, mais jusqu'ici pas d'œdème malléolaire ni d'oppression aussi pénible que celle qui existe actuellement.

C'est à peu près tout ce qu'on trouve d'intéressant dans ses antécédents. On apprend encore qu'il fit un long séjour en Indochine où il eut la fièvre typhoïde à l'âge de vingt-cinq ans. Il dit n'avoir jamais eu la syphilis. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu.

Le malade se plaint de lassitude, de perte des forces et surtout d'une dyspnée extrêmement pénible. La respiration paraît, en effet, très gênée; le nombre des mouvements respiratoires est à 40 à la minute. L'oppression oblige le sujet à garder le décubitus dorsal et à rester assis dans son lit, le dos soutenu par des oreillers.

Il a des quintes de toux fréquentes; il rejette des crachats abondants qui sont mousseux et pituiteux avec de grosses masses franchement purulentes.

Il dort mal et le manque de sommeil joint à l'oppression l'épuise.

Le visage apparaît amaigri, nullement œdématié mais cyanosé. Les lèvres et les oreilles sont violacées, les pommettes ont des varicosités violettes, le nez est bleu et froid. Les doigts sont aussi froids et cyanosés. Les membres inférieurs

(1) Lutembacher. Endocardite subaiguë et endocardite pulmonaire chez les cardiaques. *Arch. des mal. du cœur*, 1917, p. 353.

(1) Lutembacher. Endocardite pariétale. Thrombose partielle de l'oreillette droite et de l'orifice de la veine cave inférieure. *Arch. des mal. du cœur*, 1920, p. 491 : — Les caillots cruoriques dans la thrombose cardiaque. *Arch. des mal. du cœur*, 1922, p. 307; — La thrombostase cardiaque. *Presse méd.*, 20 mai 1922.

sont infiltrés d'un œdème dur, abondant, qui remonte jusque sur la partie supérieure des cuisses. Il est élastique, il garde assez mal le godet. Il est violacé, avec des suffusions hémorragiques au niveau des extrémités.

La pointe du cœur, qui est difficilement accessible au doigt, se trouve dans le Ve espace sur la ligne mamelonnaire. Le tracé de percussion ne donne pas une augmentation sensible de l'aire de matité cardiaque.

Comme seule particularité, on note un très léger débord de la matité, en dehors de la moitié inférieure du bord droit du sternum. Il n'y a pas de débord de la matité aortique.

Le cœur est un peu rapide ; la fréquence de ses battements est autour de 100 par minute, mais il est parfaitement régulier. Ses bruits s'entendent fort bien; ils sont tout à fait normaux à la pointe comme à la base. Il n'y a pas de bruit surajouté ni dans la systole ni dans la diastole. Il n'y a pas de bruit de galop.

L'examen radioscopique a confirmé, d'une façon générale, les résultats de la percussion. Le cœur dans le thorax semblait sensiblement de volume normal. Sur le contour gauche, la forme de l'ombre ventriculaire, la position du point G étaient ce qu'elles doivent être. Le contour droit était rectiligne et légèrement oblique en bas et à droite. On ne peut malheureusement apporter de précisions sur les dimensions de l'organe. On a dû pratiquer l'examen couché et dans cette position l'appareillage ne permet pas de prendre de tracé orthoscopique.

Le pouls est petit, presque misérable au doigt; il diminue et disparaît presque complètement pendant l'inspiration. La tension artérielle est à 13-9 1/2 à l'appareil de Vaquez-Laubry.

A l'examen pulmonaire, la sonorité et les vibrations sont normales sur toute l'étendue des deux poumons. A l'oreille, on entend aux deux bases des râles humides de congestion à bulles moyennes. A gauche, ils sont limités tout à la base. A droite, ils remontent sur un grand travers de main. Des deux côtés, au-dessus des râles humides, la respiration est rude, l'expiration prolongée, il y a des sibilants et des ronflants. Pas de modifications particulières de la respiration aux sommets; ni craquements, ni râles humides ; aucun signe de tuberculose en évolution.

L'abdomen n'est pas distendu ; on n'y trouve pas de signe d'un épanchement appréciable. Rien à signaler du côté du tube digestif. Le foie, par contre, est augmenté de volume ; son bord inférieur descend à quatre travers de doigt sous le rebord costal ; il est douloureux à la pression. La rate n'est percutable que sur deux travers de doigt; elle n'est pas appréciable à la palpation.

Les urines sont rares et foncées. Elles contiennent de l'albumine en assez grande quantité (2g50 par litre). Mais, l'examen cytologique ne décèle que des cylindres hyalins et quelques hématies, sans leucocytes et sans cylindres granuleux.

Le malade a ses réflexes rotuliens, achilléens et pupillaires.

Il est apyrétique (36°4 à son entrée).

L'urée du sang, dosée dans les premiers jours de son séjour, au moment où le taux des urines était très réduit, était à 0g,75 par litre.

On soigne ce sujet comme un malade en état d'insuffisance cardiaque, par des doses moyennes de digibaïne d'abord (XL gouttes par jour pendant quatre jours). La dyspnée diminue, la cyanose est moindre, les bases pulmonaires se dégagent, le taux des urines se relève, mais le cœur garde son rythme à 100 et les phénomènes de stase inférieure, le volume du foie, les œdèmes, ne sont nullement modifiés.

L'adonis vernalis en infusion n'a pas donné de résultats meilleurs. Au contraire, le malade maigrit, son état général est plus bas, la dyspnée redevient plus pénible. Le 16 décembre, il a une crise violente de cyanose et de dypsnée qui dure un quart d'heure; il asphyxie; on craint à tout moment de le voir succomber.

On donne à nouveau de la digibaïne, cette fois sans aucun résultat. L'œdème des membres inférieurs augmente et nécessite des mouchetures. L'ouabaïne en injections intraveineuses (1/4 de milligramme par jour pendant trois jours), puis par la bouche (2 milligrammes par jour), l'état des veines ne permettant pas de continuer les injections, n'a pas plus de succès.

Le 28 décembre, pour la première fois, le malade a des crachats sanglants, sans point de côté. L'auscultation pulmonaire révèle, à la base droite, un foyer de gros râles humides.

Le 30 décembre, le malade toujours plus amaigri, plus abattu, plus dyspnéique, plus œdématié, fait une crise d'asphyxie semblable à la précédente et meurt en quelques minutes.

Pendant toute cette évolution, le rythme cardiaque et les bruits du cœur ne se sont pas modifiés. Le malade est resté apyrétique. Sauf un soir (38 degrés), sa température n'a jamais dépassé 37°5.

Autopsie. — L'examen du cœur confirme les résultats de l'examen clinique et radioscopique. Le cœur n'est pas volumineux ; il n'est légèrement dilaté qu'au niveau des cavités droites. Leur distension est très légère. Il n'a pas de fausses membranes, ni de plaques laiteuses sur la séreuse péricardique. On ne trouve rien d'anormal à l'ouverture des cavités gauches. Les valves mitrales et aortiques sont intactes. Les parois auriculaires et ventriculaires sont vierges de toute lésion et ne supportent aucune coagulation.

A l'ouverture des cavités droites apparaissent d'importantes lésions d'endocardite. Elles sont très exactement à la pointe du ventricule. Elles sont représentées par un petit chou-fleur, du volume d'une noisette, de végétations brunâtres, en partie sphacélées. Sur ces végétations s'insère un volumineux thrombus grisâtre, sans aucun mélange de caillot cruorique, élastique, résistant, régulièrement cylindrique, plus gros que le pouce d'un adulte, qui remonte dans la cavité du ventricule vers l'orifice de l'artère pulmonaire et pénètre dans le tronc de ce vaisseau sur 2 centimètres de longueur environ.

Ces lésions d'endocardite sont les seules. Ce caillot est unique. Les valves tricuspides et pulmonaires sont intactes. Dans l'oreillette et l'auricule droits, on ne trouve rien d'anormal; il n'y a pas trace de coagulation, pas plus qu'à l'origine et dans la partie initiale de la veine cave inférieure.

Les poumons présentent aux bases des lésions de congestion passive avec, à droite, un foyer noirâtre d'infarctus récent; on ne trouve pas de foyer semblable plus ancien. Dans les parties non congestionnées, les poumons ont l'aspect de poumons emphysémateux. Les ramifications bronchiques contiennent du muco-pus. Leur coupe apparaît nettement dessinée par un anneau de sclérose. Il n'y a pas de lésion de tuberculose ouverte, mais seulement au sommet droit, un tubercule calcifié.

Le foie, sur la coupe, a l'aspect typique du foie cardiaque. La rate est diffluente.

Les reins se laissent fort bien décapsuler et ne présentent pas de lésions de sclérose. Ils sont simplement congestionnés et cyanotiques avec des stries violettes le long des pyramides.

*
* *

Dans cette observation, un premier point intéressant est la présence de lésions d'endocardite thrombosante chez un sujet qui n'était pas auparavant un cardiaque. Le fait n'est pas exceptionnel, mais il se voit d'habitude, après une maladie grave, chez des vieillards en état de cachexie, des cancéreux ou des tuberculeux avancés. Ici l'endocardite s'est installée, sans la déchéance physique habituelle, sur un sujet robuste, qui n'avait aucune tare importante. Malgré ses bronchites répétées, notre malade n'était pas un tuberculeux; il n'avait pas du moins de lésion de tuberculose ulcéreuse, mais seulement de l'emphysème et de la sclérose péribronchique, comme l'a montré l'autopsie.

La localisation de l'endocardite sur les cavités droites est aussi à souligner. Chez les cardiaques la thrombose du cœur droit se voit aussi souvent et peut-être plus souvent que celle du cœur gauche. Les plus fréquentes des lésions cardiaques retentissent sur les cavités droites, entraînent leur distension et, par son intermédiaire, attirent et faci-

litent l'infection. Mais chez les non-cardiaques, celle-ci préfère les cavités gauches qui contiennent du sang oxygéné. Il est curieux de noter une endocardite droite sans lésion antérieure et sans aucune raison d'appel.

Il est plus rare encore de trouver ces lésions d'infection thrombosante non pas dans l'oreillette mais à la pointe du ventricule droit.

Au point de vue clinique, l'intérêt de cette observation réside dans le contraste curieux et frappant qui existait entre l'état du cœur, son calme relatif, sa régularité, la netteté de ses bruits et les phénomènes de stase à allure d'asystolie, les œdèmes, le gros foie, la dyspnée, les signes de congestion pulmonaire.

Malgré l'état du cœur, il s'agissait manifestement de stase d'origine circulatoire. Les reins ne pouvaient être mis en cause. Sans doute, il y avait albuminurie assez abondante et chiffre élevé d'urée dans le sang; mais les œdèmes étaient violacés, durs, élastiques; le gros foie douloureux, était manifestement un foie cardiaque; il n'y avait dans l'urine que des cylindres hyalins. L'autopsie n'a montré d'ailleurs que des lésions de cyanose et de congestion des reins. Les urines des cardiaques sont souvent albumineuses; quand elles sont rares, la rétention uréique peut être importante.

Ces phénomènes de stase n'étaient pas dus cependant à de l'insuffisance cardiaque. Ils doivent être compris comme de la thrombostase.

Les manifestations pulmonaires sont facilement expliquées par la présence du caillot trouvé à l'autopsie qui pénétrait jusque dans le tronc de l'artère pulmonaire et l'obstruait presque complètement. Lutembacher a publié un certain nombre d'observations d'endartérite pulmonaire oblitérante avec de la cyanose, de la dyspnée violente et des crises d'asphyxie semblables à celles de notre malade. Il s'y ajoutait d'habitude des râles congestifs aux bases, comme dans notre observation, bien que dans les cas de ce genre il n'y ait pas de surpression dans le territoire des poumons, comme dans la thrombose de l'oreillette gauche. Cette congestion est assez curieuse et n'a pas été parfaitement expliquée.

Les signes périphériques sont d'interprétation plus délicate. La thrombostase dans ce territoire n'a été signalée que lors de caillot de l'oreillette droite se prolongeant jusqu'à l'orifice de la veine cave inférieure et l'on semble bien considérer l'obstruction de ce tronc veineux à son origine comme le fait important et le facteur essentiel. Dans notre observation on ne peut pas incriminer cependant l'insuffisance et la distension des cavités droites. Cette distension était bien légère, très inférieure à celle qu'on trouve chez certains cardiaques n'ayant eu ni œdèmes, ni gros foie. Le myocarde droit avait gardé son épaisseur, sa coloration normale.

Il s'agit encore de thrombostase. En l'absence de thrombose auriculaire et de thrombose de la veine cave inférieure à son origine on ne peut incriminer que le caillot du ventricule droit.

On trouve d'ailleurs des raisons d'expliquer cette action du caillot ventriculaire dans les considérations que viennent de publier MM. Laubry, Routier et Walser, pour qui les phénomènes de stase périphérique ne sont pas de l'insuffisance du cœur droit, mais de l'insuffisance gauche. Ils sont dus à l'obstacle qu'opposent, au cours normal du sang, un cœur gauche distendu, devenu déficient, une lésion mitrale, la congestion chronique des bases pulmonaires que présentent les mitraux. Pour que la stase s'étende et des poumons gagne la circulation périphérique, l'obstacle suffit; la distension et l'insuffisance droites ne sont pas nécessaires. Chez notre malade l'obstacle siège un peu plus haut que dans les lésions du cœur gauche, mais doit pouvoir, en bonne logique, entraîner les mêmes conséquences.

Même si l'on n'admet pas cette conception nouvelle, la réflexion permet de comprendre que la présence de ce caillot ait eu de tels résultats. Pourquoi faudrait-il que la thrombose soit auriculaire et vienne obstruer l'orifice de la veine cave inférieure? Entre l'oreillette et l'artère pulmonaire, il n'y a pas de voie de dérivation. Un obstacle au niveau de ce tronc artériel doit être tout aussi efficace.

Dans l'endartérite pulmonaire oblitérante, on trouve d'ailleurs des phénomènes de stase périphérique semblables. Les conceptions de Lutembacher pour qui la thrombostase est purement périphérique dans la thrombose droite et purement pulmonaire dans la thrombose du cœur gauche ou de l'artère pulmonaire sont trop schématiques. Il suffit de relire ses propres observations pour s'en convaincre. Avec la dyspnée et la cyanose il y a souvent des œdèmes et un gros foie, et quand ces derniers symptômes font défaut, on peut se convaincre que l'évolution des accidents a été très rapide et l'asphyxie trop précoce pour qu'ils aient eu le temps de s'installer.

Dans les observations où ils ont été signalés, il s'agissait de mitraux qui avaient déjà fait ou étaient sur le point de faire de l'insuffisance cardiaque. Ces phénomènes de stase ont été mis sur le compte de l'insuffisance cardiaque. Le caillot de l'artère pulmonaire a dû jouer son rôle. La stase fut irréductible; c'est un argument en faveur de l'obstruction.

Dans la thrombose cardiaque, l'insuffisance du cœur est sans doute incriminée trop souvent; l'obstruction doit être, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, responsable de ces manifestations qui ne cèdent pas aux tonicardiaques. Les observations d'insuffisance irréductible avec cœur régulier que M. Vaquez (1) vient de publier ressemblent beaucoup à la nôtre et sentent la thrombose.

Il faut y penser même quand la stase est générale et s'étend à la fois au territoire pulmonaire et à la circulation périphérique. C'est un des enseignements de l'observation que nous apportons.

Un caillot du ventricule droit, prolongé dans le tronc de l'artère pulmonaire peut donner ce tableau complexe.

De tels cas sont évidemment d'un diagnostic très difficile, malgré la discordance entre les symptômes cardiaques et les signes périphériques qu'on trouve dans certains cas comme le nôtre. Pour notre malade, le diagnostic était d'autant plus délicat que son tableau clinique joignait encore deux particularités à celles qui ont été signalées déjà. Il fut constamment apyrétique et nous pouvions difficilement songer à l'endocardite. Il n'a fait une embolie que deux jours avant sa mort; les embolies sont habituellement beaucoup plus précoces.

(1) VAQUEZ. Les insuffisances irréductibles du cœur. *Monde méd.*, 15 mars 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1924)

Hygiène de l'enfance. — M. MARFAN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Pinard, Calmette et Léon Bernard, propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

L'Académie demande que le gouvernement prenne toutes les mesures nécessaires pour éviter la séparation de la mère et de l'enfant âgé de moins d'un an, sauf dans les cas où cette séparation est jugée, par un médecin, indispensable dans l'intérêt de l'enfant.

Mortalité des nourrissons. — MM. SALÈS et VALLERY-RADOT ont étudié, aux Enfants-Assistés, la mortalité des nourrissons, des enfants de moins d'un an, et ont constaté qu'elle a été inférieure à celle des autres crèches hospitalières.

Cependant, en raison du nombre élevé d'enfants débiles, cette mortalité a été encore trop élevée. Les auteurs estiment qu'il faudrait créer un service spécial pour ces débiles; à l'égard desquels on prendrait toutes les mesures hygiéniques et thérapeutiques nécessaires.

M. DOLÉRIS s'élève contre cette dénomination de débiles qui comprend un grand nombre d'enfants atteints d'affections très diverses.

La défense des ouvriers contre les dangers de l'intoxication saturnine. — Malgré les grands progrès réalisés dans la défense des ouvriers contre les dangers des professions insalubres, on constate malheureusement qu'aujourd'hui encore des lacunes restent à combler.

C'est ainsi que M. le professeur Léon BERNARD présente un travail de l'Institut d'hygiène industrielle de la Faculté de médecine, dans lequel MM. F. HEIM, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL signalent le mauvais état sanitaire actuel de certains petits ateliers de fabrication de peintures plombifères, qui sont insuffisamment outillés et surveillés.

Pour remédier à la précocité, à la fréquence et parfois à la gravité de troubles saturnins qui peuvent devenir rapidement mortels, on doit faire marcher de pair l'assainissement des ateliers, le perfectionnement de l'outillage, et l'augmentation des précautions individuelles, que les ouvriers, malgré les conseils qu'on leur donne, sont portés trop souvent à négliger.

Mais il faut ajouter qu'il convient de ne pas négliger l'examen systématique des ouvriers, surtout dans les premiers temps de leur entrée dans une profession saturnine. Cet examen, en particulier celui du sang, peut révéler de bonne heure le danger menaçant : par suite, il permet d'instituer, à temps, les mesures nécessaires qui amélioreront l'état sanitaire de tous les ouvriers, leur éviteront à tous des accidents possibles, et feront échapper quelques-uns d'entre eux à la menace imminente, quoique encore insoupçonnée, des complications les plus graves.

Action des rayons ultraviolets sur l'ovaire. — M. SARDMAN a traité des jeunes filles atteintes de troubles menstruels par les rayons ultraviolets, et en a obtenu de bons résultats au point de vue du rétablissement des fonctions normales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JUIN 1924)

A propos de la typho-bacillose. — M. BABONNEIX, au sujet de la récente communication de M. Jousset, montre que chez l'enfant la typho-bacillose revêt fréquemment le masque de la fièvre typhoïde et que cette affection guérit souvent spontanément.

Lipomatose à évolution et à localisation spéciales. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, L. BLAMOUTIER et J. KRIEF rapportent un cas de lipomatose qui se différencie par son évolution et la localisation des lipomes des cas jusqu'ici publiés.

Un lipome apparaît au flanc gauche chez une femme de trente-trois ans. Ce lipome bien circonscrit reste unique pendant trois ans. A ce lipome succèdent un état d'obésité et une série de masses lipomateuses, mal circonscrites, toutes bilatérales et symétriques. Elles siègent dans les régions préhyoïdienne, sus-claviculaire, épigastrique, abdominale, au niveau de la VIIe cervicale, au-dessous de la pointe des omoplates et au niveau des hanches.

A cette lipomatose s'associent un état sclérodermique du visage, des troubles ovariens et une diminution du métabolisme basal.

Les traitements opothérapiques, de même que les essais d'ionisation et d'application de rayons infrarouges, sont restés inefficaces.

Un cas de mégacôlon énorme d'origine congénitale. — MM. André BERGÉ, CHEVRIER et Paul LEFÈVRE présentent une pièce de mégacôlon monstrueuse provenant d'un jeune homme de quinze ans opéré pour une occlusion intestinale incomplète prolongée : trente-huit jours sans selles, mais avec émission de gaz.

Ce mégacôlon renfermait près de 14 kilogrammes de matières fécales et refoulait les organes thoraciques : cœur et poumon, en galette, derrière le manubrium sternal.

Outre diverses particularités, notamment une hydro-urétéro-néphrose droite déterminée par un amas fécal dur dans la moitié droite du petit bassin, ce mégacôlon faisait la preuve de son origine congénitale par le fait de la rétention du méconium observée à la naissance. Histologiquement, il y avait, en plus de l'hypertrophie habituelle de la couche musculaire circulaire, une remarquable destruction en masse de la muqueuse colique.

Réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives chez un arséno-résistant. Importance du terrain dans l'évolution des accidents syphilitiques. — MM. LORTAT-JACOB et ROBERTI. Il s'agit d'un malade de 60 kilogrammes dont les accidents cutanés ne furent jamais complètement jugulés par des séries fortes de novarsénobenzol et qui cependant présentait constamment les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann négatives. Réactions contrôlées simultanément par trois laboratoires différents.

L'arsénorésistance ne peut reconnaître ici sa source dans un traitement insuffisant; les doses ayant atteint à chaque série plusieurs injections de 90 centimètres cubes (pour un poids de 60 kilogrammes). Le fait suivant met encore en lumière le rôle du terrain, le malade a contaminé il y a dix-huit mois une jeune femme qui présenta un Wassermann négatif au début de l'affection, mais chez elle la marche de la syphilis fut régulièrement influencée par le novarsénobenzol, tant sous le rapport des réactions sérologiques que sur le rapport des accidents cutanés.

Coma diabétique et tuberculose pulmonaire. Traitement par l'insuline. — M. F. RATHERY et Mlle DREYFUS-SÉE rapportent une observation de coma diabétique vrai survenu au cours de l'évolution d'un diabète consomptif compliqué de tuberculose pulmonaire.

Le coma fut guéri par des injections d'insuline dont l'action ne fut aucunement entravée par la tuberculose, ni pendant la crise de coma, ni en dehors d'elle.

On a noté une poussée évolutive très rapide de la bacillose pulmonaire; il est difficile d'affirmer que le traitement insulinique ait joué un rôle dans cette aggravation des lésions. Tout ce qu'on peut dire c'est qu'il ne l'a pas empêchée.

Participation du squelette aux localisations de la granulomatose maligne, dite maladie de Hodgkin. — M. BÉCLÈRE.

Les pleurésies à cholestérine. — MM. Am COYON, Noël FIESSINGER et P. MEIGNANT résument l'histoire de deux pleurésies à cholestérine dont l'une présenta ce phénomène exceptionnel qu'est la vomique à cholestérine. De l'étude de ces deux observations et de celle des faits publiés antérieurement ils concluent que ces pleurésies sont généralement des

pleurésies chroniques de nature tuberculeuse, souvent enkystées dans des coques pleurales particulièrement épaisses. Ce sont presque toujours des pleurésies latentes, sans aucun symptôme fonctionnel. Le liquide est épais, de couleur chocolat au lait ou louche avec des paillettes visibles par miroitement. L'examen microscopique y décèle avec facilité des cristaux de cholestérine, le taux de cette cholestérine oscille entre 2 et 30 grammes pour 1.000 et diminue à mesure que les ponctions se répètent. Chez ces sujets le taux de la cholestérinémie est normal. Cette constatation oppose ces épanchements où la cholestérine apparaît par transformation locale avec les dépôts locaux de cholestérine qui furent décrits par le professeur Chauffard et ses collaborateurs au cours des cholestérinémies.

Azotémie au cours d'une fièvre typhoïde. Action hypothermisante de la rétention azotée. — MM. Lemierre et Etienne Bernard rapportent l'observation d'une femme obèse atteinte d'une fièvre typhoïde grave chez qui survint à partir du quinzième jour de la maladie une chute progressive de la température, contrastant avec la persistance et même l'accentuation de la stupeur ainsi que de la diarrhée avec incontinence des matières et des urines. Cet abaissement thermique a été provoqué non par une injection de trypaflavine traité en raison de la gravité de l'état général, mais par le développement progressif d'une azotémie en relation avec une néphrite typhoïdique.

Au moment où cette azotémie atteignit son maximum, 3g57 d'urée par litre de sérum, la température tomba au-dessous de 37, puis l'azotémie ayant rapidement régressé pour disparaître complètement neuf jours plus tard, la température s'éleva progressivement pour atteindre jusqu'à 39, en même temps que s'ébauchait un syndrome de fièvre typhoïde ataxo-adynamique avec délire, tremblement et carphologie ; cette reprise des accidents infectieux ne fut d'ailleurs que passagère et la guérison survint sans nouvel incident.

Cette observation démontre une fois de plus l'action hypothermisante de l'azotémie.

Néphrite suraiguë mercurielle avec ascension de l'urée du sang à 7g29. Guérison. — MM. A. Lemierre et Etienne Bernard rapportent l'observation d'un jeune homme qui, immédiatement après un lavage de l'urètre avec une solution d'oxycyanure de Hg pratiquée consécutivement à un cathétérisme qui avait fait saigner le canal, fut pris d'accidents graves d'empoisonnement mercuriel.

Il y eut seulement deux jours d'anurie, mais pendant sept jours encore après la reprise de la diurèse l'azotémie ne cessa de progresser pour atteindre le chiffre énorme de 7g29 par litre de sérum. A ce moment se produisirent d'ailleurs quelques symptômes menaçants : tendance à l'hypothermie, somnolence, petites secousses musculaires, irrégularités respiratoires. La guérison survint néanmoins et quinze jours après le moment critique l'urée sanguine était retombée à 0g31.

Les auteurs insistent sur la dissociation qui a existé chez leur malade, comme cela est habituel en pareil cas d'ailleurs, entre la reprise de la diurèse aqueuse et la persistance de l'impossibilité pour le rein d'exécrer l'urée à une concentration élevée. Ceci explique la progression de l'azotémie malgré l'émission d'une quantité assez considérable d'urine. La thérapeutique logique de la néphrite mercurielle consiste à introduire dans l'économie le plus d'eau possible au moyen de boissons abondantes et d'injections sous-cutanées et intraveineuses de solutions glucosées qui élèvent la diurèse aqueuse et entraînent ainsi un peu plus de déchets azotés.

L'amaigrissement subi par le malade a été de 9 kilogrammes. Il n'a pris aucune alimentation pendant la durée de ses accidents. Il y a donc eu, sous l'influence de l'intoxication mercurielle, une désintégration importante des tissus aboutissant à la production d'une grande masse d'azote excrémentiel, ce qui explique l'intensité de l'azotémie, celle-ci a été avant tout endogène.

Au point de vue pratique cette observation montre que les lavages de l'urètre à l'aide de solutions d'oxycyanure de mercure peuvent avoir de graves conséquences et qu'il serait prudent d'y remédier.

Valeur séméiologique de l'épreuve de Meltzer-Lyon. — MM. M. Chiray et M. Milochevich, poursuivant leurs recherches sur l'épreuve de Meltzer-Lyon, abordent l'étude de sa valeur séméiologique. Le clinicien peut, par ce procédé d'exploration, obtenir deux ordres de renseignements. Les uns sont fournis par le mode de réponse duodénale à l'excitation magnésienne. Les autres peuvent être tirés de l'examen physique, histologique, chimique et bactériologique de la « bile B ».

1° *Au point de vue de la réponse vésiculaire on peut distinguer trois cas pathologiques.* — Où l'épreuve est entièrement négative ou elle est presque négative donnant seulement quelques gouttes de « bile B », ou elle fournit une bile de coloration anormalement foncée ou même presque noire, en quantité tantôt normale, tantôt excessive.

a. Quand l'épreuve de Meltzer-Lyon reste entièrement et constamment négative on est en droit de conclure à la suppression totale anatomique ou fonctionnelle de la vésicule par obturation du cystique ou péricholécystite étendue. Lorsqu'elle est négative seulement avec les excitants forts tels que la peptone, et positive avec les excitants faibles tels que le sulfate de magnésie, on peut penser à l'ampullo-spasme (spasme de l'ampoule de Vater) avec parésie vésiculaire comme cela se voit dans les duodénites, en particulier dans l'ulcère duodénal.

b. Quand l'épreuve de Meltzer-Lyon, quoique presque négative, fournit cependant quelques gouttes de « bile B », on peut, en tenant compte de certains détails de l'épreuve penser, soit à la cholécystite calculeuse, soit à la péricholécystite sans adhérences trop serrées.

c. Quand l'épreuve de Meltzer-Lyon fournit en quantité normale ou excessive une « bile B » de coloration très brune ou presque noire, elle traduit la stase vésiculaire. On peut alors, suivant les cas, penser à la cholécystite chronique avec dilatation, à la compression du cystique par une tumeur de voisinage ou par des adhérences, enfin à la simple perte ou diminution du réflexe duodéno-vésiculaire.

2° *L'examen physique, histologique, chimique et bactériologique de la « bile B » fournit des indications importantes sur l'état anatomique de la paroi vésiculaire.* — C'est une sorte de biopsie. En colligeant les résultats de ces divers examens on peut décrire le syndrome des cholécystites chroniques calculeuses et non calculeuses dans l'épreuve de Meltzer-Lyon.

a. Dans la cholécystite chronique non calculeuse, la « bile B » est souvent épaisse, trouble, noirâtre ou verdâtre et contient, soit des flocons de mucus, soit des amas purulents. Histologiquement on y trouve en plus ou moins grande abondance des globules blancs, des cellules épithéliales dégénérées, quelquefois aussi des globules rouges.

b. Dans la lithiase biliaire et dans la cholécystite lithiasique la « bile B » peut présenter tous les types de réaction depuis la forme catarrhale jusqu'à la suppuration franche. On observe, en outre, un signe caractéristique de l'état lithiasique, signe qu'ont décrit MM. Chiray et Le Clerc et qu'ont confirmé MM. Labbé, de Mour et Nepveux. C'est la diminution de la cholestérine dans la bile vésiculaire sans modification semblable dans les « biles A et C » et sans diminution parallèle des pigments dans la bile « B », le phénomène pouvant être qualifié de dissociation cholestérino-pigmentaire. Quelquefois aussi on trouve dans la « bile B » des calculs de très petite taille qui ont été décrits par MM. Chiray et Blum sous le nom de calculins.

Présentation d'un appareil pour pneumothorax. — M. Kouchnir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1924)

Sténose duodénale. — M. Bréchot communique deux observations de M. Charrier (de Bordeaux) qui sont de nouveaux exemples de sténose duodénale par compression chronique, affection dont a parlé M. Lecène et dont M. Ombrédanne a pu réunir 28 cas. Les deux observations de M. Charrier viennent s'ajouter à ces 28 cas.

Le premier cas a trait à une femme de quarante-trois ans

qui présenta des troubles digestifs bientôt suivis de vomissements verts et de tous les autres signes, confirmés par la radioscopie, de sténose duodénale. M. Charrier pratiqua une jéjunoduodénostomie et guérit sa malade.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme qui présenta exactement le même tableau symptomatique et subit également une jéjunoduodénostomie. Mais après l'opération les troubles reparurent. M. Charrier pensa qu'il s'agissait d'une compression secondaire. Il réintervint et fit une pexie. Son malade guérit.

Dans ces deux cas, M. Charrier a trouvé une bride mésentérique.

M. Bréchot fait suivre ces observations de quelques réflexions. Il y avait cette différence entre les deux cas de M. Charrier que, dans le dernier, il s'agissait plutôt d'oblitération momentanée du duodénum, tandis que dans le premier cas il s'agissait d'un état chronique qui pouvait donner le change avec une appendicite, une cholécystite ou plus probablement une duodénite atténuée. M. Bréchot fournit plusieurs exemples. Il cite des cas de distension aiguë de l'estomac avec distension du duodénum.

En terminant, il approuve M. Charrier de la conduite qu'il a suivie dans ces deux cas. La jéjunoduodénostomie est bien certainement, dans ces cas, l'opération de choix. Chez son second malade, M. Charrier a dû pratiquer une pexie secondaire.

M. Sauvé a observé un cas analogue dans lequel la distension du duodénum était énorme, si bien qu'on l'avait prise pour une hydronéphrose. La cause était une corde mésentérique avec ulcération du mésentère. Guérison.

M. Lecène fait observer que dans le travail qu'a cité M. Bréchot il n'a eu en vue que la distension aiguë du duodénum, avec syndrome de mésentérite ou d'occlusion duodénale aiguë postopératoire. Dans certains cas un estomac géant peut exercer à son tour une compression. Mais il faut autre chose que la simple compression.

Kystes du cartilage externe du genou. — M. Auvray rapporte trois observations de M. Jean (de Toulon) d'un caractère quelque peu exceptionnel. Il s'agit de kystes du cartilage externe du genou observés chez trois marins ayant subi des traumatismes sur le genou. Les symptômes sont les suivants : douleurs, impotence fonctionnelle, apparition d'une petite tuméfaction sur le côté externe du genou, bloquage du genou, pas d'hydarthrose. Cette petite tumeur est résistante, parfois fluctuante, la ponction donne alors un peu de liquide gommeux. M. Jean a fait une incision et enlevé la plus grande portion du cartilage siège de la tumeur. Celle-ci présentait exactement le même aspect chez les trois malades. Un examen histologique pratiqué à Toulon par M. Petit, et confirmé, à Paris, par M. Letulle, a conclu à une altération du cartilage, peut-être congénitale, de cause inconnue.

M. Auvray se demande ce que sont ces prétendus kystes. On en a cité des exemples en Allemagne et en Angleterre. Ils sont, jusqu'ici, inconnus en France. Il résulte des recherches bibliographiques qu'a faites M. Auvray qu'on a pu en réunir 18 cas. Dans 45 p. 100 des cas, il y a une origine traumatique. Le siège de ces tumeurs est toujours le même, entre le ligament latéral externe et le tendon rotulien. Il ne faut pas les confondre avec la méniscite chronique. La réaction de Wassermann a toujours été négative. Il y a souvent un traumatisme antérieur, souvent aussi ces tumeurs naissent spontanément. Il s'agit là de faits très rares. Comme traitement, les grattages, les curettages sont insuffisants. Le mieux est d'enlever complètement le cartilage externe.

Arthrite gonococcique. Injection de sérum antigonococcique dans l'articulation. — M. Louis Bazy cite deux cas d'arthrite gonococcique guéris par cinq injections de sérum antigonococcique dans l'articulation. Ces deux beaux succès sont dus à MM. Béguet et Gonard.

Un nouveau mode d'anesthésie. — M. Fredet propose un nouveau mode d'anesthésie générale qu'il a déjà employé, avec succès, sur 60 malades. Voici quelle est cette méthode :

1° Une demi-heure avant l'anesthésie générale, injection sous-cutanée de morphine associée à la scopolamine;

2° Injection intraveineuse d'un somnifère dont nous n'avons pu retenir la formule exacte, enfin quelques gouttes d'éther ou de chloroforme sur la compresse. Avantages : les malades ne vomissent jamais ni pendant, ni après. Action à peu près nulle sur les centres cardiaque et respiratoire; la respiration seule est un peu accélérée. Aucune action sur le foie ni sur les reins.

Inconvénients : persistance d'un certain état de torpeur. Il faut surveiller les opérés et les faire boire beaucoup après l'opération. Cette méthode a paru à M. Fredet efficace et inoffensive.

Présentations. — M. Ombrédanne présente deux enfants, une petite fille et un petit garçon, qui ont été renversés, l'un par un auto, l'autre par un cheval. Entre divers traumatismes, écrasement du nez, réfection du nez par la méthode italienne. Beau résultat chez les deux.

M. Alglave présente un homme qui a eu une fracture du col du fémur, non consolidée après six mois et qui le rendait impotent. M. Alglave a enlevé la tête fémorale. Bon résultat fonctionnel.

M. Dujarier montre une fracture de l'extrémité inférieure du radius, fort bien réduite par simple contention plâtrée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1924)

A propos de l'action curative de l'anatoxine diphtérique sur les lésions de diphtérie expérimentale. — M. Ch. Zœller étudie l'action curative de l'anatoxine diphtérique sur les lésions de diphtérie expérimentale qu'il a précédemment décrites chez le cobaye.

En applications locales, l'anatoxine se montre inefficace.

En injections sous-cutanées, son usage ne modifie en rien l'évolution de la lésion constituée.

L'action combinée du sérum antidiphtérique et de l'anatoxine paraît en certains cas avoir hâté la guérison.

Action de l'irradiation de divers territoires sur les hémorragies nasales. — MM. G. Canuyt et M. Wolf. Stephan, en 1920, a montré que l'irradiation de la rate augmente la coagulabilité du sang. MM. Pagniez, Ravina et Solomon (1922-1924) ont confirmé ce résultat. Mais ils ont, en outre, montré que l'irradiation du sang circulant sur un territoire quelconque (gros vaisseaux, paume de la main) produit le même effet.

MM. Canuyt et M. Wolf ont utilisé l'irradiation de divers territoires et notamment de la main comme moyen hémostatique. Ils apportent une série de cas d'épistaxis du type « essentiel » dans lesquels cette technique leur a donné un résultat excellent, même dans deux cas d'épistaxis à répétition datent de plusieurs années.

Nouvelle méthode de mesure de la pression capillaire. — M. Guillaume. Plusieurs méthodes ont été proposées pour mesurer la pression capillaire chez l'homme. La plus ancienne en date de toutes ces méthodes est celle imaginée par von Kries qui cherche dans la disparition, sous l'influence de la compression, de la coloration rose des téguments, de nombreux procédés imaginés par d'autres chercheurs appliquent, avec des variantes, et une instrumentation modifiée, cette méthode de von Kries. Lombard, il y a quelques années, a substitué au procédé de von Kries, fondé sur l'observation de la coloration des téguments, une méthode de mesure de la pression capillaire par observation directe de ces vaisseaux au repli unguéal et constatation de l'arrêt du passage du sang lors de l'écrasement de ces vaisseaux.

Il a, ailleurs (1), fait la critique de ces méthodes, et, montré que la coloration des téguments comme l'observation de la circulation dans les capillaires sont des critères qui ne peuvent servir de base incontestable à la mesure de la pression capillaire.

(1) In Michineau. La mesure de la pression capillaire, *Th. de Paris*, 1924.

Les modifications de la coloration des téguments dépendent, en effet, de l'écrasement du plexus veineux papillaire et non de l'écrasement des capillaires eux-mêmes ; quant à l'arrêt de la circulation dans les anses du réseau capillaire sous-unguéal, c'est un phénomène normal, périodique et cyclique (1), qui se produit spontanément en dehors de toute compression et qui ne peut donc servir de criterium sûr à la mesure de la pression capillaire.

Il a, ailleurs (2), décrit une méthode de mesure de la pression capillaire, fondée sur un critère différent de ceux adoptés par les chercheurs précédents, et mesurée à l'aide d'un appareil nouveau réalisé en collaboration avec MM. Constant et Maxime Stiassnie.

Cette méthode trouve, dans l'observation directe des capillaires, non plus au pli sous-unguéal, mais au dos du doigt, et dans l'évacuation de la majorité des boucles d'anses capillaires, le critère de la mesure de la pression sanguine dans ces vaisseaux.

La méthode qu'il a l'honneur de présenter à la Société de biologie est une modification de la précédente, fondée sur un principe nouveau entièrement différent de ceux qui ont été jusqu'à présent préconisés.

C'est l'application d'un phénomène spectroscopique, d'observation facile, qui permet cette mesure.

Si, en effet, on regarde, avec un spectroscope à vision directe, les téguments du vivant, on voit apparaître au moins une et souvent les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine.

L'observation microspectroscopique (3) des téguments montre ces bandes avec une particulière netteté, et si, par compression des téguments, on évacue les anses capillaires, on voit que les bandes caractéristiques de l'oxyhémoglobine ne disparaissent qu'au moment de l'évacuation en masse de la majorité des anses capillaires, très grande, phénomène qui servait de critère de la mesure de la pression capillaire dans son précédent procédé de mesure. Il est, dans ces conditions, très facile d'appliquer ce phénomène à la mesure de la pression spectroscopique capillaire. Se servant de l'instrumentation qu'il a réalisée (capillaroscope construit sur ses indications par MM. Stiassnie frères. Balance de mesure de la pression capillaire, établie en collaboration avec MM. C. et M. Stiassnie), on adapte au capillaroscope, à la place de l'oculaire, un oculaire spectroscope ; la mise au point étant réalisée, on effectue la compression tégumentaire en ajoutant des poids à l'un des paniers de la balance jusqu'à disparition complète des bandes de l'oxyhémoglobine.

Ce phénomène se produit pour une pression égale à celle qui permet d'obtenir l'évacuation en masse de la très grande majorité des capillaires dans le procédé qu'il a indiqué précédemment.

Ce procédé spectroscopique de mesure de la pression capillaire présente sur le procédé qu'il a décrit antérieurement l'avantage d'être d'une interprétation plus aisée, plus facile à saisir, que dans le procédé précédent.

M. Ph. PAGNIEZ désirerait savoir en quoi cet appareil se distingue des précédents et sur quel principe nouveau il se fonde.

M. GUILLAUME. Il est surtout plus commode.

Action préventive du choc anaphylactique sur l'intoxication expérimentale par la strychnine. — MM. F. ARLOING et L. LANGERON montrent que si l'on fait précéder une injection mortelle de sulfate de strychnine d'un choc anaphylactique au sérum ou à la peptone de caséine, on constate que les animaux ayant présenté le choc le plus grave survivent, que ceux ayant un choc d'une moyenne intensité présentent un retard très notable et une diminution des effets du poison, tandis que ceux n'ayant eu qu'un choc faible succombent comme les témoins au strychnisme en deux à trois minutes.

Ce phénomène, fort intéressant, est difficile à reproduire sûrement à cause de la complexité de son déterminisme : intensité suffisante du choc, intervalle optimum entre celui-ci et l'injection du poison, etc.

La protection par le choc résulterait du fait que la profonde perturbation qu'il produit sur le système vago-sympathique met ce système en état d'irrecevabilité vis-à-vis de l'introduction d'une nouvelle cause perturbante.

Désensibilisation dans l'anaphylaxie digestive expérimentale du cobaye. — MM. F. ARLOING, L. LANGERON et SPASSITCH ont obtenu une préservation rapide temporaire (skeptophylaxie) par l'administration préalable d'une seule goutte d'un antigène protéique ou de doses croissantes répétées, administrées par n'importe quelle voie ; les voies cutanée et parentérale sont douées du plus fort pouvoir désensibilisant.

Cette désensibilisation n'a pas un caractère spécifique ; elle est au maximum pendant quarante-huit heures. La protéine préventive doit être administrée quarante-cinq à soixante minutes avant le repas déchaînant. L'adjonction de bile renforce l'action de la protéine. Il est plus facile de désensibiliser contre un choc protéique direct que contre un choc anaphylactique vrai.

On peut également désensibiliser par l'administration prolongée d'antigènes à doses minimes, de préférence par la même voie d'introduction que celle par où pénétra l'antigène déchaînant. On obtient ainsi un état réfractaire durable résultant d'un processus de défense locale (muqueuse intestinale) et générale (système vago-sympathique).

Mode d'action des rayons X sur les cellules. Irradiation d'organes isolés. — M. J. JOLLY. On ignore encore le mécanisme de l'action nocive des radiations sur les cellules. Les uns attribuent la nocivité à une action directe sur le noyau cellulaire ; d'autres l'attribuent à une substance toxique mise en liberté ; d'autres, enfin, ajoutent à l'action directe, une action indirecte provenant des tissus voisins.

L'auteur a étudié l'action des rayons X sur des organes isolés et, en particulier, sur les ganglions lymphatiques. Ayant libéré un ganglion de toutes ses connexions vasculaires, il le soumit à une irradiation intense. Ce ganglion ne présenta, à la suite de l'irradiation, aucune lésion appréciable, alors que les ganglions témoins, irradiés dans les mêmes conditions, montraient déjà des lésions caractéristiques.

Sur l'absorption de l'huile par la plèvre. — MM. Léon BINET et J. VERNE, expérimentant sur le chien, étudient le mode d'absorption de l'huile fraîche, dépourvue d'acides gras, injectée dans la cavité pleurale.

Dix à vingt jours après l'injection, on enregistre l'apparition de replis de l'épithélium pleural ; l'aspect est celui de petites villosités avec un axe conjonctif provenant du chorion de l'endoplèvre qui a lui-même augmenté d'épaisseur et contient de nombreux capillaires.

Des globules gras sont visibles à la surface de l'épithélium pleural, mais ils sont surtout accumulés au fond des espaces intervilleux ; d'autre part, ils se retrouvent dans le tissu pulmonaire, apparaissent dans les vaisseaux, où ils présentent des figures de destruction.

Au cours d'une telle absorption, il est à remarquer que les globules gras ne peuvent être mis en évidence dans les cellules de l'épithélium et les expériences des auteurs les conduisent à admettre que l'épithélium n'absorbe que des produits de dislocation de la graisse ; l'absorption de la graisse par la plèvre diffère de celle qui se produit au niveau de l'intestin.

La nature du virus rabique fixe. — MM. LEVADITI, NICOLAU et Mlle SCHOEN ont montré que le virus fixe diffère du virus des rues par sa virulence plus marquée pour le lapin et par le fait qu'il a perdu la faculté de réaliser, chez l'animal, le cycle évolutif pansydroblastique représenté par le corps de Negri. Ils ont recherché si le virus rabique fixe, placé dans des conditions particulières, était capable de récupérer la faculté d'accomplir à nouveau son cycle pansydroblastique. Des expériences ont été faites sur les singes inférieurs et le chimpanzé. Elles ont montré qu'au fur et à mesure des passages intracérébraux sur les simiens inférieurs et les anthropoïdes, le virus fixe acquiert la propriété de provoquer des lésions neurotiques de plus en plus accusées. En outre, malgré un retour en arrière sur une espèce animale (singe), très éloignée de celle qui a servi à l'adaptation et qui a déterminé

(1) A.-C. GUILLAUME. *C. R. de l'Acad. des sc. de Paris*, 1924.

(2) A.-C. GUILLAUME. Essai sur la morphologie et la physiopathologie des petits vaisseaux superficiels, *Bull. méd.*, 1923.

(3) En adaptant un oculaire spectroscope au capillaroscope.

la mutation du virus des rues en virus fixe (lapin), ce dernier virus ne récupère pas la faculté d'accomplir son cycle évolutif pansporoblastique. Le virus fixe, quoique très adapté au lapin, ne semble pas avoir perdu sa virulence pour le singe (inoculation intracérébrale).

L'expérience sur le chimpanzé, espèce la plus rapprochée de l'homme, montre que, très probablement, il en est de même de son activité pathogène par le névraxe de l'espèce humaine. Il en résulte que la vaccination antirabique, d'après la méthode pastorienne, utilise un virus encore fortement virulent pour les centres nerveux de l'homme.

La méthode pastorienne n'a donc été applicable que grâce à l'emploi d'un virus fixe appauvri en germes actifs par la dessication, et surtout grâce à l'utilisation d'une voie d'introduction (la voie sous-cutanée) peu favorable au développement des intravirus neurotiques dans l'organisme animal (poliomyélite, herpès, encéphalite).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES AVANCES DE L'ÉTAT POUR LA CONSTRUCTION D'UN SANATORIUM

M. André Hesse, député, expose à M. le ministre du travail qu'un comité départemental de défense contre la tuberculose a l'intention de faire construire un sanatorium dont la dépense est évaluée à 3 millions de francs; qu'outre la subvention de 1.500.000 francs qu'il compte solliciter de l'Etat, en vertu de l'article 2 de la loi du 7 septembre 1919, il désire faire appel aux avances accordées au taux réduit de 2 p. 100, par l'article 33 de la la loi du 5 décembre 1922, et demande quel est le chiffre maximum des avances qu'il peut ainsi obtenir. (*Question du 26 juin 1924.*)

Réponse. — D'après l'article 33 de la loi du 5 décembre 1922, les collectivités qui participent à la création d'un sanatorium public peuvent bénéficier de prêts au taux de 2 p. 100 dans les conditions prévues aux articles 22 et suivants de la même loi. Aux termes de l'article 22, le montant des prêts ne peut dépasser 60 p. 100 du prix de revient ou d'acquisition des immeubles. Toutefois, cette proportion peut être portée à 75 p. 100 lorsque le remboursement des prêts est garanti par un département ou une commune. Il importe d'ajouter que la commission d'attribution des prêts, instituée par l'article 24 de la loi du 5 décembre 1922, qui a seule qualité pour se prononcer à ce sujet, a estimé, à l'occasion de l'examen de demandes analogues, que le montant cumulé des prêts et des subventions consentis pour la création d'un sanatorium public ne pourrait pas dépasser le maximum de 85 p. 100 prévu par le paragraphe 4 de l'article 22. En ce qui concerne spécialement la subvention de 1.500.000 francs, que le comité départemental de défense contre la tuberculose a l'intention de solliciter, elle ne pourra être allouée que si le comité justifie de sa reconnaissance comme établissement d'utilité publique (art. 1er de la loi du 7 septembre 1919). (*J. O.*, 12 juillet 1924.)

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC) (1)

Signes moteurs. — Les signes d'excitation et de dépression s'intriquent. Tandis que les convulsions, les mouvements automatiques peuvent encore apparaître, on voit plus souvent

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 57, p. 954, et n° 59, p. 991.

qu'à la phase de début des *paralysies*. C'est du strabisme permanent, du ptosis d'une paupière (fréquent), de la paralysie faciale et autres paralysies permanentes ou passagères qui démontrent l'atteinte des nerfs de la *base*.

L'*hyperesthésie* diminue.

Les *pupilles* se dilatent et restent inégales. Elles sont paresseuses à la lumière.

La *raie méningée* est facile à mettre en évidence ; elle est très *persistante*.

Cette période d'accalmie, très variable comme groupement de symptômes, est très variable également comme durée. Elle peut ne pas dépasser vingt-quatre heures ou durer plusieurs jours. Bientôt les phénomènes de dépression l'emportent : ils seront prédominants à la phase terminale.

IV. Période terminale. — La somnolence s'est accentuée progressivement. L'enfant est couché sur le dos, absolument inerte (la position en chien de fusil a disparu). La stupeur augmente. De temps en temps il peut y avoir encore des convulsions; mais les paralysies l'emportent. La raideur de la nuque disparaît. Les membres deviennent flasques; et on peut constater des *paralysies* plus ou moins localisées permanentes.

Les yeux restent ouverts, souvent inégalement à cause d'un ptosis unilatéral. Ils sont fixes, sans clignements; on constate de la rougeur conjonctivale et du dépoli de la cornée. Il y a disparition de la vision. Les réflexes oculaires sont abolis, il y a inégalité pupillaire et mydriase.

La température reste basse ; mais souvent on remonte aux environs de la mort à 40 ou 41 degrés. Le pouls s'accélère, devient petit, mal frappé ; l'arythmie augmente. La respiration est inégale et s'accélère.

L'alimentation du malade devient presque impossible, du fait de la perte du réflexe pharyngé. La diarrhée apparaît; le ventre se ballonne ou bien il reste plat et excavé.

Cette période peut durer jusqu'à une semaine; en général elle est plus courte : le coma devient de plus en plus profond; les extrémités se refroidissent tandis que la température centrale continue à monter. Les téguments prennent une teinte livide, se couvrent de sueurs froides. Le râle trachéal apparaît et la mort survient.

Formes cliniques. — La description que nous venons de faire ne peut être que schématique. Tous les symptômes ne s'observent pas chez le même malade; les trois phases ne se succèdent pas toujours avec régularité; l'une d'elles peut manquer, etc. C'est dire le grand nombre de formes cliniques que l'on pourrait décrire; il est tout à fait inutile de les multiplier.

A. Chez l'enfant. — a. *Selon l'évolution.* — Il y a des formes foudroyantes et il y a des formes à *rémission prolongée* qui ont pu faire croire à des guérisons.

b. *Selon l'aspect clinique et la localisation des lésions.* — On peut voir quelquefois chez l'enfant de nombreuses formes en rapport avec des localisations diverses; mais c'est chez l'adulte qu'on les observe surtout : nous y reviendrons. Contentons-nous de signaler :

La forme *ventriculaire* où le coma est précoce, où les contractures sont importantes, où le liquide est hypertendu;

La forme qui succède à un *tubercule cérébral* où il y a une première phase de tumeur plus ou moins longue;

Enfin, une forme associée à la méningite cérébro-spinale où le diagnostic ne peut se faire que par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

***B.* Chez le nourrisson.** — La méningite tuberculeuse est assez fréquente chez le nourrisson; elle affecte chez lui une allure particulière; on n'y constate pas le trépied méningitique.

a. La *forme somnolente* (Lesage) est la plus fréquente; c'est elle qu'il faut prendre comme type de description.

Les prodromes sont constitués par de l'amaigrissement que l'on met souvent sur le compte de quelques troubles digestifs (diarrhée).

Mais ces troubles ne suffisent pas à expliquer la constance de l'amaigrissement.

A la période d'état c'est la *somnolence* qui est le signe capital. L'enfant s'endort facilement et fréquemment. L'amaigrissement continue (40 à 50 grammes par jour).

Le seul *aspect* du nourrisson est très important à noter : le regard est fixe, perdu dans le vague, ne suit plus les objets; l'enfant ne voit pas. On note l'absence du réflexe conjonctival.

Les signes *méningés* sont très discrets ; le plus important, de beaucoup, est la tension de la fontanelle. On note, de plus, une *légère* raideur de la nuque qu'il faut rechercher avec grand soin.

Parmi les autres signes de la méningite, ceux qu'il faut rechercher surtout sont les troubles du pouls et de la respiration.

Notons, enfin, que la cuti-réaction à la tuberculine est positive, signe capital chez le nourrisson.

Evolution. — L'amaigrissement devient extrême, l'enfant passe insensiblement de la somnolence au coma et meurt sans secousses en huit à douze jours.

b. *Forme éclamptique.* — Le début apparent de la maladie est marqué par une crise convulsive; d'autres convulsions surviennent suivies ou non de paralysies. Il faut donc se souvenir que, en présence de toute crise convulsive du nourrisson, il faut penser à la méningite tuberculeuse et en rechercher les signes (tension de la fontanelle, raideur de la nuque).

L'évolution de cette forme est rapide; elle se fait en vingt-quatre heures ou quelques jours.

c. *Autres formes.* — Dans certains cas c'est une *hémiplégie* qui est le premier symptôme.

Parfois il y a une telle exagération de la tension des fontanelles qu'on a pu décrire une forme *hydrocéphalique*.

***C.* Chez l'adulte.** — Caractères généraux. — Contrairement à la méningite tuberculeuse de l'enfance qui est *primitive*, du moins en apparence, la méningite tuberculeuse de l'adulte est ordinairement *secondaire* à une lésion tuberculeuse d'un autre organe (le poumon, une articulation, le rein, le testicule, etc.). C'est une méningite de la *convexité*, alors que les lésions, chez l'enfant, prédominent à la base. Enfin, c'est ordinairement une méningite en *plaques*, du moins dans la première partie de son évolution, et c'est pourquoi elle est souvent monosymptomatique.

La méningite tuberculeuse du phtisique. — Le début coïncide souvent avec l'amélioration des signes pulmonaires : la toux, les crachats diminuent, la diarrhée cesse. La céphalée, un peu de délire attirent seuls l'attention, et il faut *rechercher* un peu de raideur de la nuque, quelques modifications du pouls. En somme, ensemble symptomatique *très discret.* Le malade tombe bientôt dans le coma et la mort survient rapidement.

Quand le malade n'est pas un phtisique et que pour une raison ou pour une autre on ignore que le sujet est tuberculeux (il peut s'agir d'une tuberculose très torpide), le diagnostic est encore difficile car les *modes de début*, plus ou moins bruyants, sont déroutants ; ce sont eux qui donnent leur individualité aux formes cliniques; dans une deuxième phase les symptômes caractéristiques de la méningite apparaissent.

a. *Formes psychiques* (très spéciales à l'adulte). — Le *délire* quelquefois violent, furieux, ayant l'aspect du delirium tremens, ou bien délire doux tranquille. Il y a des formes avec dépression mélancolique, d'autres avec démence progressive. Des délits, des crimes même peuvent en être la conséquence. On conçoit que de nombreuses erreurs de diagnostic peuvent être faites.

b. *Formes convulsives.* — Accès d'épilepsie généralisée ou localisée.

c. *Formes avec contracture* se manifestant par exemple par du torticolis, du trismus. C'est la forme tétanique.

d. *Formes paralytiques.* — Monoplégies (surtout au membre inférieur, hémiplégie, paralysie faciale). Parfois c'est une *aphasie* qui est le premier symptôme.

c. *Forme céphalalgique.* — Une céphalalgie tenace rebelle à tout traitement autre que la ponction lombaire peut être pendant près d'une semaine le seul symptôme.

Il faut en rapprocher les autres formes douloureuses (hyperesthésie généralisée, crampes dans les membres, etc.).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La beauté de la chevelure, par le docteur Paul ALEXANDRE. 75 lois et dessins originaux de H. GAZAN. 1 vol., 188 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Javailier, éditeur, 47, rue Poncelet.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

N° 62. — SAMEDI 2 AOUT 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 2 AOUT 1924. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-32

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 31 juillet. — *Composition écrite* (anatomie). — Question donnée : « Rapports du rein droit. »

Questions restées dans l'urne : « Artère hépatique et ses branches jusqu'à leur pénétration dans le foie (sans histologie ni physioolgie). » — « Prostate. Anatomie, histologie, physiologie. »

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — MM. les docteurs Jules Renault, membre de l'Académie de médecine; Brouardel, médecin des hôpitaux, sont nommés membres de la Commission d'études chargée de rechercher comment le travail, ses organisations, ses initiatives, ses aspirations, comment aussi les intérêts de la santé publique, conservatrice et créatrice de la richesse essentielle du pays, la population, devront être représentés au conseil national économique.

— Un décret en date du 10 juillet 1924 a autorisé la création d'un hôpital intercommunal dans la commune de Lembeye (Basses-Pyrénées).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des colonies. — *Au grade d'officier.* — (Au titre civil.) M. Villette, médecin de colonisation à Madagascar.

Au grade de chevalier. — (Au titre civil.) — M. Devez, médecin directeur de l'hôpital-hospice de Cayenne; Rasaminana (de Tananarive).

Marine marchande. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Macé, médecin sanitaire maritime.

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Schmitt, premier adjoint au maire de Nancy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 15 octobre au 15 novembre 1924, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Blanc-Perducet, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Gardère, Gaté, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose, les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie, et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

Le Comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires écrire à M. le docteur Paul Courmont.

COURS DE VACANCES DE CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE (6e année). — Dans son service de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, M. le docteur H.-L. Rocher, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, fera, du 20 au 25 octobre 1924, une série de conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, conférences accompagnées de démonstrations (projections, radiographies, présentation de pièces anatomo-pathologiques et de malades).

Pendant cette période, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie.

Des exercices pratiques (examen de malades, application d'appareils plâtrés dans la coxalgie, le mal de Pott, les tumeurs blanches, ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires, etc.) seront faits par les médecins inscrits, sous sa direction.

Cet enseignement aura lieu tous les jours, de 8 h. 1/2 à

midi, à l'hôpital des Enfants, et de 2 heures à 5 h. 1/2, à sa clinique, 28, rue du Teich.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Prière de s'adresser, pour tous renseignements et pour l'inscription (gratuite) à M. le docteur Rioux, hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, Bordeaux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

A PROPOS DE L'IMPOT SUR LE REVENU

UN ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT DU 12 MAI 1922

Le système d'impôts institué par la loi du 15 juillet 1914 et celle du 31 juillet 1917 comporte la taxation séparée d'un certain nombre de catégories de revenus et un impôt général atteignant l'ensemble des ressources du contribuable, ensemble qui est le total des revenus de ces catégories.

Des déductions ou exemptions sont accordées par la loi; elles varient suivant la nature des revenus, la résidence du contribuable et ses charges de famille. Elles ont pour fondement cette idée qu'un certain revenu minimum, indispensable à l'existence du contribuable et des personnes qui sont à sa charge, doit être exonéré d'impôt. C'est cette conception du minimum d'existence qui a inspiré au législateur les dispositions relatives aux diverses cédules.

Avec le système des cédules, chaque catégorie de revenus a un traitement différent, suivant leur origine. Trois sortes de revenus sont frappés : les revenus provenant exclusivement du capital, ceux provenant exclusivement du travail et ceux résultant de l'association, réalisée par le même contribuable, du capital et du travail. La première catégorie comprend les cédules s'appliquant à l'impôt sur le revenu des capitaux mobiliers et immobiliers (valeurs mobilières, créances, dépôts, cautionnements, contribution foncière); la deuxième les cédules s'appliquant aux traitements, salaires, pensions, bénéfices des professions non commerciales; la troisième, enfin, les cédules s'appliquant aux bénéfices industriels et commerciaux, aux bénéfices de l'exploitation agricole, aux revenus des charges et offices.

Les revenus qui proviennent exclusivement des capitaux sont taxés sans déduction à la base. Pour les autres revenus, qui sont professionnels, le législateur, sans distinguer s'ils ont comme source unique le travail ou l'association du capital et du travail, admet des abattements ; et le chiffre de l'abattement varie suivant chaque cédule : l'abattement pour les traitements n'est pas le même que pour les pensions.

Or, dans la conception du législateur, les cédules sont indépendantes les unes des autres et ne peuvent être rapprochés pour un même contribuable que pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu. Le contribuable a le droit, s'il a des revenus différents, de bénéficier des abattements afférents à chaque cédule.

Dans l'espèce qui a été soumise au Conseil d'Etat et qui a donné lieu à l'arrêt du 12 mai 1922 (D. 1924-3-9), l'administration des contributions directes avait refusé au contribuable le bénéfice du cumul des abattements; son point de vue était que, lorsque le contribuable a des revenus provenant de sources diverses, il ne faut considérer que la principale occupation, la principale profession et n'appliquer l'abattement qu'à la cédule correspondant à cette occupation ou profession. Tel serait, par exemple, le cas d'un médecin qui, aux revenus de sa profession, joindrait les bénéfices de l'exploitation d'une maison de santé où seraient admis des malades étrangers à sa clientèle (voir la note sous l'arrêt du Conseil d'Etat précité). L'abattement ne s'appliquerait qu'aux revenus de l'occupation principalement exercée.

Le contribuable à qui le cumul avait été refusé s'adressa à la justice pour faire juger la question. Le Conseil d'Etat lui a donné raison et a repoussé la thèse de l'administration : « Considérant, dit l'arrêt, qu'il résulte des travaux préparatoires de la loi du 31 juillet 1917 que les exemptions et déductions prévues dans les différentes cédules, à la base des divers impôts institués par la loi sus-visée, doivent être calculés séparément; que le titre III de la dite loi établit des abattements différents, d'une part, pour les traitements et, d'autre part, pour les pensions ; qu'il résulte de ce qui précède et qu'il est d'ailleurs reconnu par le ministre des Finances, que les exemptions et déductions prévues par les dispositions précitées doivent être distinctement fixées pour chacune de ces catégories de revenus. »

L'arrêt ainsi rendu est un arrêt de principe qui est indispensable à connaître, car il intéresse tous les contribuables, et notamment les médecins, dès lors qu'ils ont des sources de revenus provenant d'origines différentes.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'anatomie pathologique (1), par les docteurs ACHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, et LOEPER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

Tous les médecins connaissent le *Précis d'anatomie pathologique* de MM. Achard et Loeper. Tous y ont qui, préparé leur examen, qui, recherché la solution d'un problème particulier, sûrs d'obtenir satisfaction, et de trouver, clairement exposée et sobrement présentée, la solution demandée. Ces auteurs ne sont-ils pas, à la fois, des spécialistes de l'enseignement et de l'anatomie pathologique? Ne savent-ils pas comment s'y prendre pour rendre accessibles au grand public médical et aux étudiants, des sujets qui, au premier abord, semblent quelque peu abstraits ?

Et pourtant, rien de plus utile, à la réflexion, que l'étude de l'anatomie pathologique. Elle enrichit le bagage des connaissances générales : n'est-il pas souhaitable que le médecin ait des clartés de tout ? Elle permet de comprendre la pathologie. Sans elle, comment interpréter tel ou tel symptôme ? Comment rendre compte de l'évolution de telle ou telle affection ? Elle nous donne, par surcroît, d'utiles leçons de modestie ! Que de fois « Morgagni » vient détruire nos hypothèses cliniques et en montrer l'inanité ! Elle apporte, enfin, au traitement, des renseignements dont on ne saurait exagérer l'importance. La biopsie n'est-elle point une méthode anatomo-pathologique ? Et que seraient, sans la biopsie, radio et radiumthérapie ?

Un de nos maîtres les plus aimés laissait entendre, dans sa leçon inaugurale, que, s'il ne dépendait que de lui, il reléguerait (au magasin des accessoires) cette science du mort qui prétend expliquer les phénomènes vivants. Qu'il nous permette ne ne point partager son opinion. L'anatomie pathologique est une science utile. Il est indispensable au médecin d'en connaître au moins les grandes lignes. Et rien de mieux pour lui en donner une idée exacte que le Précis dont MM. Achard et Loeper publient la 3e édition, soigneusement mise au point, augmentée de nombreuses figures, et enrichie de beaux clichés radiologiques.

L. BABONNEIX.

(1) 3e édit., 1 vol. in-8 de 672 p. avec 400 fig. et 2 pl. col. — Prix : broché, 32 fr. ; cartonné, 38 fr. — Paris, 1924, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS DU CERVEAU[1]

Par MM. AZERAD et MEIGNANT,

Internes des hôpitaux de Paris.

Évolution. — L'évolution d'un abcès du cerveau est différente suivant qu'il est diagnostiqué à temps ou non. Dans le premier cas l'intervention, lorsqu'elle est possible, peut parfois amener la guérison et il faut reconnaître que dans ces dernières années, grâce aux progrès de la technique chirurgicale, le pronostic si sombre de cette affection a pu être amélioré dans de notables proportions. Par contre, lorsqu'il est abandonné à lui-même, l'abcès évoluera presque fatalement vers la mort. Sans doute quelques guérisons spontanées ont été signalées, soit que l'abcès se soit de lui-même évacué à l'extérieur, soit qu'il y ait eu enkystement et résorption du pus, ou calcification de la poche et de son contenu, ainsi que cela a été signalé; mais ces cas restent exceptionnels et peut-être même peut-on mettre en doute ces observations.

Si, comme nous le verrons, l'abcès du cerveau peut aboutir à la mort rapidement, en quelques jours, plus souvent l'évolution est lente et chronique et classiquement se déroule en quatre périodes qui sont les suivantes :

1. Tout d'abord le **stade initial** est insidieux, lent et progressif et ses symptômes n'ont rien de caractéristique. C'est surtout un malaise général, avec parfois de légères modifications du caractère se traduisant par de la tristesse, de l'asthénie physique et psychique, de la céphalée. Eagleton insiste sur ce qu'il appelle « le frisson vague du début, plutôt sensation de frissonnement que frisson véritable » et qui marquerait le moment où la suppuration envahit le parenchyme cérébral.

2. Puis le **stade latent**, où tous ces symptômes s'amendent, et disparaissent presque. Néanmoins, il persiste presque toujours un état de malaise avec céphalée qui traduit la persistance de l'infection. En outre l'attention est attirée par l'altération lente mais progressive de l'état général.

3. Le **stade manifeste** est marqué par l'apparition des signes plus caractéristiques que nous avons groupés sous les rubriques de symptômes d'hypertension, de suppuration, et de localisation. Cette apparition se fait dans un ordre divers et qui n'a rien de fixe, mais les plus précoces en général ou tout au moins ceux qui d'abord attirent l'attention sont les signes d'hypertension intracranienne.

Cette période dure un temps variable, mais généralement courte et ne dépasse qu'exceptionnellement dix à quinze jours.

4. Enfin le **stade terminal**. La mort se produit de différentes façons. Tantôt par augmentation de la pression intracranienne due au développement croissant de l'œdème péri-encéphalitique, à l'hydropisie intraventriculaire, et aboutissant au coma. Tantôt, et plus souvent, par rupture de la poche purulente. Celle-ci se fait dans la cavité sous-arachnoïdienne et elle est suivie alors de méningite aiguë purulente, rapidement mortelle parfois même avant l'apparition des signes méningés. Ou bien elle se fait dans les ventricules et alors le tableau est plus dramatique : soudain le malade est pris d'une céphalée intense avec vomissements. Puis rapidement il entre dans le coma; la température s'élève à 39-40 degrés, le pouls s'accélère, devient faible; la respiration est rapide et superficielle; les poumons s'encombrent rapidement de râles. Souvent des convulsions se produisent, généralisées à tout le corps, et pouvant se répéter à de brefs intervalles. Mais la mort survient en général au bout de quelques heures.

Formes cliniques. — Telle est l'évolution classique de l'abcès du cerveau, mais il s'en faut de beaucoup qu'on la retrouve dans tous les cas et il n'est pas toujours possible d'individualiser les quatre stades décrits, l'un ou plusieurs d'entre eux venant à manquer. C'est ainsi qu'un abcès peut rester longtemps latent et s'ouvrir brusquement dans les ventricules, le coma étant alors sa seule manifestation. D'autres ont eu un stade manifeste prolongé, jusqu'à deux et même trois mois comme dans un cas de Körner. Enfin à côté de cette évolution lente et chronique, on rencontre des formes à évolution rapide aiguë : abcès septicémiques ou métastatiques surtout, mais aussi abcès d'origine otitique consécutifs en général à une otite aiguë.

Il est inutile d'insister sur le caractère tout schématique de la description que nous avons donnée, et vouloir en faire une base solide pour un diagnostic serait méconnaître la diversité des aspects cliniques que peut revêtir cette affection, et s'exposer à de graves erreurs. Elle peut même réaliser des tableaux cliniques qui sont loin de faire penser à l'existence d'une suppuration cérébrale.

Telle est, par exemple, la *forme typhoïde*, où la constatation d'une température élevée, avec parfois dissociation du pouls, et de phénomènes digestifs accentués (anorexie, langue sale ou rôtie, météorisme, diarrhée) pourrait faire croire à une dothiénentérie.

Mais ce qui domine surtout c'est la pauvreté de la symptomatologie en général, et nombreuses sont les *formes monosymptomatiques* qui d'ailleurs peuvent varier à l'infini : formes hémiplégiques, aphasiques, convulsives, délirantes, etc.

Existe-t-il réellement des *formes latentes*? Cette question a été longuement discutée et Körner, après une revue détaillée des observations publiées et de ses cas personnels, affirme que l'abcès ne peut pas passer complètement inaperçu, et dans le cas contraire, estime que l'examen n'a pas été assez complet. Aboulker (d'Alger) a décrit dans l'abcès cérébral un *stade ambulatoire* pouvant durer des semaines et des mois mais qui se caractériserait par de la céphalée, et une dépression psychique qui, en particulier, chez un otorrhéique doit faire rechercher l'existence d'une collection suppurée du cerveau. Or au dernier Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie (octobre 1923. Cf. *Arch. d'otorhinol.*, juillet 1924) de nombreux auteurs ont émis l'opinion que ce stade pouvait se prolonger pendant toute la durée de l'évolution, l'abcès n'étant révélé que par une complication brusque et terminale (méningite, rupture dans les ventricules) ou découvert seulement à l'autopsie.

Mais ce qui contribue à donner aux abcès du cerveau une allure un peu particulière, et permet en général de les reconnaître, c'est le facteur étiolo-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 60, p. 997.

gique ; or cette étude est liée de si près au diagnostic que c'est parallèlement que nous envisagerons les deux questions.

Diagnostic. — Si l'on attendait pour reconnaître l'existence d'une suppuration intracérébrale l'apparition de symptômes nets de compression tels que la stase papillaire, le ralentissement du pouls et de la respiration, ou même le coma, on risquerait fort de se tromper, ou tout au moins de dépasser « l'heure chirurgicale » au delà de laquelle le diagnostic perd de son importance. Pour faire ce diagnostic, il faut tout d'abord y songer, et dès lors nous pensons avec Eagleton que le médecin, ou le spécialiste, appelé à résoudre ce problème doit procéder par étapes progressives et essayer d'établir les trois points suivants :

L'hypothèse d'un abcès du cerveau est-elle plausible?

Y a-t-il des symptômes qui rendent ce diagnostic probable ?

Peut-on en préciser la localisation ?

I. **L'hypothèse d'une suppuration cérébrale est-elle vraisemblable?** — On sait combien sont exceptionnels les abcès primitifs : presque toujours on peut retrouver à leur origine une infection généralisée ou localisée, éloignée ou de voisinage, et dont la nature, nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, est extrêmement variable. Or c'est elle qu'il faut rechercher avec soin, car en l'absence de cette notion capitale il est certain que le champ reste ouvert à toutes les hypothèses en présence d'un malade dont l'aspect est généralement peu caractéristique. Par contre l'existence d'une maladie infectieuse quelconque, d'une suppuration localisée de l'oreille ou du nez, ou même des poumons ou de tout autre organe, ou d'un traumatisme cranien ancien ou récent, toutes affections qui peuvent se compliquer facilement d'abcès du cerveau, devra faire rechercher, la série des symptômes susceptibles de confirmer cette hypothèse, dès que les soupçons auront été éveillés.

II. **La suppuration cérébrale est-elle probable?** — C'est alors que le facteur étiologique intervient en modifiant les données du problème.

1. Abcès septicémiques. — Il est rare qu'on méconnaisse une fièvre typhoïde, une scarlatine, une endocardite maligne : le seul diagnostic de généralisation et d'état septicémique suffit d'ailleurs, et s'impose en général. Par contre ici c'est l'abcès du cerveau qui peut très bien ne pas être découvert si sa symptomatologie reste masquée par celle de l'affection initiale. Il importe peu à la vérité, puisque ces abcès généralement petits, multiples et disséminés, ne sont pas accessibles à la thérapeutique, que seul un traitement général anti-infectieux peut être tenté dont les chances de réussite sont, il faut le reconnaître, bien minimes.

2. Abcès métastatiques. — Dans ces cas le tableau est plus net; la suppuration initiale est souvent connue, car il s'agit dans la règle d'une affection broncho-pulmonaire ou d'un abcès du foie déjà diagnostiqués. Un malade soigné pour une dilatation des bronches, ou pour une bronchite fétide se plaint un jour de céphalée, de vomissements; sa température s'élève; parfois des signes plus nets, paralysie, convulsions, torpeur, apparaissent et font penser à l'abcès du cerveau. Ou bien c'est un dysentérique qui a fait une hépatite amibienne, et souvent un abcès du foie a déjà été évacué chirurgicalement (Couteaud) : l'amélioration qui suit l'intervention n'est que passagère et au bout de quelques semaines ou de quelques mois surviennent des symptômes d'hypertension intracranienne qui éveillent l'idée d'une métastase cérébrale. Jamais celle-ci n'est primitive (Couteaud), dans tous les cas relatés elle succédait à l'hépatite, opérée ou non, ce qui facilite considérablement le diagnostic.

L'intervention peut donner quelques résultats. Nous avons recherché s'il existait des cas d'abcès amibiens du cerveau guéris par l'émétine mais nous n'en avons pas trouvé.

3. Abcès de cause locale. — La difficulté est tout autre : jusqu'ici la complication cérébrale restait au second plan. Maintenant au contraire, ses symptômes dominent la scène tandis que la suppuration qui en est le point de départ, évolue silencieusement se traduisant par un minimum de signes. Or étant donnée son importance, il faut la rechercher systématiquement et avec le plus grand soin, car elle seule peut orienter les recherches vers le bon sens.

A. *Abcès traumatique.* — Le sujet s'est fait une fracture du crâne, ou bien a reçu un projectile qui a pénétré dans le parenchyme cérébral et n'a pu être extrait. Peu de temps après, il vient consulter pour une céphalée intense, sourde et déprimante, ou pour des vertiges. On constate une élévation de température, le pouls par contre est calme, bien frappé, et si les signes d'hypertension ou de localisation viennent compléter ce tableau, le diagnostic est aisé.

Mais le plus souvent ces abcès jouissent d'une longue latence dépassant deux et même trois années (Lefort) et ce sont ces formes tardives qui s'accompagnent généralement d'un minimum de signes généraux et locaux car il s'agit en effet le plus souvent d'abcès du lobe frontal. Aussi la connaissance du traumatisme antérieur donnera-t-elle toute sa valeur à la constatation de symptômes cérébraux même discrets, et la radiographie pourra rendre de gros services en montrant à l'intérieur même de la substance cérébrale le corps étranger (esquille ou projectile) dont la septicité démontrée par l'expérience renforcera l'hypothèse soulevée.

B. *Abcès otitique.* — Dans la majorité des cas le problème se pose de la façon suivante : un malade porteur d'une otite chronique datant de longue date fait à l'occasion de causes diverses une poussée congestive de ce côté et présente une légère élévation de température accompagnée « d'une sensation vague de frissonnement » (Eagleton), de malaise général et d'asthénie. Mais ce dont il se plaint surtout c'est une céphalée rebelle, intense et sourde, comme une sensation de « pesanteur dans le crâne ». Comme à ce moment l'otorrhée s'est accentuée, il est adressé au spécialiste qui parfois intervient (d'où l'attribution au traumatisme opératoire d'un abcès qui deviendra plus net ultérieurement mais qui déjà existait sûrement pour Moulonguet). A la suite d'une thérapeutique locale quelconque, une amélioration se produit, c'est le stade latent qui durera jusqu'au moment où l'apparition d'un symptôme nouveau viendra indiquer que l'infection a dépassé les limites de la caisse et a envahi l'endocrâne : on comprend ainsi l'importance que revêt la notion de l'otite; or celle-ci ne gêne guère le malade qui ne s'en préoccupe pas et n'a aucune tendance à la signa-

ler au médecin, aussi ne doit-elle pas échapper à un examen soigneux et complet.

Mais deux points restent à élucider. Les symptômes nouveaux que constate l'observateur sont-ils bien dus à une complication de l'otite? Et s'il en est ainsi, ne peut-il pas s'agir d'une des nombreuses complications cérébrales de l'otite moyenne, autres que l'abcès?

La première éventualité est exceptionnelle, mais elle doit être discutée. Une *tumeur cérébrale* peut coexister avec une otite mais alors l'erreur est fatale, la symptomatologie est trop voisine. On conclura forcément à un abcès et ce n'est que l'intervention qui peut corriger l'erreur. Chez l'enfant le diagnostic avec un *tubercule cérébral* se pose assez fréquemment, et il est très délicat à faire. Cependant il s'agit d'un enfant chétif, malingre, qui maigrit depuis quelque temps, et l'existence d'antécédents, d'adénopathies tuberculeuses, peuvent faire pencher le diagnostic. Mais celui-ci repose plutôt sur des nuances et en pareil cas l'examen hématologique pourra donner des renseignements utiles car le tubercule cérébral ne donne généralement pas d'hyperleucocytose considérable (Moulonguet). Dans d'autres cas une *méningite tuberculeuse* a pu être confondue avec l'abcès : il s'agissait surtout de ces formes céphalalgiques de l'adulte, ou de ces formes avec plaques de méningite circonscrite pouvant donner des signes de localisation. Enfin signalons la coexistence de l'otorrhée et d'accidents nerveux d'origine urémique qui ne peuvent être attribués à leur véritable cause qu'en présence d'antécédents rénaux et si l'on songe à faire un dosage de l'urée sanguine.

En dehors de ces cas évidemment exceptionnels, l'apparition, chez un otorrhéique, de symptômes méningo-encéphaliques doit poser la question des complications cérébrales de l'otite moyenne, et celle-ci bien souvent ne pourra être résolue que par une intervention chirurgicale systématiquement conduite. Ces accidents peuvent, en effet, traduire une simple *hydrocéphalie otitique* (Passot, ou méningite séreuse de Quincke), c'est-à-dire une hyperproduction de liquide céphalo-rachidien, dont le diagnostic est souvent très difficile et ne peut être fait que si, après paracentèse et drainage de l'otite, les signes regressent, ou si on constate une amélioration très nette ou même la guérison complète après une ponction lombaire; sans cela, l'erreur est à peu près fatale, jusqu'au moment où l'on trépane.

Classiquement, le tableau de la *méningite otitique* avec son trépied, ses troubles bulbaires et vasomoteurs, est typique. En réalité il soulève de grosses difficultés, de même que le diagnostic de plaques de méningite circonscrite dont la symptomatologie se rapproche tant de celle de l'abcès.

En faveur de la méningite plaident la fièvre élevée et continue, la douleur plus violente et arrachant des cris au malade, la raideur de la nuque, le Kernig, l'hyperesthésie cutanée, l'instabilité du pouls. Mais ces signes peuvent manquer, de faux signes de localisation rendent encore l'erreur plus facile, et si le malade est dans le coma, le diagnostic devient cliniquement impossible. La ponction lombaire pourra fournir quelques renseignements. Tantôt le liquide est clair, hypertendu, hyperalbumineux; la réaction lymphocytaire est faible; l'ensemencement reste négatif : il *s'agit* de *méningite séreuse aseptique*, qui ne fait que traduire une réaction de la séreuse au contact d'un foyer infectieux quelconque (thrombophlébite, abcès, etc.).

Tantôt le liquide est clair, mais septique, avec polynucléose : c'est le stade de début d'une méningite purulente, ou une simple réaction généralisée autour d'un foyer enkysté ou d'un abcès.

Tantôt, enfin, le liquide est trouble et septique, c'est la *véritable méningite otogène* de pronostic si grave : mais est-elle bien primitive et n'est-elle pas due à l'ouverture de l'abcès dans la cavité arachnoïdienne? On voit que la coexistence de l'abcès et de la méningite est fort possible et complique singulièrement encore le problème. Nous ne pouvons que signaler ici les cas d'otite à méningocoque, porte d'entrée d'une méningite cérébro-spinale, qui ne peut être reconnue qu'avec la notion d'épidémicité, ou par la constatation du germe en cultures.

La thrombophlébite des sinus peut se présenter sous deux aspects différents : la *forme pyohémique* est caractéristique avec ses accès fébriles précédés d'un frisson solennel et suivi de sueurs profuses, mais elle n'exclut pas la possibilité d'un abcès du cerveau.

La *forme septique* est d'un diagnostic plus difficile : la courbe thermique est régulière, le frisson manque, les signes cérébraux (céphalée, vomissements, torpeur) dominent la scène. On ne peut attendre l'apparition des symptômes d'oblitération veineuse (syndrome du trou déchiré postérieur, et empâtement de la zone de la jugulaire interne en cas d'atteinte du sinus latéral; œdème de la zone frontale et troubles visuels en cas d'atteinte du sinus caverneux) qui sont beaucoup trop tardifs. Seule l'intervention pourra trancher la question.

Quant à l'abcès extradural, et l'abcès intradural (entre la dure-mère et l'arachnoïde) le diagnostic clinique en est à peu près impossible, et a beaucoup moins d'importance car l'opération est nécessaire dans tous ces cas.

Enfin, lorsque l'abcès siège dans le cervelet, il reste à le différencier d'avec la *simple labyrinthite*, chose extrêmement délicate car les deux affections ont des symptômes communs (cérébello-vestibulaires) et peuvent également coexister. Il faudra donc répondre à trois questions : Y a-t-il labyrinthite? Y a-t-il abcès du cervelet? Existent-ils les deux à la fois? (Lemaître); et pour cela étudier minutieusement le nystagmus (spontané ou provoqué) et la déviation de l'index.

1. *Normalement.* — Le nystagmus n'existe pas spontanément. L'excitation du labyrinthe provoque une déviation des *deux* index du côté opposé au labyrinthe excité et un nystagmus dirigé vers le côté excité.

2. *En cas de labyrinthite pure unilatérale.* — Il y a nystagmus spontané dirigé du côté de la lésion si le labyrinthe malade est seulement irrité, ou du côté opposé, si le labyrinthe malade est détruit, et dans ce cas il y a déviation spontanée des deux index du côté de la suppuration. Quant aux résultats de l'excitation labyrinthique, normaux quand on interroge le côté sain, ils sont nuls quand on interroge le côté malade : labyrinthe détruit : pas de réflexes.

3. *En cas d'abcès cérébelleux sans labyrinthite.* — Le nystagmus spontané existe ou non, mais n'obéit à aucune loi, fait caractéristique; provoqué au contraire, il reste régi par les lois du réflexe nystagmique normales et la lésion cérébelleuse

n'agit qu'en prolongeant sa durée (Neumann). La déviation de l'index spontanée ou provoquée n'existe que du côté malade, quel que soit le labyrinthe excité, et se fait en dehors ou en bas selon la localisation exacte de l'abcès. L'index du côté sain ne dévie pas.

Ces épreuves l'emportent en précision sur l'étude des vertiges, car « l'existence de vertiges par altération des fibres cérébelleuses n'est pas démontrée » (Lemaître) ou sur celle de la chute « qui doit perdre sa signification clinique de localisation » (Eagleton). La recherche du signe de Romberg peut avoir quelque valeur, car de façon générale, l'occlusion des yeux aggrave les troubles d'origine vestibulaire et n'a aucune action sur ceux d'origine cérébelleuse. Par contre, l'établissement rapide et définitif des troubles est en faveur d'une lésion vestibulaire (labyrinthe détruit), leur caractère progressif, variable et éphémère en faveur d'une lésion cérébelleuse.

4. Quant à l'association labyrinthite et abcès du cervelet, elle se manifeste par un ensemble de signes d'interprétation parfois fort difficile. Quand, en cas de labyrinthite suppurée certaine, il existe un symptôme qui ne répond pas aux manifestations habituelles de cette affection, l'existence de l'abcès cérébelleux est vraisemblable : l'existence d'un nystagmus spontané vers la droite en cas de labyrinthite droite, par exemple, constitue un signe de présomption important d'abcès du cervelet. De même si, le labyrinthe droit étant atteint, l'excitation du labyrinthe gauche provoque une déviation des membres du côté gauche et n'en provoque pas à droite, il y a lieu de supposer que du côté droit, il y a également atteinte du cervelet (Lemaître).

En cas de doute, d'ailleurs, Neumann conseille d'intervenir : si, après trépanation, il y a persistance de symptômes que ne peut expliquer la seule destruction du labyrinthe, il faut rechercher une collection suppurée du cervelet.

De tout ce qui précède que conclure, sinon que le diagnostic clinique est presque impossible à faire dans ces cas? Mais le laboratoire ne peut-il venir en aide à la clinique? Sebileau, étudiant les modifications du sang dans les diverses complications endocraniennes de l'otite, puis Wicart y ajoutant les résultats de la ponction lombaire ont essayé d'établir des schémas, dans le mode suivant :

a. Leucocytose : 20.000. Polynucléaire : 90 p. 100 il s'agit :

De thrombophlébite : Liquide céphalo-rachidien normal,

Ou de méningite : Liquide céphalo-rachidien : polynucléose.

b. Leucocytose : 9 à 15.000. Poly : 70 p. 100, c'est :

Soit : Mastoïdite : Liquide céphalo-rachidien normal.

Soit : Abcès extradural : Liquide céphalo-rachidien : polynucléose.

c. Dans ce cas on opère ; si les symptômes persistent après, il s'agit d'un abcès cérébral.

Mais cette formule a les inconvénients de toute formule trop rigoureuse en médecine, et ses modifications varient non seulement avec la nature de l'affection, mais encore avec la qualité du germe, la rapidité de l'intoxication qui entrave les processus de défense, surtout chez l'enfant, avec l'âge du sujet, compte étant tenu de l'extrême variabilité des chiffres normaux, en ce qui concerne la formule sanguine.

La radiographie, malheureusement, si utile en d'autres cas, ne donne ici que des renseignements peu précis, sinon nuls. Nous signalons, cependant, un cas plutôt à titre de curiosité où il s'agissait d'un abcès à anaérobies avec dégagement de gaz, et où le cliché montra une poche arrondie avec une zone opaque inférieure surmontée d'une tache claire, la limite entre les deux étant nettement horizontale (Eagleton).

Quant à la ponction cérébrale préconisée par Neisser, il faut absolument la rejeter car elle est dangereuse, puisqu'elle risque de provoquer une hémorragie ou de propager l'infection, et parfaitement inutile puisque conduite à l'aveugle.

C. *Abcès d'origine nasale*. — Abcès du lobe frontal le plus souvent, ne peut être diagnostiqué évidemment que si la sinusite antérieure est reconnue. Mais souvent les symptômes cérébraux sont presque insignifiants, l'hypertension intracranienne étant peu marquée (Eagleton) et les signes de localisation faisant souvent défaut. Aussi est-ce dans ces cas qu'il faut tenir compte de la disproportion qui existe entre les lésions locales du nez, du sinus frontal et des sinus accessoires d'une part et l'état général d'autre part, surtout la dépression psychique ou la lenteur d'idéation. De même, si une intervention locale n'amène qu'une amélioration légère et passagère, il faut, tout en suivant les lésions, aller plus profondément.

Ainsi dans l'abcès rhinogène comme dans l'abcès otogène, le diagnostic exact n'est fait que par l'intervention systématiquement dirigée et en suivant en quelque sorte la voie tracée par l'infection.

Nous ne pouvons envisager les hypothèses qui pourraient être envisagées et discutées si un examen très soigneux révélait l'absence de toute affection susceptible de provoquer un abcès du cerveau ; celui-ci, en effet, peut simuler un grand nombre de maladies et il faudrait les énumérer presque toutes. Notons, cependant, parmi les erreurs les plus fréquentes : urémie, méningite tuberculeuse, syphilis secondaire (avec céphalée), hémiplégie par hémorragie ou ramollissement cérébral, typhoïde, septicémie et jusqu'aux vomissements incoercibles de la grossesse.

Le **traitement** varie suivant la variété à laquelle on aura affaire. Contre les abcès septicémiques, on mettra en jeu toute la thérapeutique antiinfectieuse connue à ce jour, jusques et y compris la trypaflavine qui jouit actuellement d'une certaine vogue. Les chances de succès sont, hélas! très réduites. La vaccination a donné, entre les mains de Villandre, quelques beaux résultats.

Contre les abcès de cause locale, l'intervention chirurgicale s'impose aussitôt le diagnostic posé.

C'est alors qu'intervient la troisième partie du problème, la localisation précise de la poche purulente. On pourrait évidemment se fonder sur la constatation ou la recherche des signes dits de localisation, mais une conduite beaucoup plus sage consiste à rechercher l'abcès au voisinage de la lésion qui est à son point de départ (lobe frontal s'il s'agit d'un abcès d'origine nasale ou traumatique; région temporo-sphénoïdale, si c'est un abcès d'origine otitique, cervelet si le labyrinthe est atteint).

Nous ne pouvons entrer dans des discussions

concernant la voie d'abord et la technique chirurgicale et nous dirons plutôt quelques mots des résultats et des suites opératoires. Le pronostic de l'abcès du cerveau reste grave, mais il est considérablement amélioré par l'intervention chirurgicale précoce. Les statistiques donnent en moyenne 50 p. 100 de guérisons, certaines vont jusqu'à 80 p. 100. Il en est de même des abcès du cervelet, et Lemaître qui sur 6 cas compte 6 succès écrit que ces abcès « diagnostiqués en temps opportun comportent un pronostic relativement bénin ».

Après l'intervention, les symptômes s'amendent toujours, mais l'amélioration ne persiste que dans les cas favorables, la guérison pouvant survenir en cinq à six semaines.

La formation d'un deuxième abcès est relativement rare et encore s'agit-il fréquemment d'un diverticule de l'abcès opéré dont l'orifice de communication avec la grande cavité s'oblitère et qui évolue pour son propre compte (Moulonguet).

Une complication plus souvent observée serait la *hernie du cerveau* (Michaelsen, 31 p. 100; Eagleton). Son pronostic est grave bien que la guérison spontanée ait été signalée. L'*hémorragie cérébrale* peut être consécutive à une artérite infectieuse ou surtout à une section au cours de l'opération. Enfin, il faut signaler des séquelles, d'ailleurs exceptionnelles telles que la paralysie faciale, l'hémiplégie, signalés par Moulonguet.

En somme, l'histoire des abcès du cerveau reste encore bien obscure, et l'on peut malheureusement répéter ici ce qui a déjà été dit de nombreuses autres maladies : il n'existe pas un symptôme caractéristique de cette maladie, malgré la multiplicité des signes qu'on lui reconnaît.

Une conclusion s'impose cependant : en présence d'un tableau clinique mal défini et peu caractéristique, il faut avoir présent à l'esprit ce diagnostic, et déjà un grand pas sera fait sur la vérité. Mais nos services hospitaliers ne sont, hélas! pas toujours conçus de telle sorte qu'une collaboration étroite entre médecins et spécialistes puisse s'établir, comme il serait désirable qu'elle le fût, et c'est la méconnaissance d'une otite ou d'une sinusite même insignifiantes, qui entraînera l'erreur fatale.

BIBLIOGRAPHIE

On pourra trouver une bibliographie complète dans :
— MOULONGUET. Sur les abcès du cerveau d'origine otique, *Th. de Paris*, 1913-1914.
— WELLS EAGLETON. *Abcès de l'encéphale*, 1923, Masson, édit.; *Arch. intern. de laryng.*, 1922, nos 5 et suiv.
— *Arch. intern. de laryng.*, 1922. Bibliographie des abcès du cervelet.
En 1924 ont été publiées quelques observations nouvelles :
— MOURE. *Acad. de méd.*, 22 janv. 1924.
— ROCHER. *Soc. de méd. de Bordeaux*, déc. 1923.
— SPICK. *Soc. de méd. et d'hyg. du Maroc*, 9 janv. 1924.
— BOURGUET. *Soc. des chir. de Paris*, 11 avril 1924.
— Discussions du Congrès roumain d'oto-rhinol. : *Arch. intern. de laryng.*, juillet 1924.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. les professeurs A. GILBERT et P. CARNOT. — Tome XXII : *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme*, par M. LE FUR, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8, 339 pages, 59 figures. — Paris, Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1924)

Sur l'importance physiologique comparée du fer et du zinc. — MM. Gabriel BERTRAND et Hirosi NAKAMURA.

Conservation des tissus vivants. — M. Jules AMAR indique la formule d'une solution sodique dans laquelle se conservent parfaitement vivants les tissus.

Sur la toxicité des sérums normaux. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER concluent de leurs expériences que la rupture de l'équilibre organo-végétatif provoquée par les sérums toxiques est d'ordre mécanique et résulte de l'excitation des terminaisons endo-vasculaires sympathiques par les floculats.

De l'emploi des anatoxines pour la préparation des sérums antigangréneux. — MM. M. WEINBERG et A. R. PRÉVOT ont pu immuniser des chevaux avec les anatoxines formolées des microbes anaérobies de la gangrène gazeuse; l'injection préventive de ces anatoxines semble protéger le cobaye contre l'infection gangréneuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1924)

Insuffisance glycolytique. — M. ACHARD, répondant à des critiques de M. Labbé, fait remarquer que l'épreuve de l'exhalation carbonique, appliquée à la recherche de l'insuffisance glycolytique dans le diabète et les autres maladies, n'est pas sans valeur. Ses résultats concordent avec ceux des autres épreuves. Elle a un grand intérêt théorique parce qu'elle prouve l'insuffisance de la combustion rapide du sucre. Mais en ce qui concerne la pratique médicale, elle n'est pas nécessaire, pas plus d'ailleurs que les autres épreuves, pour le diagnostic, car le diabète se reconnaît aisément sans elles et n'est pas non plus bien utile pour le pronostic, car aucune de ces épreuves ne mesure exactement le degré de l'insuffisance glycolytique.

Quant à la mesure du quotient respiratoire, parfaite en théorie, elle se prête mal aux conditions de la clinique.

Traitement des pleurésies purulentes. — MM. VALLET et AUGÉ communiquent les résultats favorables qu'ils ont obtenus, dans le traitement des pleurésies purulentes, par l'emploi d'un auto-vaccin, associé ou non au traitement chirurgical.

Cinématographie de l'arrêt du cœur provoquée par le réflexe oculo-cardiaque dans un cas de paralysie diphtérique. — M. ACHARD, en son nom et au nom de M. Thiers, fait une très intéressante démonstration cinématographique de l'arrêt du cœur et des mouvements désordonnés, puis de l'arrêt des mouvements du diaphragme provoqués par le réflexe oculo-cardiaque dans un cas de paralysie diphtérique.

Stérilisation des eaux de boissons des Alpes-Maritimes par l'ozone. — M. Léon BERNARD fait connaître les résultats obtenus par ce mode de stérilisation. En 1911, les maires de ces différentes villes ont obtenu l'établissement d'une usine installée au col de Villefranche destinée à stériliser l'eau par l'ozone sous la direction du docteur Barbary, médecin inspecteur des services d'hygiène, usine qui fournit 26.000 mètres cubes d'eau par jour. Voici les conclusions de ce rapport :

Les résultats fournis après dix ans de fonctionnement de l'usine du col de Villefranche nous permettent de déclarer :

1° Au point de vue bactériologique le procédé de stérilisation par l'ozone a assuré aux eaux des Alpes-Maritimes ainsi traitées toutes les qualités réclamées par les eaux dites d'alimentation, après contrôle bactériologique régulier;

2° Ce procédé réunit des conditions de simplicité, de régularité de contrôle tout à fait exceptionnelles pour le bon rendement d'une usine ;

3° La présence de l'ozone, aux doses suffisantes pour sa stérilisation, présence au reste momentanée, n'offre aucun inconvénient pour l'économie.

Le relief dans la vision monoculaire et binoculaire. — M. Jarnier lit une note sur ce sujet accompagnée de projections très démonstratives.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 2 juillet 1924)

Le drainage transvatérien des voies biliaires. — M. Savariaud, à propos de la communication de M. Duval, fait observer que, même avec le drainage externe, la bile passe rapidement dans l'intestin. Il se demande, d'autre part, si la sonde de Nélaton n° 16 employée par M. Duval n'est pas sans inconvénient ni sans danger.

M. Robineau estime aussi que le drainage externe du cholédoque ne mérite pas les reproches que lui a faits M. Duval.

M. Alglave trouve intéressant le procédé proposé par M. Duval dans le but de faciliter le passage de la bile dans l'intestin. Mais il ne croit pas qu'il y ait lieu de le préférer au simple drainage au contact de la voie biliaire qui n'empêche pas le passage de la bile dans l'intestin. Il est vrai qu'il s'en échappe à l'extérieur, mais dès le premier jour il en passe dans le duodénum. Or, la bile doit être rendue le plus tôt possible à ses fonctions intestinales. M. Alglave redouterait le séjour un peu prolongé de la sonde dans le duodénum ; elle pourrait déterminer un travail ulcératif sur la muqueuse. Aussi M. Alglave repousse-t-il le drainage transvatérien pour s'en tenir au drainage au contact, respectant la perméabilité du cholédoque. L'hémostase sera assurée à l'aide de mèches. Le drainage est supprimé le douzième jour. Tout est fermé le trentième jour. Jusqu'ici M. Alglave n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

La discussion se poursuit. Y prennent part MM. Lapointe, Grégoire et Robineau. Il résulte de cette discussion que le procédé de drainage transvatérien, préconisé par M. Duval, ne semble pas être bien favorablement accueilli par ses collègues.

Fracture isolée du cuboïde. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Guillain (de Nancy). Il s'agit d'une fracture isolée du cuboïde d'origine traumatique dans un cas et d'une fracture isolée du semi-lunaire dans un autre cas. Un troisième cas a trait à une luxation médio-carpienne en avant.

Des complications pulmonaires à la suite d'opérations gastriques. — M. Grégoire insiste sur la fréquence des complications pulmonaires à la suite de ces opérations. Il faut compter avec la congestion hypostatique, puis avec les inconvénients de l'anesthésie générale. Pour éviter l'infection, Lambert (de Lille) a préconisé les lavages bi-quotidiens de l'estomac avec l'eau iodée, appliqués préalablement. L'anesthésie locale doit suffire dans la plupart des cas, associée ou non à l'injection préalable de scopolamine et morphine. Le décubitus dorsal prolongé est un danger, d'où l'indication du lever précoce. C'est en prenant ces précautions que M. Grégoire a pu faire tomber les complications pulmonaires de 20 p. 100 à 11 p. 100, puis à 0 p. 100.

M. Dujarier se déclare également partisan de l'anesthésie locale et du lever précoce.

De l'infection postabortum. — M. Thiéry fait d'abord observer que ces infections postabortum deviennent de plus en plus fréquentes. A l'hôpital Tenon on en relève une moyenne de 275 à 300 cas par an. Beaucoup de ces cas guérissent spontanément. Très souvent on observe une défervescence brusque. En présence des cas très graves, on possède aujourd'hui deux méthodes de traitement : 1° la ligature des hypogastriques ; 2° l'hystérectomie vaginale. M. Thiéry constate que cette dernière opération a été bien délaissée. Il ne partage pas l'avis de M. J.-L. Faure et il a lui-même abandonné cette opération, la considérant comme très grave chez une infectée. Ses défenseurs lui donnent le mérite d'assurer un bon drainage. Mais ce drainage peut aussi bien être obtenu par une colpotomie postérieure.

M. Thiéry en dira autant de la laparotomie qui est trop souvent suivie d'insuccès.

Le tubage du col, un écouvillonnage soigné, au besoin une colpotomie large avec lavage à l'éther du péritoine, des injections sous-cutanées de pilocarpine, tels sont les moyens auxquels s'en tient M. Thiéry qui, par principe, repousse la ligature des hypogastriques, l'hystérectomie vaginale et la laparotomie.

M. Cunéo estime que l'hystérectomie vaginale n'est pas si dangereuse quand elle est faite correctement, et il est incontestable qu'elle assure un parfait drainage. M. Cunéo reste donc partisan de cette opération dans les cas où l'utérus s'abaisse facilement.

M. Lenormant en croit les indications rares. Mais quand les accidents ne s'amendent pas et qu'il faut faire quelque chose de plus l'hystérectomie vaginale lui paraît l'opération de choix.

M. J.-L. Faure partage l'avis de M. Cunéo et de M. Lenormant. L'hystérectomie vaginale n'est vraiment pas une opération grave. M. Faure est d'avis, comme M. Thiéry, de recourir d'abord aux petits moyens qu'il a indiqués. Mais quand il n'y a pas d'amélioration, n'attendez pas trop et faites l'hystérectomie vaginale.

M. Auvray est de l'avis de M. J.-L. Faure. L'hystérectomie vaginale est à ses yeux une excellente ressource dans les cas d'infection postpartum. Sans doute M. Auvray ne nie pas l'efficacité, dans certains cas, du nettoyage de l'utérus, de l'ablation des débris placentaires, mais quand après l'emploi de ces moyens les accidents ne s'amendent pas rapidement, il faut intervenir et pratiquer l'hystérectomie vaginale. Il arrive alors bien souvent dans ces cas, lorsqu'on fend l'utérus enlevé, d'y trouver des débris placentaires plus ou moins infectés. A l'appui, M. Auvray fournit une statistique portant sur un certain nombre d'hystérectomies vaginales ou abdominales, d'où il ressort que l'hystérectomie vaginale est une opération moins choquante que l'abdominale.

(Séance du 9 juillet 1924)

M. le Président annonce la mort de M. Jalaguier et, en signe de deuil, lève momentanément la séance.

De l'anesthésie dans les opérations gastriques. — M. Auvray, à propos de la communication de M. Grégoire sur ce sujet, estime, avec lui, que pour les gastrotomies et gastro-anastomoses, l'anesthésie locale à la novocaïne peut suffire, à condition qu'on évite les tiraillements au cours de l'opération. Au besoin, à la fin quelques gouttes d'éther ou de chloroforme.

En agissant ainsi on constate bien moins souvent la congestion pulmonaire postopératoire.

Compression de la moelle. Laminectomie. Greffes. — M. Rouvillois fait un rapport sur six observations adressées par M. Radinesco. Il s'agit de compression de la moelle de causes diverses : traumatismes, spondylites, cals, tumeurs intradurales, traitées, soit par laminectomies simples ou avec greffes costales, suivies d'améliorations et même de guérisons selon les cas.

M. Rouvillois fait des réserves sur l'emploi du greffon costal.

MM. Sorrel, Tuffier et Mauclaire partagent l'avis de M. le rapporteur.

Traitement de l'infection postabortum. — M. Lapointe pense que les cas soumis aux chirurgiens sont habituellement des cas récents présentant peu de gravité. Le curettage fait avec une curette mousse et d'une main légère et prudente lui paraît le traitement de choix pour ces cas. Aussi ne s'explique-t-il pas l'horreur des accoucheurs pour cette curette. Dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale se trouve bien

rarement indiquée. Dans les cas d'infection pelvienne, la colpotomie semble suffisante, combinée, au besoin, au drainage abdominal. M. Lapointe repousse la ligature des veines iliaques. Sur 12 cas graves, il a eu 4 décès et 8 guérisons. Dans un seul de ces cas M. Lapointe a pratiqué une hystérectomie abdominale qui, d'ailleurs, n'a pas sauvé la malade atteinte de septicémie diffuse.

M. Proust estime que l'hystérectomie vaginale est plus souvent indiquée dans ces cas qu'on ne l'a dit. Quand l'infection a dépassé la sphère utérine, il faut y ajouter la ligature des veines iliaques.

M. J.-L. Faure partage l'opinion de M. Lapointe sur l'importance du curettage. Mais quand un bon drainage est indiqué, il n'y a pas de meilleur moyen que d'enlever l'utérus.

Ostéosynthèses de l'humérus. — M. Fredet communique les résultats éloignés de vingt ostéosynthèses de l'humérus pour fractures de cet os. Avec une parfaite asepsie, un bon outillage et une bonne technique, les résultats, dans l'ensemble, sont très bons.

M. Fredet montre une série de radiographies qui prouvent les bons résultats datant d'un à douze ans.

Côtes cervicales et dorsalisation de la VIIe vertèbre cervicale — MM. Albert Mouchet et Gastaud présentent les radiographies de cette double anomalie, côtes cervicales et hypertrophie des apophyses transverses de la VIIe vertèbre cervicale, observée chez une fillette de onze ans et demi qui se plaint depuis quelques mois de douleurs mal définies, à caractère névralgique, avec élancements dans les doigts au niveau du membre supérieur droit. Les côtes sont très courtes, et c'est à droite où la côte est la plus courte que les douleurs et la gêne du membre sont le plus accusés.

— La prochaine séance aura lieu le 15 octobre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1924)

La dispersion variable des colloïdes électrolytiques dans ses rapports avec les échanges minéraux réalisés entre deux milieux en équilibre dialytique. — MM. W. Mestrezat et M. Janet. L'inégale répartition des électrolytes dans des milieux en équilibre dialytique par suite de la présence dans l'un d'eux d'un colloïde dissocié (albumine, gélatine, savon, etc.), comme le fait a été signalé par Donnan, Bayliss et Mestrezat, en 1911, comporte un corollaire que les auteurs développent par des expériences sur des solutions de savon et de gélatine.

Les propriétés des colloïdes sont étroitement liées à leur état de dispersion, c'est-à-dire, à l'agrégation variable des groupements ioniques primitifs. Le phénomène de l'inégale répartition des électrolytes n'enfreint pas cette règle. Les auteurs voient dans les équilibres minéraux variés, ainsi réalisés, l'origine du déterminisme et de la régulation des échanges minéraux entre la cellule et les humeurs qui la baignent.

Influence d'une lymphopoïèse artificielle sur l'évolution du sarcome expérimental du rat blanc. — MM. M. Loeper et R. Turpin ont utilisé les greffes de tissu hétérogène de testicule pour accroître la réaction lymphocytaire habituelle que provoque la greffe du sarcome expérimental. Ils ont placé les deux greffes côte à côte dans des interventions simultanées ou successives. La lymphocytose et la réaction fibro-plastique sont ainsi très considérables et pourtant elles ne paraissent ni modifier, ni retarder l'évolution du greffon néoplastique. Il semble donc que, contrairement à ce que l'on pouvait espérer, et contrairement aussi à l'opinion de certains auteurs, le lymphocyte ne joue dans la résorption de la greffe sarcomateuse ou dans la défense de l'organisme contre son envahissement le rôle capital et décisif qu'on lui avait attribué.

L'intradermoréaction à l'anatoxine diphtérique ou anatoxiréaction. La notion d'allergie dans la diphtérie. — M. Chr. Zœller étudie la réaction locale produite par une injection intradermique d'anatoxine diphtérique diluée. Cette réaction est d'ordre protéinique et paraît en rapport avec l'existence chez certains sujets d'une hypersensibilité aux protéines diphtériques. Lorsqu'on pratique l'anatoxiréaction chez des convalescents de maladies diverses : oreillons, rougeole, scarlatine, angines banales, angines diphtériques, on s'aperçoit que le nombre des réactions positives est beaucoup plus élevé chez les sujets qui hébergent dans leur gorge des bacilles diphtériques. Parmi les sujets dont l'anatoxiréaction est positive, on en trouve qui ont une réaction de Schick négative; les uns et les autres ont eu des contacts avec le bacille de Lœffler; mais les uns n'ont pas encore acquis l'immunité antitoxique ; les seconds l'ont acquise. Cet état mixte d'hypersensibilité et d'immunité plus ou moins intense représente la phase allergique de l'immunisation antidiphtérique spontanée.

De l'influence du lait de femme sur le rachitisme expérimental. — MM. Lesné et Vagliano n'ont pu déceler dans le lait de femme la présence d'une vitamine liposoluble antirachitique.

Le beurre du lait de femme ne préserve, ni ne guérit du rachitisme de jeunes rats soumis au régime rachitigène de Pappenheimer.

Les vitamines A B et C ne sont donc pas plus antirachitiques l'une que l'autre, et le lait de femme ne renferme pas de facteur antirachitique.

Le rachitisme infantile ne paraît pas être une avitaminose ; ses causes sont autres : les troubles gastro-intestinaux, plus fréquents chez les enfants élevés au biberon, les infections chroniques et la privation de soleil, paraissent en être les facteurs étiologiques principaux.

Sur l'infection herpétique expérimentale du lapin. Etude comparative des diverses voies d'inoculation. — MM. P. Teissier, P. Gastinel et J. Reilly ont inoculé le virus herpétique dans les organes les plus divers pour préciser la fréquence avec laquelle on peut infecter l'animal, le temps nécessaire à la détermination des accidents nerveux et la survie ou non du virus dans l'organe infecté. Il résulte de leurs recherches qu'abstraction faite de la peau, de la cornée, du système nerveux et du testicule, le virus herpétique n'est susceptible de végéter que dans la capsule surrénale en y provoquant des lésions. Cet organe s'oppose donc par la sensibilité vis-à-vis de ce virus, à tous les autres viscères qui ne constituent pour lui qu'une porte d'entrée d'où il chemine plus ou moins vite et selon des voies différentes vers le névraxe.

Utilisation de la lampe à trois électrodes pour la mesure de la force contrélectromotrice de polarisation. — MM. A. Strohl et Henri Iodka ont appliqué à la mesure de la force contrélectromotrice de polarisation les propriétés de la lampe à trois électrodes qui leur ont déjà servi pour la mesure de la résistance du corps humain. Les déterminations, ainsi effectuées, présentent une plus grande régularité, et donnent des valeurs, en général, plus élevées que la méthode antérieurement décrite par un des auteurs, ce qui indique que l'approximation est meilleure. On observe, avec cette technique, des forces contre-électromotrices qui atteignent 90 p. 100 du voltage de la source, ce qui démontre l'importance des phénomènes de polarisation.

Présentation de livre. — M. Levaditi a l'honneur de présenter à la Société de biologie un ouvrage qui vient de paraître : *Le Bismuth dans le traitement de la syphilis* (Masson, édit.).

Depuis le 30 mai 1921, date à laquelle le bismuth fut, pour la première fois, introduit dans la thérapeutique de la syphilis par Sazerac et Levaditi, une riche moisson de découvertes est venue compléter nos connaissances sur ce sujet. A l'heure actuelle, il estime que les investigations sont suffisamment avancées pour pouvoir faire l'objet d'une monographie. C'est ce qu'il a tenté de réaliser, en insistant sur les notions de chimie et de toxicologie, sur les données expérimentales acquises et surtout sur les impressions des syphiligraphes qui ont étudié le problème au lit du malade. Le lecteur trouvera dans cette monographie, de nombreux docu-

ments cliniques et sérologiques, ainsi que des faits précis concernant l'utilisation de la bismuthothérapie dans la pratique courante.

(SÉANCE DU 28 JUIN 1924)

Sur certaines formations intracérébrales glanduliformes d'origine épendymaire dans un cas de sclérose cérébrale atrophique. — MM. L. BABONNEIX et J. LHERMITTE ont trouvé, dans le cerveau d'un sujet atteint de sclérose cérébrale atrophique, des tubes épithéliaux d'aspect glanduliforme.

A un faible grossissement, ces tubes, sectionnés en divers sens, se groupent d'une manière linéaire ; leur silhouette dessine, soit un anneau, soit un canon de fusil; leur paroi, irrégulière, est semée d'évaginations et d'invaginations.

A un fort grossissement, ils se montrent édifiés par une assise épithéliale régulièrement ordonnée, dont les noyaux occupent les bases des cellules, tandis que, du côté de la cavité, le cytoplasme présente une ligne plus foncée, résultant de sa densification relative. A l'intérieur de la cavité, on trouve, de temps à autre, un peu de substance albuminoïde acidophile.

De telles formations représentent des formations anormales du revêtement épendymaire, et sont peut-être à l'origine de certains épendymo-gliomes, que l'on ne peut attribuer à un processus inflammatoire ou irritatif défini.

Relation entre les facteurs physiques de la polarisation électrique. — MM. André STROHL et Henri IODKA montrent, tout d'abord, que l'évolution de la force contre-électromotrice de polarisation avec le temps présente une certaine analogie avec le phénomène physique qui détermine l'excitation électrique. Étudiant, ensuite, quelles sont les valeurs que l'on doit donner à l'intensité de courants de durées variables pour obtenir le même degré de polarisation, ils constatent que la quantité d'électricité mise en jeu varie, avec le temps, d'une manière tout à fait semblable à la quantité d'électricité qui produit l'excitation dans la loi de Weiss. Ils ont pu, ainsi, définir, pour la polarisation, une constante de temps analogue à la chronaxie du système neuro-musculaire, et qui est du même ordre de grandeur. Ces expériences confirment la parenté qui existe entre les phénomènes de la polarisation et de l'excitation électriques.

M. LAPICQUE signale l'intérêt de ces recherches dont il n'admet d'ailleurs pas tous les résultats.

De la kérato-conjonctivite expérimentale dysentérique. — MM. Ch. ZŒLLER et MANOUSSAKIS étudient la conjonctivo-kératite produite chez le cobaye et chez le lapin par le bacille dysentérique du type Shiga (badigeonnages précédés d'une instillation de bile).

La lésion spécifique est caractérisée surtout par une exsudation et une ulcération. Le sérum antidysentérique exerce une action curative sur les phénomènes inflammatoires.

L'œil guéri de sa conjonctivite est susceptible de faire immédiatement une seconde lésion analogue à la première. L'injection sous-conjonctivale de bacille de Shiga produit chez le cobaye un abcès, où l'on retrouve le bacille dysentérique, chez le lapin la mort en trente-six heures avec des symptômes de dysenterie.

Développement des inclusions graisseuses dans les cellules végétales. — M. LI KOUC TCHANG présenté par M. GUILLERMOND.

MM. CARDOT, LAUGIER et LEGENDRE font la démonstration d'un appareil permettant d'obtenir une série de dix températures constantes, qu'ils dénomment **bloc à série de température constante.**

M. L. MARTIN. **Bacille diphtérique ramifié.**

M. DESCOMBEY, s'inspirant des expériences de M. RAMOND sur la toxine diphtérique et les appliquant à la toxine tétanique, a obtenu une anatoxine tétanique douée de propriétés immunisantes très actives, mais aussi très variables. Plus elle floccule vite, plus elle est active.

Contribution à l'étude de la cuti-réaction à la tuberculine chez les opérés. — MM. Georges DECRESSAC et André JACQUELIN ont étudié la cuti-réaction à la tuberculine chez 86 opérés. L'épreuve recherchée dans la semaine qui a suivi l'opération a été cinq fois négative sur 20 opérés au chloroforme (25 p. 100), 16 fois négative sur 40 opérés à l'éther (40 p. 100) et 2 fois négative seulement sur 26 opérés à la rachianesthésie (7 p. 100). Ces constatations opposées au pourcentage normal des cuti-réactions négatives chez les adultes des villes (2 à 3 p. 100) permettent donc de concevoir une anergie postopératoire beaucoup plus fréquente avec l'éther et le chloroforme qu'avec la rachianesthésie, ce qu'explique bien la toxicité différente de ces modes d'anesthésie. Elles peuvent, en outre, rendre compte de certains cas de poussées évolutives pulmonaires observées parfois chez des sujets sains en apparence ou seulements suspects de tuberculose, après intervention chirurgicale.

— Société de biologie de Marseille (séance du 24 juin) :

Accidents de vaccine généralisée chez les lapins de culture. — MM. HUON et PLACIDI. Après inoculation vaccinale à la griffe sur des lapins de 2 kilogrammes et demi à 3 kilogrammes portant sur 140 centimètres carrés environ on observe assez souvent des accidents de généralisation avec éruption dépassant le champ d'inoculation et mort au quatrième ou cinquième jour. Il n'y a pas d'infection secondaire car l'inoculation d'un fragment de substance cérébrale glycérinée à un nouveau lapin donne une éruption vaccinale normale.

Les accidents se renouvelèrent même en étalant simplement la pulpe à la surface rasée sans scarifications. Ils ne se produisirent plus en réduisant de moitié la surface d'inoculation ou en employant la pulpe vaccinale en dilution plus étendue.

La même semence vaccinale inoculée sur une surface de peau proportionnellement équivalente chez le veau et l'âne n'a jamais causé d'accidents analogues. Le lapin présente donc vis-à-vis de la vaccine une réceptivité particulière.

Recherche du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. D. OLMER, A. ARNOUX et M. MASSOT ont utilisé, pour la recherche du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien, le procédé de Léger-Aubry modifié par MM. Fabrègue et Bressier. La modification consiste essentiellement à remplacer l'acide minéral par l'acide acétique dans la préparation du réactif comme dans la reprise des cendres. On évite ainsi une légère coloration jaune qui pourrait masquer la présence de minimes quantités d'iodure double de bismuth et de quinine.

Le procédé devient ainsi sensible au 1/1.000.000 en partant de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ramenés ultérieurement à 5 centimètres cubes au cours des manipulations et décélerait 15 centièmes de milligramme dans 150 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Cinq malades syphilitiques avec et sans réaction méningée et ayant reçu des doses totales de médicament correspondant à 0g70, 1 gramme et 1g20 de bi-métal sous forme de muthanol dans 4 cas sur 5, de citrate de bismuth dans un cas ont donné des réactions négatives.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 JUIN 1924)

De l'abus des interventions chirurgicales dans le traitement des fractures. — M. André TRÈVES s'élève contre ces abus. Chez l'enfant, la fracture du condyle externe irréductible et celle de l'épitrochlée avec enclavement intraarticulaire commandent seules l'intervention. Pour les autres, il suffit de savoir réduire, appareiller et attendre; les résultats imparfaits s'améliorent avec le temps. Chez l'adulte, à part la rotule et l'olécrâne, pour lesquels M. Trèves emploie toujours le cerclage et l'hémicerclage, qui évitent les corps étrangers, aucune fracture ne devrait être opérée sans de sérieuses tentatives de réduction sous-anesthésie. Pour les fractures ouvertes, l'indication opératoire est évidente.

Même en cas d'opération justifiée, M. Trèves trouve abusif l'emploi des plaques, vis, agrafes, etc. Elles entraînent presque toujours une intervention ultérieure, amènent de

l'ostéoporose, cassent souvent, donnent une fausse sécurité au chirurgien, qui risque à tort de négliger l'immobilisation, sans compter les cas d'infection opératoire, fréquents, mais presque jamais publiés, et dont les conséquences sont graves. La coaptation suivie de suture des tissus fibro-périostiques est souvent suffisante. Sinon, le fil lentement résorbable (catgut chromé, tendon de renne) est recommandable.

M. Pauchet fait une communication sur le traitement des hernies géantes.

Fractures du crâne et drainage du liquide céphalo-rachidien. — M. Mayet publie un cas de guérison de fracture de la voûte et de la base du crâne chez un adolescent de quatorze ans par trépanation large, évacuation des épanchements sous et extradure-mériens et drainage du liquide céphalo-rachidien. La guérison totale sans séquelle s'est produite en quinze jours, malgré un état très grave (coma, stertor, pouls ralenti, vomissements, paralysie faciale) qui avait immédiatement succédé au traumatisme. Il y avait enfoncement de la partie antérieure de l'occipital et signes classiques de propagation de la fracture de la voûte à la base.

Volvulus total du grêle. — M. Thévenard rapporte un cas de volvulus total du grêle opéré dès le début. A ce propos, il insiste sur l'importance au point de vue du diagnostic de l'intensité et de la persistance des crises douloureuses et de la présence d'une zone très sensible à la pression au pourtour de l'ombilic.

Un cas de spondylite traumatique (syndrome de Kummel-Verneuil). — M. C. Rœderer. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui a fait, il y a un an, une chute de 12 mètres environ.

Les trois périodes de la maladie de Kummel-Verneuil se retrouvent dans cette observation. L'auteur attire l'attention sur la persistance des symptômes douloureux malgré l'arrêt de la déformation et la preuve radiologique que l'affection est enrayée.

Paralysie radiale provoquée par les épaulières dans la position déclive. — M. Dartigues rapporte le cas d'une paralysie radiale qu'il a observée chez une jeune femme de vingt et un ans opérée par lui d'hystérectomie abdominale pour double pyosalpinx.

Pour l'auteur, dans le cas particulier, il ne saurait être question de compression du bras, mais d'une paralysie produite par les épaulières fortement repoussées dans le but de fléchir un peu le tronc et d'obtenir ainsi un relâchement des muscles abdominaux favorable à la laparotomie, ainsi que le conseille justemeut M. J.-L. Faure.

(Séance du 4 juillet 1924)

Cancer du rein. Néphrectomie transpéritonéale. — M. Pauchet présente un film sur la néphrectomie par voie transpéritonéale antérieure pour cancer du rein.

Spondylose traumatique (maladie de Kümmel-Verneuil). M. André Treves en présente deux observations chez des femmes, l'une de trente-neuf, l'autre de soixante ans. Chez l'une et l'autre, l'auteur a observé les trois phases classiques : traumatisme rachidien, s'accompagnant de vives douleurs; sédation; reprise des douleurs. Chez la première malade il ne s'est pas produit de gibbosité et les signes radiographiques se réduisent à de la décalcification de trois vertèbres avec un peu d'amincissement des disques; chez la seconde, au contraire, une cyphose dorsale est apparue progressivement, avec aplatissement des vertèbres, mais avec intégrité complète des disques intervertébraux.

Torsion de la vésicule biliaire. — M. Français fait un rapport sur une observation de M. Paul Lutaud sur un cas de torsion de la vésicule biliaire, qui s'était manifestée par des accidents péritonéaux avec localisation dans l'hypochondre droit où l'on percevait une masse assez volumineuse.

Craquement articulaire temporo-maxillaire traité par résection méniscale. — M. Peugniez présente un rapport sur une observation de M. Dufourmentel. Sur une jeune femme atteinte de craquement de l'articulation temporo-maxillaire, M. Dufourmantel a ouvert l'articulation et constatant la large incursion du ménisque en avant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique dans les mouvements d'abaissement du maxillaire, enleva le ménisque. La malade guérit et les craquements ne reparurent pas.

Ostéite du maxillaire supérieur chez les nourrissons. — M. Raymond Petit présente un cas d'ostéite du maxillaire supérieur chez un enfant de quatre mois. Il n'a retrouvé que onze cas de ce genre dans la littérature. S'agit-il d'un empyème de l'antre d'hyghmose, d'une sinusite, ou bien d'une ostéite? L'auteur se rattache avec F.-J. Collet à cette dernière conception.

Corps étranger bronchique (crochet de fer) enlevé de la bronche gauche chez un enfant de vingt et un mois par bronchoscopie supérieure. — M. Guisez.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 20 juin 1924)

M. Goubeau, président, prononce l'éloge funèbre de notre collègue, un des anciens de la Société, le docteur Louis Dumont, décédé le 10 juin, à cinquante ans. Lui aussi spécialiste depuis longtemps de la radiothérapie meurt victime de ces rayons X tour à tour bienfaisants et malfaisants. Dumont se savait atteint d'une anémie profonde, due à l'action des rayons X sur les organes hématopoïétiques, mais rien n'avait pu le décider à quitter sa profession.

Méthodes en radio et en radiumthérapie fibromateuse. — M. Foveau de Courmelles. Les rayons X et radium à doses modérées, fractionnées donnent l'hémostase et la régression des fibromes. A trop hautes doses, les tumeurs fondent trop vite, pouvant intoxiquer l'organisme, amenant la floculation et la mort.

Un cas de syphilis en activité, à séro-réaction négative et arseno-bismutho-hydrargyro-résistant. — M. G. Drouet. Il s'agit d'une malade atteinte depuis douze ans de gommes des membres inférieurs, récidivant et ayant résisté à tous les traitements appliqués par de nombreux médecins. Les séro-réactions sont négatives et le liquide céphalo-rachidien est normal. Peut-être s'agit-il d'une mycose. Des recherches dans ce sens seront entreprises et communiquées à la Société.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE DES MÉTRORRAGIES (1).

Par le docteur R. Marsan.

Lorsque l'examen gynécologique ne permet pas de trouver la cause anatomique d'une métrorragie, et surtout si celle-ci coïncide avec une période menstruelle, on est autorisé à recourir à la médication opothérapique. Le cas se présente fréquemment aux approches de la ménopause, où s'observent les métrorragies dites « crépusculaires », et aussi au moment de la formation pubérale, où se manifestent les ménorragies dites « essentielles ». Bien que, dans les deux cas, l'étiologie de ces pertes sanguines excessives soit généralement complexe, il faut admettre, cependant, que le déréglement momentané de la fonction ovarienne y joue le rôle principal. Il est donc tout indiqué d'agir sur l'ovaire plutôt que d'essayer de juguler ces hémorragies à coup d'hémostatiques. Mais l'opothérapie ovarienne ne donnera de résultats vraiment satisfaisants que si l'on administre la chalone ovarienne (*sistomensine*), élément frénateur et régularisateur de la sécrétion interne de la glande, qui s'oppose, comme on sait, à l'élément activateur (*agomensine*). L'auteur a pu traiter ainsi avec succès plusieurs cas de métrorragies récidivantes qui avaient résisté à l'administration des hémostatiques classiques. Ces résultats ont été obtenus en trois ou quatre jours, avec des doses quotidiennes de trois à six comprimés de sistomensine.

(1) *Progrès médical*, n° 18, 3 mai 1924.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

D'un jugement rendu, 3e Chambre, Trib. civil, Seine, 22 avril 1921, inséré *Gazette Tribunaux*, 22 mai 1921, confirmé par arrêt Cour appel Paris, 28 février 1924. Entre M. Zund Burget, demeurant 59, rue de Prony, Paris, et M. le docteur Maurice, 5, rue de Villersexel, à Paris. Il appert :

1° Que la demande de M. Zund Burget en contrefaçon et concurrence déloyale a été déclarée mal fondée et qu'il en a été débouté.

2° Que la demande reconventionnelle de M. le docteur Maurice en dommages-intérêts a été admise, et que M. Zund Burget a été condamné à payer à M. le docteur Maurice une somme de 25.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Pour extrait : CHAISEMARTIN.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 1er août. — *Pathologie médicale.* — Question donnée : « Formes cliniques et évolutives de l'encéphalite épidémique. »

Questions restées dans l'urne : « Etude clinique des accidents pleuro-pulmonaires des cardiopathies. » — « Séméiologie des œdèmes chroniques et bilatéraux des membres inférieurs. »

Pathologie chirurgicale. — Séance du 2 août. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement du cancer de la langue. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic du cancer du rectum. » — « Etude clinique des complications de l'ulcère de l'estomac. »

— Concours de l'externat. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1925 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 20 octobre 1924, à 9 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mardi 30 septembre 1924 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Arles. — Un concours pour une place de médecin adjoint de l'hôpital d'Arles s'ouvrira le 10 novembre, à l'Ecole de médecine de Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — Le Conseil général de la Seine a décidé d'attribuer une subvention de 15.000 fr. devant être versée entre les mains de M. le professeur Bezançon, à titre de contribution aux dépenses de fonctionnement du laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris.

ASILE CLINIQUE. — Le Conseil général de la Seine vient de prendre une délibération ouvrant un crédit de 55.000 fr. destiné à l'exécution de travaux pour la transformation de l'asile clinique de la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Après concours, sont proposés :

Pour les fonctions de chef de clinique d'obstétrique : M. le docteur Marc Rivière ; pour les fonctions de chef de clinique adjoint : M. le docteur Gautret.

Pour les fonctions de chef de clinique chirurgicale : M. le docteur Chavannaz.

INSTITUT DU RADIUM. — Fondation Curie. — *Enseignement de la radiologie médicale* (1924, 27e année). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 20 octobre, à 9 heures du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-

Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon.

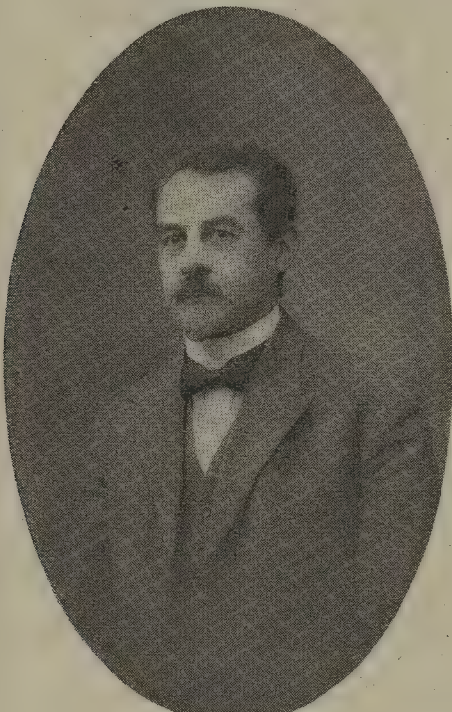
Le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 27 octobre, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Griveau (de Paris).

Jean ESCAT

La mort vient de priver d'un de ses membres les plus éminents l'Ecole de médecine de Marseille; Jean Escat y enseignait l'urologie depuis un quart de siècle; après la guerre, il était devenu professeur titulaire et avait pu, enfin, réaliser son rêve de créer un service de chirurgie urinaire à l'Hôtel-Dieu.

Il y consacra toutes ses forces, et, à l'exemple de son maître Guyon, il contribua de ses deniers à l'organisation et au perfectionnement de ce service. Il avait, enfin, vaincu les difficultés, et l'organisation qu'il avait créée pouvait passer pour un modèle. Mais à cette œuvre il avait épuisé, sans peut-être s'en rendre bien compte, une grande partie de ses forces; déjà, avant la guerre, il avait été touché par une grande douleur qui avait laissé dans son âme une trace ineffaçable, et c'est en partie pour échapper au souvenir qu'il



JEAN ESCAT (1866-1924),
Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

s'était consacré si complètement à l'œuvre qu'il avait entreprise. Une infection professionnelle, de l'ordre de celles que tous les chirurgiens affrontent et surmontent chaque jour, eut raison de sa résistance; malgré les soins les plus dévoués, malgré plusieurs interventions qu'il supporta avec un courage résigné, il a succombé le 28 juillet.

Jean Escat méritait d'être rangé parmi les meilleurs d'entre nous; sa conscience professionnelle, son dévouement à ses malades, ses hautes qualités scientifiques en faisaient un modèle dont le souvenir peut être proposé en exemple à tous.

Il avait été, au début de ses études, interne des hôpitaux de Toulouse (1887); puis, attiré par Paris, il était venu se présenter au concours d'internat; il fut nommé, en 1893, dans la promotion de Gosset, de Proust, de Carnot, de Pasteau. C'est le hasard sans doute, et aussi l'influence de la patrie commune, qui firent de lui l'élève de Pierre Bazy; puis il entra dans le service de Guyon et son avenir y reçut une orientation définitive. A la fin de son internat, un poste de chargé de cours d'urologie était devenu vacant à l'Ecole de médecine de Marseille par la mort de Vigneron; Guyon lui fit donner Escat comme successeur (1897). Sa vie fut dès lors faite d'un travail quotidien presque ininterrompu; il travailla davantage encore lorsque, pendant la guerre, il fut chargé du Centre urologique de la 15e région; ce Centre devint l'origine du service civil qu'il conserva définitivement lorsque, à la paix, il fut nommé, enfin, professeur titulaire.

Jean Escat a occupé une large place dans le mouvement si fécond de la chirurgie urinaire au cours de ce dernier quart de siècle; le Congrès d'urologie n'avait pas de membre plus assidu et aussi plus écouté; il était membre de la Société française et de l'Association internationale d'urologie. Ses publications sont très nombreuses; on m'excusera, dans l'émotion profonde causée par sa disparition, de ne pas les énumérer ici.

Nous prions ses frères, et particulièrement le laryngologiste éminent que chacun connaît, de vouloir bien agréer l'hommage de notre sympathie; à la compagne de sa vie, si durement éprouvée, nous offrons, s'il est quelque atténuation possible à sa douleur, l'émotion de toute une ville où chacun connaissait le nom et l'œuvre de Jean Escat.

L. IMBERT.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — ROUTE DES ALPES ET DU JURA. — Aux services automobiles P.-L.-M. de la route des Alpes et du Jura qui fonctionnent, comme chaque année, du 1er juillet au 15 septembre, de Nice à Belfort par Barcelonnette, Briançon, Grenoble ou Saint-Jean-de-Maurienne, Chamonix, Evian, Genève, Le Pailly, Morez, Salins-du-Jura, Champagnole, Besançon, se rattachent de nombreux services annexes dans le Briançonnais, le Vercors, le Trièves, le Massif de la Chartreuse, la Maurienne, la Tarentaise, la Vallée de la Valserine et du Doubs.

Cette importante organisation, qui forme aujourd'hui un réseau automobile de 4.000 kilomètres, comporte, en 1924, les créations suivantes :

Circuit « Glandon-Galibier-Lautaret ».

Service entre Grenoble et le Curtillard.

Circuit du Jura (Lons-le-Saunier, Grottes de Baume, les Lacs de Bonlieu, Lons-le-Saunier).

En outre, le point de départ des services d'excursions en Tarentaise a été reporté de Modane à Saint-Jean-de-Maurienne, en liaison avec les services de la Route des Alpes.

Des billets combinés individuels, à itinéraire facultatif, sans solution de continuité et comportant à la fois des parcours en chemin de fer et des trajets en automobile sont délivrés, avec une réduction de 5 p. 100 pour le voyage en autocar, au départ de toutes les gares du réseau P.-L.-M.

Ces billets sont valables jusqu'au 15 septembre 1924 et permettent de s'arrêter dans toutes les gares intermédiaires du parcours en chemin de fer et à chaque tête d'étape des parcours à effectuer en autocar.

XÉRODERMA PIGMENTOSUM FRUSTE

COEXISTANT AVEC UNE SYPHILIS OCULAIRE ET CUTANÉE (1)

Par le docteur ÉMILE JUNÈS,
Oculiste municipal à Sfax (Tunisie).

Fathma bent Ahmed, huit ans, de la tribu des Hamama, région ouest de l'oued Mechguigue, nous est amenée par ses parents pour une affection de l'œil gauche.

Ce qui fait l'intérêt de cette malade et nous détermine à relater son observation, c'est que ses lésions oculaires s'accompagnent de manifestations cutanées disparates et dont la coïncidence ne nous paraît pas avoir été encore signalée.

Pour plus de clarté, nous diviserons notre observation en deux parties.

* * *

Les lésions de la peau sont limitées à certaines régions qui, en raison de la manière dont est vêtue la fillette, sont, chez elle, le plus exposées à l'action du soleil. Ces régions sont :

1° La face, où les lésions atteignent leur maximum d'intensité et de complexité ;

2° La nuque et les parties latérales du cou ; la partie antérieure du cou, comprenant un espace en forme de losange dont les côtés supérieurs sont formés par le bord du maxillaire et les côtés inférieurs par les bords antérieurs des sterno-cléïdo-mastoïdiens, est indemne : l'enfant a l'habitude, en effet, lorsqu'elle se trouve au grand soleil, de baisser fortement la tête et de masquer ainsi cette partie du corps ;

3° La partie supérieure du dos et des épaules ;

4° La partie antérieure de la poitrine, sous forme d'un triangle dont la base répond aux clavicules et le sommet au creux épigastrique ;

5° La face dorsale des avant-bras et des mains, où les lésions sont très atténuées.

Dans ces diverses régions, on observe une manifestation commune, représentée par des éléments maculaires hyperchromiques du type lentigo ; leur diamètre varie entre celui d'une petite tête d'épingle et celui d'une petite lentille ; leur contour est net, leur forme généralement arrondie ou ovalaire ; leur coloration va du café au lait foncé au brun presque noir. Ces éléments sont extrêmement nombreux et, par leur réunion, constituent, depuis le front jusqu'à l'épigastre, en passant par la nuque, une vaste surface pigmentée, qui, vers ses confins, tranche nettement sur la teinte, bistrée et plus claire, de la peau normale voisine.

Dans toutes ces régions, sauf à la face, ces macules hyperchromiques existent à l'exclusion de tout autre élément. Mais, à la face, il s'en ajoute d'autres, d'un type différent.

1° Au niveau des paupières, l'hyperchromie se manifeste par des taches de taille plus considérables, véritables flaques colorées, d'une teinte brun violet presque uniforme et présentant les plus grandes analogies avec certains nævi pigmentaires lisses. Ces éléments, qui, au dire des parents, auraient commencé à se constituer il y a trois ou quatre ans, paraissent résulter de la confluence d'éléments beaucoup plus petits qui les auraient précédés ; en effet, si on les examine à leur périphérie, on les voit, en certains endroits, se résoudre en une série de petites macules exactement semblables à celles déjà décrites. A la paupière inférieure, ces grands éléments occupent la majeure partie de la surface cutanée, depuis le bord libre jusqu'à quelques millimètres au-dessous du rebord orbitaire inférieur ; à la paupière supérieure, ils sont moins étalés et affectent la forme d'une bande étroite longeant le bord ciliaire.

2° Sur le reste de la face, on trouve, entre les macules hyperchromiques, un assez grand nombre de taches vasculaires de petit diamètre, à bord net et à contour fréquemment angulaire. De teinte rouge, elles s'effacent plus ou moins sous la pression d'une lame de verre. Il existe, en outre, çà et là, quelques fines sinuosités télangiectasiques.

3° Enfin, disséminées sur toute la superficie de la peau, on observe de nombreuses petites zones squameuses mal délimitées ; les squames y sont fines, blanches, rappelant celles du pityriasis simplex ; elles adhèrent à la peau, soit au niveau de ses parties pigmentées, soit au niveau des taches vasculaires.

Voici ce que nous apprend l'enquête, faite auprès des parents :

1° Les lésions sont apparues, chez la fillette, vers l'âge de trois mois, et n'ont cessé de progresser depuis.

2° La petite malade a eu un frère qui, quelques mois après sa naissance, a présenté une éruption identique comme aspect, comme distribution et comme marche. Ce frère serait mort, il y a un an, de cachexie consécutive à un état fébrile ayant duré quatre mois et provoqué, semble-t-il, par du paludisme (accès fébriles quotidiens précédés de frissons et suivis de transpirations abondantes ; élargissement progressif des hypochondres droit et gauche).

3° Le père et la mère de cette malade sont cousins germains.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un syndrome cutané dont les caractéristiques sont les suivantes : distribution des lésions sur des régions habituellement exposées au soleil ; prédominance et maximum de complexité à la face ; mélange de taches hyperchromiques, lentigineuses et næviformes, de taches vasculaires, de télangiectasies ; marche progressive et très lente ; étiologie congénitale et familiale ; hérédité consanguine.

A quelle origine faut-il rattacher ce syndrome ? Deux hypothèses s'offrent immédiatement à nous (1).

1° Celle d'une dermatose d'origine lumineuse. Sous cette dénomination, se rangent un certain nombre de dyschromies essentiellement provoquées par la lumière : dyschromies des campagnards, des marins, des rayons X. Les lésions y sont représentées par des macules de lentigo, des nævi, des

(1) Communication à la *Société tunisienne des sciences médicales.*

(1) Pour mémoire, rappelons que la lèpre nerveuse présente, au début de son évolution, une éruption de taches mélanodermiques et de taches d'apparence vasculaire, siégeant de préférence sur les régions découvertes et procédant par poussées successives. Nous avons minutieusement recherché, chez notre malade, les « stigmates » cliniques de cette infection : anesthésie au niveau des taches et à l'extrémité des derniers doigts, gonflement et état moniliforme du cubital, tuméfaction du lobule de l'oreille, signe du sourcil, coryza, etc. Cette recherche, empressons-nous de le dire, a été complètement négative.

taches vasculaires, des télangiectasies ; leur distribution est celle des régions soumises à la lumière ; la marche en est progressive, tout au moins tant que le sujet reste exposé à la cause déterminante. Il y a lieu aussi d'y considérer le terrain, car ne fait pas de ces lésions qui veut. On pourrait donc invoquer ici une mélanodermie d'origine solaire, développée chez une petite bédouine dont l'existence s'est passée au grand air et sous le puissant soleil du Sud,

2° Celle d'un *xéroderma pigmentosum*. Cette affection a été décrite, sous ce nom, pour la première fois par Kaposi en 1870, puis par Pick sous celui de *mélanodermie lenticulaire progressive*, en raison de son caractère prédominant et le plus précoce. Elle présente, dans la première phase de son évolution, un syndrome en tous points semblable à celui que nous venons de décrire : même distribution, même prédominance et même complexité des lésions à la face ; même coexistence de taches mélanodermiques, de taches vasculaires, de télangiectasies ; même marche progressive ; même étiologie congénitale et familiale ; même influence de la consanguinité. Pour tout médecin quelque peu familiarisé avec le xéroderma pigmentosum, l'analogie de notre cas avec cette dernière affection doit paraître frappante et faire fortement pencher, dans son esprit, la balance en sa faveur. Quelques réserves pourtant pourraient être faites. D'habitude, le xéroderma pigmentosum évolue plus rapidement ; après huit années d'existence, comme c'est le cas actuel, cette maladie aurait déjà produit, en raison de l'activité du processus qui généralement la caractérise, des lésions qui constituent, pour ainsi dire, sa signature et qui n'existent pas ici, même à l'état d'ébauche. En particulier, l'état xérodermique fait défaut. La peau est bien étoffée, souple, grasse au toucher ; la desquamation qu'on y observe est celle d'un pityriasis séborrhéique ; elle ne présente aucune trace d'amincissement atrophique, aucune dépression d'apparence cicatricielle, aucune rigidité au niveau des orifices naturels de la face. Le bien-fondé de ces réserves ne pourra cependant être établi que par l'évolution ultérieure de la maladie : l'on peut prétendre, en effet, que l'on se trouve en présence d'un xéroderma pigmentosum à marche particulièrement lente et demeuré à l'état fruste (1).

*
* *

En reprenant notre description, nous voyons apparaître de nouveaux éléments de discussion.

On remarque, en effet, chez la fillette, d'autres lésions, d'un caractère très spécial. Elles existent uniquement au niveau de la face et siègent, soit sur la peau, soit sur l'œil du côté gauche.

1° *Lésions de la peau.* — On observe, tout d'abord, une ulcération en pleine activité, apparue depuis un mois et occupant la région de la tempe gauche au voisinage immédiat de l'œil, sur lequel elle empiète au niveau de son angle externe. Cette ulcération a la forme d'un ovale à grand diamètre transversal et mesure environ 3 centimètres sur 2. Ses bords sont réguliers, nettement entaillés, peu élevés, non décollés, d'une coloration rouge sombre. Son fond est vallonné, plus profond du côté de l'œil que du côté opposé ; le derme y est entamé, mais assez superficiellement ; quand on le déterge, il apparaît lisse et de couleur jaune rougeâtre. L'ulcération sécrète un liquide séro-purulent, à tendances faiblement plastiques, se déversant sur la joue et formant, par dessiccation, quelques rares croûtes, brunes et fragmentées. Enfin, il n'existe aucune induration, ni de ses bords, ni des tissus sous-jacents.

Cette ulcération est la seule que l'on observe actuellement à l'état d'activité. Mais, depuis un an environ, la fillette a présenté d'autres ulcérations dont on retrouve les vestiges sous forme de cicatrices. C'est ainsi que l'on constate, sur la lèvre inférieure, à la limite de la peau et de la muqueuse, un peu à gauche de la ligne médiane, une dépression cicatricielle, souvenir d'une ulcération qui a entamé assez profondément les tissus à ce niveau. Cette cicatrice est étroite, lisse, souple, fortement colorée en brun. Une deuxième petite cicatrice, déprimée elle aussi, et présentant les mêmes autres caractères, existe à la partie dorsale et inférieure du nez. Une troisième cicatrice, la plus considérable de toutes, occupe la région de la tempe et de la joue gauches, où elle représente la trace d'un processus ulcéreux dont le début remonte à une dizaine de mois et dont l'ulcération actuelle est la plus récente manifestation. Constituant la limite immédiate et externe de cette ulcération, elle se dirige, de là, en bas et en arrière. Ses bords sont régulièrement arrondis, largement polycycliques ; sa surface est lisse, légèrement déprimée par rapport à la peau environnante. Elle est pigmentée, mais d'une manière non uniforme, plus fortement à sa périphérie et moins vers le centre où apparaissent des espaces rosés et, disséminés çà et là, quelques points blancs achromiques du diamètre d'une tête d'épingle.

Un point intéressant à noter, c'est qu'il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire des régions voisines ; les ganglions préauriculaire et sous-maxillaires, en particulier, ne sont pas perceptibles au doigt.

2° *Lésions de l'œil gauche.* — L'ulcération, avons-nous dit, empiète sur l'œil voisin. Elle a gagné, en effet, les deux paupières sur une largeur de 3 ou 4 millimètres à partir de l'angle externe et a rongé leur face antérieure et leur bord libre. A sa limite interne, sur la paupière inférieure, persiste une très étroite et courte portion du bord ciliaire ; celui-ci, mal soutenu par suite de la disparition de la peau voisine, s'est affaissé en arrière ; aussi les quelques cils qu'il supporte encore s'appliquent-ils, sous forme d'un petit et maigre pinceau, sur le globe de l'œil.

Outre cette ulcération de son angle, l'œil gauche présente, au niveau du bulbe et sur sa partie externe correspondant à l'ouverture palpébrale, une élevure transversale étendue depuis l'angle externe ulcéré jusqu'au limbe qu'elle surplombe. Cette élevure, arrondie en dos d'âne et à surface lisse, offre une coloration rouge uniforme et une apparence gélatineuse. Elle paraît résulter de la propagation à la conjonctive et au tissu épiscléral du processus qui a provoqué l'ulcération adjacente.

(1) Le docteur Ch. Nicolle a bien voulu donner, dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord* (1923, t. III, n° 1, p. 98), une analyse de cette présente communication. D'après lui, il n'y a « point de doutes sur la nature de la maladie dont est atteint le sujet étudié : il s'agit d'un cas typique de xéroderma pigmentosum ». Cette observation, dit-il, « porte à 15 le nombre de cas de xéroderma pigmentosum décelés jusqu'à présent dans la Régence ». Rappelons que le xéroderma pigmentosum est une affection relativement fréquente en Tunisie (Ch. Nicolle et collaborateurs).

On constate encore la présence, dans la cavité conjonctivale, de tractus purulents qu'y déversent les parois de l'ulcération, et aussi l'existence de quelques phénomènes réactionnels modérés (rétrécissement léger de la fente palpébrale, hyperhémie de la conjonctive, un peu de photophobie) auxquels doivent contribuer, à la fois, l'ulcération de l'angle externe, le frottement des cils sur le bulbe et la traînée d'épisclérite.

Le reste de l'œil semble normal; notons, en passant, l'absence de granulations sur la face interne des paupières.

Quelle est la nature de ces nouvelles manifestations?

L'aspect objectif des lésions cutanées que nous venons de décrire et sur lequel nous avons, à dessein, minutieusement insisté; l'évolution méthodique, lente et progressive, du processus, ulcéreux puis cicatriciel, développé successivement à la tempe, à la joue et enfin aux paupières : voilà autant de caractères cliniques appartenant aux syphilides cutanées à allure tertiaire. Quant à la lésion scléro-conjonctivale de l'œil gauche, elle rappelle, par certains côtés, la manifestation spécifique que Gunn a décrite et appelée « infiltration gélatineuse de la conjonctive et de la sclérotique ».

Ce n'est pas tout. L'examen général de la malade, l'enquête étiologique, la réponse du laboratoire, les résultats du traitement confirment, eux aussi, le diagnostic de syphilis.

1° On trouve réunies, chez cette fillette, quelques-unes des manifestations que Fournier a classées parmi les stigmates de l'hérédosyphilis. C'est une enfant de petite taille, puisque, à huit ans, elle n'atteint que 1 mètre de hauteur. Son nez est fortement aplati à sa base comme si l'on avait appliqué, à ce niveau, un vigoureux coup de pouce. Sa voûte palatine est ogivale. Les quatre incisives et les deux canines inférieures forment un ensemble contrastant avec le reste de la dentition qui est normale : implantées irrégulièrement, elles offrent les tailles et les directions les plus inattendues et chevauchent les unes sur les autres; le bord libre des incisives est découpé en dents de scie. Enfin, on observe, au niveau de la partie muqueuse des lèvres, tout près de leur bordure cutanée, une demi-douzaine de cicatrices blanches, étroites, longues de 1 centimètre environ, effilées à leurs extrémités et disposées parallèlement à la fente buccale; elles représentent la trace de fissures apparues au moment de la naissance; Parrot, on le sait, faisait de ces cicatrices un signe certain de syphilis héréditaire.

2° L'enquête étiologique révèle les faits suivants : la mère de la fillette n'aurait jamais présenté d'accidents spécifiques, tout au moins en apparence; mais elle est née de parents syphilitiques et a eu neuf enfants : les deux premiers sont venus au monde morts, après une grossesse de six et de sept mois; les deux suivants, mort-nés eux aussi, sont venus à terme; le cinquième et le sixième sont vivants et bien portants; le septième est représenté par notre malade; le huitième est le frère dont nous avons rapporté l'histoire et qui, affecté d'une dermatose semblable à celle de cette fillette, est mort, il y a un an, de fièvre palustre; le neuvième, enfin, est né vivant, mais est décédé, brusquement et sans cause apparente, vingt jours après sa naissance.

3° L'examen du sang, envoyé à l'Institut Pasteur de Tunis, a donné lieu à un Wassermann positif (++).

4° Enfin, notre malade a été soumise d'emblée à un traitement mercuriel intensif (frictions bi-quotidiennes d'onguent mercuriel, sublimé par la bouche, bi-iodure en injections intramusculaires). Sous cette influence, l'ulcération s'est rapidement desséchée et sa cicatrisation a commencé à se dessiner dès le huitième jour; actuellement, au trentième jour, elle est presque achevée. Quant à l'épisclérite, elle a entièrement disparu vers le quinzième jour.

*
* *

Conclusions. — Chez notre petite hérédo-syphilitique coexistent deux catégories de lésions : 1° des lésions ressortissant à un syndrome mélanodermique attribuable à un xéroderma pigmentosum fruste; 2° des lésions syphilitiques. Dès lors se pose le problème suivant : ces deux sortes de manifestations sont-elles d'origine différente et évoluent-elles, sur cette malade, d'une façon indépendante, chacune pour son propre compte? Ou bien y a-t-il là tout autre chose qu'une simple et curieuse coïncidence? En termes plus explicites, peut-on admettre que ce syndrome mélanodermique peut, dans certains cas, représenter une manifestation de la syphilis, maladie héréditaire par excellence et dont l'action sur les pigments de la peau est nettement établie? L'observation que nous publions semble fournir à cette question une réponse affirmative. Notre cas pourrait, à cet égard, être rapproché d'un certain nombre d'autres observations où des lésions mélanodermiques coexistaient avec une hérédo-syphilis manifeste. Citons notamment l'observation de Monlaur et Caillau (Atrophie et pigmentation. Cas pour diagnostic, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1921, p. 422) et celle de Babonneix et Dugué (Hérédosyphilis avec manifestations insolites ; ichtyose, pigmentation, maladie de Roger, *Gaz. des hôpit.*, 2 et 4 janv. 1923, n° 1, p. 5).

D'autre part, si nous admettons que ce syndrome mélanodermique représente la première phase d'un xéroderma pigmentosum, l'intérêt du problème s'affirme plus fortement encore. En effet, l'aboutissant, pour ainsi dire fatal, de la « dermatose de Kaposi » que Quinquaud appelait « lentigo épithéliomateux », c'est le cancer, dont la prédilection pour certaines lésions cutanées, et tout particulièrement certaines lésions pigmentaires congénitales, est aujourd'hui bien connue. Ainsi se trouve soulevée l'importante question des rapports qui existent entre la syphilis et le cancer cutané. De même que pour d'autres régions, comme la langue, le rectum, etc., où le terrain syphilitique héréditaire ou acquis se trouve si souvent à l'origine des lésions cancéreuses, ne pourrait-on pas envisager pour la peau la possibilité d'une syphilis héréditaire qui provoquerait des lésions mélanodermiques du type xéroderma pigmentosum et préparerait ainsi le « lit du cancer »? Cette hypothèse n'a rien qui puisse surprendre après certains travaux récents (Borrel. *Congrès de Strasbourg*, 1923; Ch. du Bois. *Revue méd. de la Suisse romande*, déc. 1923, etc.).

Quoi qu'il en soit, nous ne voudrions pas, à l'occasion de ce seul cas, ériger en conclusions définitives les probabilités que nous venons d'envisager. Il nous suffira d'avoir établi la nécessité, en présence d'une mélanodermie du même genre, de rechercher,

avec le plus grand soin la syphilis, par l'examen complet du malade et par l'étude approfondie de ses antécédents.

SUR UNE CAUSE D'ERREUR

DANS

LA MESURE DU CALIBRE DE L'AORTE ASCENDANTE

EN POSITION OBLIQUE ANTÉRIEURE DROITE

Par G. CHAUMET,

Médecin-major de 2e classe,
Assistant de radiologie au Val-de-Grâce.

Il est admis que l'évaluation du calibre de l'aorte est possible avec exactitude non pas en incidence frontale mais dans les positions obliques.

La méthode préconisée par les auteurs qui ont fixé la technique de l'examen radiologique de l'aorte est la suivante : d'abord pratiquer la mensuration du pédicule du cœur en frontale puis mensuration de l'aorte ascendante en position oblique antérieure droite suivie d'un contrôle en position oblique antérieure gauche.

On se contente souvent de l'examen en oblique antérieure droite ce qui est un tort, car chez certains sujets, le vaisseau est plus nettement perceptible en oblique antérieure gauche (Bordet-Thoyer Rozat).

La difficulté de la mesure en oblique antérieure droite réside dans la dissociation parfois malaisée de l'ombre aortique d'avec le reste du pédicule.

On sait que les éléments de l'image du pédicule sont en allant de gauche à droite (par rapport à l'observateur) : l'ombre de la veine cave supérieure, l'aorte et, au pied de l'aorte, la portion initiale de l'artère pulmonaire.

Les chercheurs inexpérimentés, — et les autres aussi — ont parfois de la peine à distinguer exactement ce qui revient à l'aorte qui doit se reconnaître à sa teinte plus foncée. On a souvent une tendance à exagérer la largeur du vaisseau.

Avant tout, il faut éviter de comprendre toute la largeur du pédicule dans la mesure : mais sans commettre cette faute grossière, il ne faut pas prendre la mesure de l'aorte trop haut car la projection de la crosse donne un renflement plus ou moins accusé. Il ne faut pas non plus la prendre trop bas car on rencontre l'artère pulmonaire.

Or entre ces deux zones, à la partie moyenne de l'aorte ascendante, existe une autre cause d'erreur qui peut faire attribuer au vaisseau un calibre inférieur à son calibre réel et c'est sur elle que nous voulons insister : *Chez beaucoup de sujets, l'image de la bronche gauche, s'avançant dans l'ombre du pédicule du cœur peut, en empiétant sur l'image de l'aorte ascendante, en masquer une partie.*

La gêne qu'apporte la perception des gros troncs aériens en oblique antérieure droite n'avait pas échappé à Thoyer Rozat qui écrivait dans sa thèse : « dans les diverses positions obliques antérieures droites la portion descendante de l'aorte se trouve en projection constante avec la trachée. Or l'on sait que sa clarté suffit en radiographie à modifier l'aspect des corps vertébraux sur une plaque de la région cervicale. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que en radioscopie sa projection au devant de l'aorte descendante, en position oblique, modifie la visibilité de ce vaisseau ».

D'après cet auteur la trachée ne masque que l'aorte descendante et il n'est pas question des bronches.

Or dans certains cas où nous éprouvions quelques difficultés à pratiquer nos tracés orthodiagraphiques de l'aorte ascendante, nous avons pu nous rendre compte que la clarté de la bronche gauche en était la cause.

Notre attention étant attirée sur ce point, nous avons observé que ce que nous donnions parfois comme l'un des bords du tronc artériel n'était autre qu'un des bords de la bronche gauche.

Nous avons pris des radiographies en localisant exactement la région et nous avons pu ainsi observer sur de beaux clichés les détails trop imprécis à la simple radioscopie ; d'où nous avons tiré la confirmation de ce que la radioscopie nous avait fait entrevoir.

Pour comprendre cette apparence, il faut savoir comment se présentent la trachée et les bronches.

Les deux schémas ci-contre le démontrent mieux qu'une longue description.

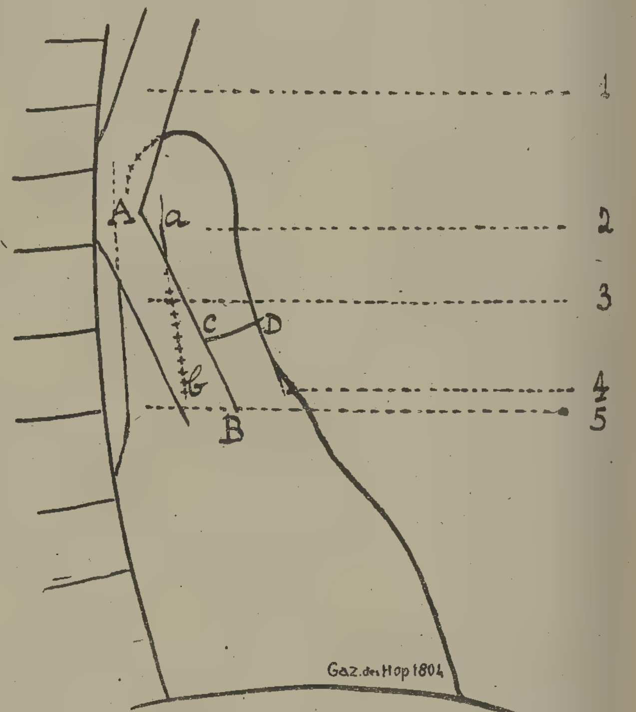


Fig. 1. — *Oblique antérieure droite à 25 degrés.*

1. Trachée. — 2. Aorte ascendante. — 3. Bronche gauche. — 4. Origine de l'artère pulmonaire. — 5. Veine cave supérieure.

Ce qui frappe, c'est la direction voisine de la verticale de la bronche gauche.

Dans une position oblique antérieure droite peu accentuée, vers 25 degrés environ, la trachée se projette sous l'aspect d'une bande claire en bordure de la colonne dorsale supérieure, oblique de haut en bas et de droite à gauche (par rapport à l'observateur). Descendant du cou, elle arrive au niveau de la crosse aortique, masquant le début de la descendante ; son bord gauche disparaît dans l'opacité des corps vertébraux. Au niveau de la Ve vertèbre dorsale, ou de la partie inférieure de la IVe, cette bande claire change de direction et va obliquement de haut en bas et de gauche à droite. On la suit sur 5 ou 6 centimètres, coupant par conséquent en biais l'ombre aortique ascendante qui est plus proche encore de la verticale. Après son changement de di-

rection, cette image ne correspond plus à la trachée mais à la bronche gauche. On la distingue alors sur toute sa largeur, son bord gauche (par rapport à l'observateur) est perceptible sur l'ombre de la veine cave.

Quant à l'image de la bronche droite, il suffit de se souvenir que nous sommes ici en oblique antérieure droite pour comprendre qu'elle continue à peu près la direction de la trachée et qu'elle va, en bas et à gauche, se perdre dans l'opacité des corps vertébraux.

Lorsque le vaisseau aortique est assez opaque, on le distingue, malgré la présence de la clarté bronchique. Mais s'il est pâle, on conçoit que sa délimitation soit de ce fait troublée.

A mesure qu'on augmente la rotation du sujet, en le plaçant de plus en plus de profil, la bronche gauche apparaît plus verticale, se porte vers la gauche, quitte non seulement l'ombre aortique mais le pédicule en entier pour se profiler dans l'espace clair médiastinal désormais élargi. La bronche droite elle aussi commence à y apparaître (fig. 2).

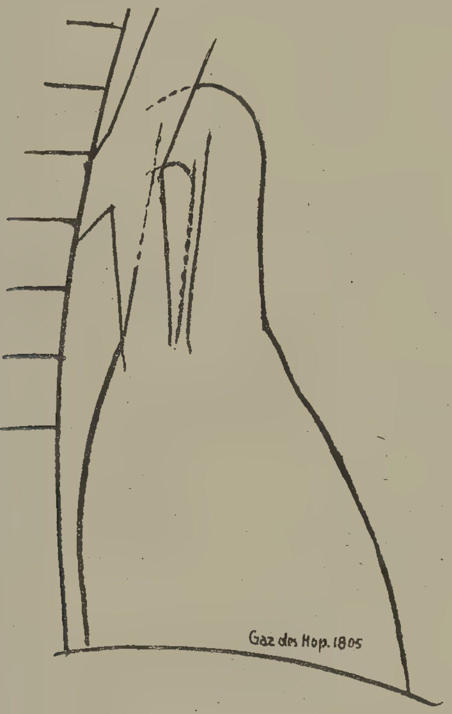


Fig. 2. — *Oblique antérieure droite à 35 degrés.*

En nous reportant à la figure 1, nous voyons que la ligne A B qui, à l'écran, est plus apparente que le bord de l'aorte *a b* est souvent prise pour lui : la mesure que l'on prend correspond à C D, c'est-à-dire à la partie du vaisseau libre de superposition bronchique, au lieu de correspondre au diamètre de tout le vaisseau.

Il y aurait donc intérêt, pour se garder de cette cause d'erreur, à accentuer l'obliquité du sujet. Mais alors la veine cave supérieure se superpose de plus en plus à l'aorte et l'épaisseur du sujet devient de plus en plus considérable, d'où une moins grande netteté. C'est pour cela que Vaquez et Bordet conseillent d'étudier l'aorte dans une position oblique antérieure droite peu accentuée; dans la majorité des cas, elle apparaît alors avec le maximum de visibililé. Mais ces auteurs disent aussi qu'il convient parfois de tâtonner, la position optima n'étant pas la même chez tous les malades.

Telle sera aussi notre conclusion; mais nous répétons que dans une faible inclinaison en oblique antérieure droite, la visibilité de l'aorte ascendante est compromise parfois par la projection de la bronche gauche. Dans d'autres cas, où le vaisseau semble nettement apparent, on court le risque de lui assigner un contour inexact, en interprétant à faux le bord gauche de son opacité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 4 juillet 1924)

A propos du diagnostic différentiel des pneumothorax enkystés sus-scissuraux et des grandes cavernes du sommet. — MM. Emile Sergent et Francis Bordet rapportent trois observations qui montrent que l'examen radiologique ne fait souvent qu'accuser les ressemblances symptomatiques qui rendent ce diagnostic différentiel parfois si difficile.

L'interprétation des grandes images cavitaires occupant tout le tiers ou le demi-supérieur d'un hémithorax doit être considérée comme très délicate. Si l'on fait abstraction des commémoratifs et des signes cliniques seuls capables de la guider dans une certaine mesure on risque fort d'attribuer à un pneumothorax enkysté une de ces larges zones transparentes obliques ovalaires, alors qu'elle n'est, comme c'est le cas le plus fréquent, que l'indice d'un évidement total du lobe supérieur.

L'erreur inverse est en effet plus rare.

Anomalie sacrée. — MM. André Léri, Cottenot et Pettidi présentent une enfant de dix ans atteinte d'une anomalie sacrée.

Celle-ci consiste en l'absence totale de toute la moitié droite du sacrum, à l'exception de la première et d'une partie de la deuxième pièce sacrée. La partie manquante est nettement coupée en arc de cercle comme à l'emporte-pièce. Il n'y a aucun trouble causé par cette anomalie, si ce n'est une légère atrophie du membre inférieur correspondant.

La malade est atteinte de crises comitiales à début jacksonnien, avec auras et équivalents psychiques.

Il est possible, mais non certain, qu'il s'agisse d'une hérédo-spécifique.

Accès fébriles pseudo-palustres à grandes oscillations survenant au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde. — MM. Caussade, Le Rasle et Madre rapportent deux cas où au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde sont survenus des accès fébriles à grandes oscillations, avec cette particularité essentielle que la plupart des accès furent très impressionnants, ils s'accompagnaient des trois stades classiques des gros accès paludéens et des septicémies graves : frisson (dont l'un d'eux fut de la durée de quatre heures), sensation de chaleur considérable et sueurs souvent très profuses pouvant durer douze heures.

Dans le premier cas, les accès fébriles au nombre de cinq apparurent dans la période du lysis, et dans le deuxième cas les accès au nombre de six occupèrent la place du stade amphibole. Tantôt ils vont diminuant d'intensité (première observation), tantôt (deuxième observation) en augmentant d'intensité et souvent se terminent brusquement; dans un accès, la chute fut de 6 degrés (41 à 35,2). Dans les deux observations, la convalescence fut seulement retardée de quelques jours. Ces accès furent donc sans gravité. Aucune complication.

Ils furent, en général, isolés les uns des autres, rarement subintrants, quotidiens le plus souvent et rarement biquotidiens. Leur début chez un même sujet a lieu aussi bien le matin que dans la soirée. Ils surviennent sans cause apparente.

D'après un cas de L. Bouveret, qui en a observé de semblables, la quinine fut sans action.

La durée des accès varie de vingt-quatre heures à une heure. Celle des cas moyens est de huit heures environ.

Les temps de saignement raccourcis. — M. P.-Emile Weil rapporte plusieurs cas d états hémorragiques ou d'hémorragies importantes isolées où les temps de saignement étaient très raccourcis : 1'5, 1'2 au lieu des temps normaux fixes de 3'. Cette anomalie de saignement s'accompagne d'autres anomalies (retard de la coagulation, caillot irrétractile, diminution des hématoblastes) semblables à celles qui se voient dans les états hémorragiques à temps de saignement prolongés. Elle a donc une valeur sémiologique analogue à l'allongement du temps de saignement, avec lequel elle peut s'associer. Elle montre la part importante qui revient au système nerveux vaso-moteur à côté de celle de la dyscrasie sanguine dans la réalisation des hémorragies.

MM. Aubertin et M. Labbé partagent l'opinion de M. P.-E. Weil.

Dosage et variations de la bilirubine dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. M. Chiray, M. Milochevitch et L. Petrovitch rappellent que l'étude de la bilirubine duodénale et de ses variations a pris de l'intérêt dès que l'on a commencé à pratiquer le tubage. Pour ce dosage, divers procédés ont été préconisés en France, méthode de Fouchet appliquée au suc duodénal par René Gaultier, méthode de Chabrol, Bénard et Gambillard, cholérimétrie de Gilbert-Herscher. Dans les nombreux et importants travaux que la question a suscités à l'étranger, la seule méthode employée est celle que Hijmans van den Bergh a créé pour le dosage des pigments biliaires dans le sérum sanguin. Les auteurs l'ayant étudiée comparativement avec les méthodes anciennes la jugent plus précise et plus commode pour le dosage de la bilirubine duodénale. Après avoir étudié sa technique d'une façon complète et détaillée, ils indiquent les résultats obtenus, d'une part dans l'exploration de la vésicule biliaire par l'épreuve de Meltzer-Lyon, d'autre part dans une série de maladies du foie.

a. Dans l'étude de la vésicule biliaire par l'épreuve de Meltzer-Lyon on obtient, pour les cas normaux, les résultats moyens suivants, exprimés en unités de la méthode de Hijmans van den Bergh :

Bile A, 12,8 unités.
Bile B, 40 unités.
Bile C, 8 unités.

Ces chiffres, qui sont d'ailleurs proportionnellement comparables à ceux que fournissaient les anciennes méthodes, constituent une formule caractéristique de la vésicule saine.

Chez les malades atteints de troubles vésiculaires, qu'il s'agisse de cholécystite chronique calculeuse ou non calculeuse, et d'ailleurs dans tous les cas où, pour une raison quelconque, le cholécyste se trouve anatomiquement ou fonctionnellement annihilé, la réponse vésiculaire est modifiée. Tantôt l'on constate l'absence ou l'inversion des variations bilirubiniques normales dans l'épreuve de Meltzer-Lyon, tantôt on observe des variations excessives qui consistent en une concentration pigmentaire anormalement élevée dans la « bile B ».

b. Pour les malades du foie, les variations de la bilirubine duodénale présentent surtout de l'intérêt au cours des ictères. Dans l'ictère catarrhal, à la période d'état, jamais la bilirubine duodénale ne disparaît complètement quelle que soit la surcharge pigmentaire de la peau et des urines. A la convalescence elle atteint et conserve pendant quelque temps une concentration anormalement élevée. Au contraire, le pigment disparaît complètement dans le suc de tubage au cours des vrais ictères par rétention. Enfin, tant en France qu'à l'étranger, on a signalé des quantités de bilirubine duodénale extrêmement élevées dans toutes les maladies liées à l'hyperhémolyse active ou passive, ce qui confirme, en clinique humaine, les données depuis longtemps établies par la médecine expérimentale.

L'anatoxi-réaction. Réaction révélatrice de l'allergie diphtérique. — M. Ch. Zoeller étudie les effets produits par l'introduction dans le derme d'une petite quantité d'anatoxine diluée à 1 p. 100.

Une réaction positive se montre chez les sujets qui hébergent actuellement ou ont hébergé du bacille diphtérique; souvent négative au début des angines pseudo-membraneuses typiques elle devient positive dans un délai plus ou moins long. Elle est particulièrement fréquente et marquée au cours des angines diphtériques rouges dont les signes cliniques sont réduits au minimum et où l'examen bactériologique décèle le bacille de Löffler. Elle révèle chez un sujet réceptif en voie d'immunisation un état d'hypersensibilité intermédiaire entre la réceptivité absolue et l'immunité acquise (phase allergique de l'immunisation antidiphtérique spontanée).

Cette phase allergique se retrouve chez certains sujets au cours de la vaccination par l'anatoxine diphtérique.

Etude sur la pathogénie d'un cas de purpura rhumatoïde survenue à la suite d'une injection de vaccin T. A. B. — MM. de Lavergne et R. Bize essaient de démontrer la relation de causalité qui peut exister entre la vaccination T. A. B. et l'apparition du purpura rhumatoïde.

A l'aide d'une intradermo-vaccinale, ils observèrent l'apparition : 1° d'une tache purpurique; 2° d'une violente réaction de sensibilisation.

Des réactions-témoins leur montrèrent que, chez leur malade, toute distension du derme provoquait une tache purpurique et ils pensent qu'une intradermo-réaction à l'eau physiologique représente un signe sensible de la dyscrasie purpurique plus constant que le signe du lacet. Au contraire, tenant compte de la réaction de sensibilisation, de la date d'apparition des accidents et de l'aspect du syndrome, ils assimilent la réaction purpurique observée à un accident sérique déterminé par la pénétration d'albumines hétérogènes vaccinales.

Radiculo-poliomyélite, complication de méningite cérébro-spinale. — MM. de Lavergne et Bize rapportent l'observation d'un malade ayant présenté une méningite cérébrospinale (type A) dont la guérison coïncida avec l'apparition d'une myélite de type radiculo-poliomyélitique : violentes douleurs lombo-sciatiques, rétention d'urine et paraplégie flasque avec trouble des réactions électriques. L'évolution en fut rapide et la guérison survint en deux mois.

Les auteurs insistent : 1° sur la forme septicémo-méningée de l'infection qui se montra résistante à la sérothérapie; 2° sur la coïncidence d'une injection de bleu de méthylène, de la guérison de la méningite et l'apparition de la myélite.

Hypersensibilité des convalescents de diphtérie à l'anatoxine diphtérique. — MM. H. Darré, G. Loiseau et A. Laffaille rapportent deux nouvelles observations de réaction locale et générale intense chez des convalescents de diphtérie cinq semaines après le début de la maladie. Ces faits prouvent qu'il se produit fréquemment une sensibilisation vis-à-vis du bacille de Löffler au cours de la diphtérie; mais c'est un processus de réaction banal de l'organisme vis-à-vis d'un colloïde hétérogène. Il ne nous paraît pas prouvé qu'elle soit une réaction révélatrice de l'allergie diphtérique. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider cette importante question.

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1924)

Immunisation antidiphtérique de l'enfant par l'anatoxine diphtérique; allergie et réaction locale. — MM. Lereboullet et Joannon ont employé l'anatoxine de Ramon dans le but de réaliser l'immunisation antidiphtérique chez les enfants groupés récemment à l'hôpital d'Antony, atteints pour la plupart de tuberculose ostéo-articulaire et venant des divers hôpitaux parisiens. Parmi les 80, originaires de l'hôpital des Enfants-Malades, 13 présentant une réaction de Schick positive ont reçu deux injections d'anatoxine aux doses de 0^{cmc}5 et 1 centimètre cube séparées par un intervalle de vingt-trois jours ; quarante-six jours après la première injection, 12 ont eu une réaction négative de Schick, le treizième n'a présenté une réaction négative que vingt et un jours plus tard, sans le secours d'une troisième injection. Dans une autre partie de l'hôpital, groupant les enfants des autres services parisiens, 11 enfants présentant du Schick positif ont été gardés à titre de témoin et n'ont pas reçu d'ana-

toxine; ils avaient encore une réaction positive cinquante-six jours après la première épreuve.

Les réactions locales consécutives aux injections se sont produites chez 6 enfants sur 13. Elles ont été surtout marquées chez les sujets ayant présenté une fausse réaction de Schick. Leur fréquence a été plus grande chez les enfants plus âgés et surtout chez ceux qui avaient fait, antérieurement à leur admission à Antony, un séjour prolongé dans le milieu hospitalier, où MM. Lereboullet et Joannon ont précédemment étudié le développement de l'immunisation spontanée. Les réactions locales, comparables en cela aux réactions tuberculiniques, paraissent témoigner qu'une primo-infection s'est déjà réalisée.

Les injections ont été bien supportées par ces enfants dont le tracé thermique est plus généralement fébrile qu'apyrétique.

Si l'immunité conférée est durable, la prophylaxie des épidémies périodiques de diphtérie, qui menacent les enfants des services de chirurgie, paraît facilement réalisable. Il est à souhaiter qu'elle soit pratiquée, dès le jeune âge, alors que, d'une part, la sensibilisation du sujet à l'égard des protéines diphtériques est plus faible et que, d'autre part, la mortalité diphtérique est plus élevée.

Maladie de Recklinghausen complète avec réaction méningée, spina bifida occulta et descendance mélanodermique. — MM. Laignel-Lavastine et Doptain présentent un homme de trente-sept ans venu consulter pour perte de la mémoire avec asthénie et qui, en plus des troubles mentaux, présente les trois autres éléments de la tétrade caractéristique : mélanodermie diffuse; nævi molluscum multiples, neurofibromes sur le trajet des nerfs périphériques. La lymphocytose rachidienne avec réaction négative du benjoin colloïdal paraît liée à la neurofibromatose. Celle-ci est associée à une malformation osseuse fréquente : un spina bifida occulta au niveau de la Ve lombaire. Enfin, la fille de ce malade présente une forme pigmentaire fruste de la maladie.

Nanisme myxœdémateux. Puberté postopothérapique sans modification du métabolisme basal. — MM. Laignel-Lavastine, Largeau et Doptain montrent un nain myxœdémateux de vingt et un ans qui, sous l'influence de 0g40 pro die de poudre thyroïde s'est considérablement amélioré au point de vue psychique, a perdu l'habitus myxœdémateux, est devenu pubère, a grandi de 2 centimètres, mais conserve encore des cartilages juxta-épiphysaires et le même nombre aussi bas du métabolisme basal : 22.

Cette persistance d'un nombre aussi bas malgré une amélioration évidente de la nutrition peut être rapprochée de l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, au fur et à mesure de l'opothérapie. On sait, en effet, que la thyroïde sensibilise le sympathique et particulièrement le vague, et que le vague est anabolique, ainsi s'expliquerait peut-être le paradoxe de la constance du métabolisme basal qui ne peut naturellement exprimer qu'un résultat synthétique.

Névrite aiguë rétro bulbaire; premier symptôme d'une sclérose en plaques. — MM. Rivet et Jany présentent une femme de trente-quatre ans qui fut atteinte, l'an dernier, d'une névrite aiguë rétro-bulbaire qui régressa rapidement après application de cocaïne-adrénaline dans les fosses nasales. Dix mois après apparaissait un syndrome de sclérose en plaques à évolution rapide. Certains spécialistes tendent à rattacher beaucoup de névrites rétro-bulbaires à une sinusite sphénoïdale latente et à diriger contre elles un traitement local d'ordre chirurgical endo-nasal. Avant d'adopter cette explication et cette ligne de conduite, il importe de pratiquer un examen neurologique complet de ces malades, de même qu'il importe d'être réservé pour le pronostic ultérieur.

Diabète et tuberculose chez une goitreuse légèrement basedowienne. Pneumothorax thérapeutique, guérison clinique. — MM. Léon Bernard et Maurice Salomon présentent une femme chez laquelle une tuberculose pulmonaire fortement extensive, fébrile, avec volumineuse caverne, eut son évolution jugulée par un pneumothorax artificiel, bien qu'elle fut diabétique héréditaire et atteinte d'un goitre basedowifié avec tachycardie très marquée, tremblement, augmentation du métabolisme basal. Sous l'influence de la collapsothérapie, la malade devint apyrétique, son expectoration se tarit, et ne fut plus bacillifère, son poids augmenta de 20 kilos, en même temps qu'une restriction relative des hydrates de carbone faisait disparaître le glucose des urines et ramenait le taux de la glycémie au voisinage de la normale. Le diabète, loin d'être une contre-indication au pneumothorax thérapeutique, doit donc au contraire faire plutôt hâter l'intervention, pour tacher d'arrêter, si possible, la tendance extensive des lésions tuberculeuses chez les glycosuriques.

La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Fonso Gonfoldo (de Buenos-Ayres).

Recherches sur l'élimination de la cholestérine par le foie. — MM. Etienne Chabrol, Henri Bénard et Gambillard concluent de leurs recherches sur le tubage duodénal :

1° La bile duodénale des lithiasiques ne nous a point révélé un déficit de sels biliaires, pas plus qu'elle ne nous a montré un excès de cholestérine. C'est dans la vésicule et non point dans le canal hépatocholédoque que l'on observe l'hypercholestérinocholie, et ce fait s'explique aussi bien avec la théorie infectieuse de la lithiase qu'avec la théorie humorale. Lorsque les auteurs ont noté un excès de cholestérine dans le sang des lithiasiques ils n'en ont pas eu le reflet dans la bile recueillie en aval du foie : la cholestérinocholie se trouvait inférieure au chiffre physiologique de 0g60 p. 1.000. Le fait vient à l'appui de la conception qui attribue en grande part l'hypercholestérinémie de la lithiase à un mauvais drainage hépatique ou biliaire. Chez les lithiasiques sans hypercholestérinémie les dosages de cholestérine dans la bile ont donné des chiffres sensiblement voisins (0g67 par litre) de ceux que l'on observe à l'état physiologique (0g60 par litre).

Par contre, au cours du diabète, les auteurs ont observé des chiffres plus forts (1g14 par litre); au cours des grossesses des chiffres moins élevés (0g289 par litre). Les chiffres les plus faibles qu'ils ont notés appartiennent au groupe des cirrhoses (0g109 par litre).

2° L'épreuve de Meltzer-Lyon, qui permet d'étudier la bile vasculaire, se trouve souvent en défaut chez le sujet normal. Elle n'a de valeur à leurs yeux que lorsqu'elle assigne à la bile B, dite vésiculaire, un chiffre de pigments au minimum trois fois plus élevé que celui des biles A et C. Au cours de cette épreuve le contrôle radioscopique est indispensable.

Les auteurs n'ont pas observé à l'état physiologique de dissociation cholestérino-pigmentaire dans la bile B de la vésicule. Ils ont toujours vu, chez les sujets normaux, les pigments et la cholestérine progresser ou diminuer parallèlement dans les trois échantillons de bile.

Dans la lithiase biliaire, en raison des très nombreux échecs de l'épreuve de Meltzer-Lyon à l'état physiologique, il est bien difficile de conclure à une obstruction du canal cystique lorsque les biles A et B ont la même teneur en pigments et en cholestérine. D'autre part, dans des cholécystites calculeuses sans obstruction, nettement confirmées par l'évolution clinique, les auteurs ont recueilli des biles A et B qui ne différaient en rien des biles normales par leur teneur en pigments ou en cholestérine.

C'est la recherche du processus inflammatoire qui semble, a priori, fournir le meilleur élément susceptible de différencier la vésicule lithiasique de la vésicule normale.

La longueur de l'épreuve de Meltzer-Lyon et les difficultés d'interprétation qu'elle comporte ne sont point toujours rachetées en clinique par les renseignements qu'elle fournit. Notons cependant que, dans des cas exceptionnels, elle a pu présenter un intérêt thérapeutique en facilitant le déblocage du canal cystique.

Sans contester l'utilisation du tubage d'Einhorn en pratique, reconnaissons que c'est surtout dans les questions d'ordre doctrinal qu'il trouve son principal intérêt.

Diabète, hirsutisme et mélanodermie. — MM. Marcel Labbé et Boulin résument l'observation d'une femme de cinquante-neuf ans ayant présenté de l'obésité avec pigmentation. Puis apparition d'un diabète et de troubles mentaux. L'étude des glandes endocrines a montré un métabolisme basal normal, un réflexe oculo-cardiaque inversé, un réflexe solaire positif. A l'adrénaline : hyperglycémie, tachycardie. Etant donné ces résultats, l'ovaire et la thyroïde ne paraissent

pas en cause, ainsi que l'hypophyse (absence de lésion de la selle turcique à la radiographie). Il semble s'agir d'un syndrome surrénal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 JUIN 1924)

Le tubage duodénal dans le drainage thérapeutique des voies biliaires. — M. R. GAULTIER présente les résultats du tubage duodénal qu'il pratique depuis quatorze ans dans le diagnostic des affections du foie et du pancréas; il le préconise comme moyen de traitement en montrant son emploi dans le drainage des voies biliaires infectées, nouvelle conquête de la thérapeutique médicale sur les traitements chirurgicaux.

Traitement de la paralysie générale. — MM. A. MARIE et KOHEN annoncent leurs résultats obtenus à Sainte-Anne par le bismuth associé à la leucopyréthérapie : 23 rémissions sur 40 paralysies générales, excellents résultats dans le tabes, même très ancien, comme dans les autres formes de syphilis nerveuse.

Tumeur blanche du genou. — M. PÉRAIRE présente un malade réséqué du genou depuis deux ans et demi pour une tumeur blanche du genou parfaitement guérie, le malade marchant sans canne et sans appareil : l'intervention a consisté en incision transversale de la rotule, encerclement rotulien, suture du tibia et du fémur, guérison sous un seul pansement enlevé au bout d'un mois.

Gangrène gazeuse diabétique de la jambe. — M. PÉRAIRE présente un second malade atteint de gangrène gazeuse diabétique de la jambe : amputation de cuisse sous anesthésie locale au nikétol, insuline et guérison.

Fibrome à diagnostic difficile. — M. DARTIGUES présente un fibrome enlevé par hystérectomie : une masse dans le Douglas, irrégulière, lobulée, donnait l'impression d'une dégénérescence sarcomateuse, ou d'une tumeur de l'ovaire. Il insiste sur l'importance de l'hystérographie qu'il a été le premier à préconiser.

L'anergie hépatique. — M. BITH montre que la granulie complique souvent la cirrhose alcoolique chez les femmes jeunes. L'histoire clinique, les réactions biologiques, l'expérimentation sur les animaux semblent en faveur de l'anergie hépatique. L'importance des lésions cellulaires du foie semble jouer un rôle prédominant à l'origine de cette anergie, l'insuffisance hépatique diminuant la défense de l'organisme.

Pathogénie du diabète. — Pour M. LECLERCQ, tous les diabètes ne sont que des glycosuries d'alarme où l'organisme s'efforce de conjuguer en sucre pour mieux les éliminer tous les indésirables de l'économie. L'insuline guérit provisoirement les malades, mais le traitement vrai consiste à supprimer les causes variables dans tous les cas des diabètes.

Esthétique du sein. — M. PEUGNIEZ estime que la beauté d'un organe étant fonction de la parfaite adaptation de sa forme au rôle qui lui est dévolu, le sein, pour être beau doit renfermer non pas de la graisse, mais des éléments fonctionnels, la fonction du sein étant de nourrir l'enfant.

Sur l'acide acétylsalycilique. — M. LEGRAND.

PRATIQUE MÉDICALE

LE ROLE FIXATEUR DES VITAMINES AU COURS DU MÉTABOLISME DES ÉLÉMENTS MINÉRAUX ET DE LA CHAUX EN PARTICULIER (1).

Par le docteur G. HOULBERT.

L'auteur, dont on connaît les études antérieures sur les vitamines, aborde ici une des modalités encore peu explorée de leur action, et cependant extrêmement importante. Il s'agit du rôle que jouent les vitamines dans la fixation des éléments minéraux, et notamment de la chaux, par l'organisme. Les manifestations rachitiques qui accompagnent les avitaminoses cliniques ou expérimentales montrent bien que, privé de vitamines, l'organisme est impuissant à fixer le calcaire, mais un point qui n'avait pas encore été étudié très objectivement était celui de savoir si au cours des déminéralisations pathologiques, mais non avitaminosiques, un apport thérapeutique double de calcium et de vitamines pouvait enrayer le processus déminéralisateur et permettre à l'organisme appauvri de fixer le calcaire médicamenteux.

Pour élucider ce problème, l'auteur a administré à divers sujets (enfant et adultes) déminéralisés par prétuberculose ou tuberculose pulmonaire au début, un traitement ayant pour base : 1° des sels de chaux minéraux; 2° des vitamines extractives (*biotose*). Ce traitement, pour permettre des constatations comparatives, a été divisé en deux phases : dans la première le traitement récalcificateur était appliqué seul; dans la seconde le traitement vitaminique lui était adjoint. Des analyses d'urines et des explorations radiologiques faites au cours et à la fin de la première phase, comme au cours et à la fin de la seconde, ont permis d'obtenir des résultats objectifs. Ces résultats, pour s'en tenir aux seules données des analyses d'urine, ont été les suivants : avant le traitement, la moyenne de la calciurie chez les sujets d'expérience était de 171 milligrammes; au cours du traitement calcique seul, elle a passé à 272 milligrammes; après quarante-cinq jours de traitement calcique seul, elle est montée à 532 milligrammes; alors qu'elle n'a été que de 333 milligrammes après le même laps de temps chez les sujets ayant été soumis au double traitement calcique et hypervitaminé. L'écart entre ces deux chiffres montre d'une façon indubitable l'augmentation du pouvoir fixateur de l'organisme hypervitaminé, puisque celui-ci (rappelons qu'il s'agit d'une moyenne) retient 199 milligrammes de CaO que le témoin a été inapte à fixer.

Ce travail permet donc de tirer la conclusion que la déminéralisation pathologique peut être efficacement combattue par les préparations récalcifiantes à la condition qu'il leur soit adjoint des vitamines à dose active (biotose), et à titre d'élément favorisant, l'adrénaline, suivant la technique indiquée par Sergent.

A l'heure où l'on est bien obligé de constater que la meilleure méthode de lutte contre la tuberculose est encore celle qui a pour but de modifier le terrain, et notamment de le récalcifier, les données que nous venons de résumer permettent d'entrevoir une thérapeutipue récalcificatrice beaucoup plus efficace que celle jusqu'ici mise en œuvre qui se bornait à la simple administration de sels de chaux. Car on peut considérer comme bien acquis que l'ingestion de ceux-ci seuls, même en grosse quantité, est inefficace. On sait que leur administration très abondante dans les pays envahis et en Allemagne pour lutter contre les ostéoporoses de guerre, s'est montrée radicalement sans effet, alors que ces ostéopathies ont guéri d'elles-mêmes avec la suppression des régimes carencés.

(1) *Bulletin médical*, n° 26, 21 juin 1924.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

(SIGNES ET DIAGNOSTIC) (1)

DIAGNOSTIC. — La simple énumération des nombreuses formes cliniques de la méningite tuberculeuse montre que le diagnostic peut en être fort difficile. Il faut *savoir y penser* en présence des signes du trépied méningitique, en présence d'un symptôme quelconque d'ordre cérébral survenant brusquement chez un individu même non tuberculeux; puis il faut rechercher les signes plus constants de méningite, la raideur de la nuque, une ébauche de signe de Kernig, les manifestations d'origine bulbaire comme les troubles du pouls et de la respiration.

La ponction lombaire permet ordinairement de confirmer

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 57, p. 954, et n° 59, p. 991.

nettement le diagnostic. On n'a pas le droit de se priver des renseignements précieux qu'elle fournit.

A. **Ponction lombaire.** — *Aspect macroscopique du liquide céphalo-rachidien.* — Le liquide est clair, limpide. Sous une grande épaisseur il peut avoir des reflets verdâtres ou jaunâtres.

Parfois on y voit de légers flocons.

Si on le laisse reposer quelques heures, on voit, se détachant du bord du tube, un petit coagulum fibrineux extrêmement fin, en toile d'araignée.

Dans certains cas, *bien plus rares*, le liquide est trouble ou hémorragique.

Analyse chimique. — Albumine en quantité abondante (1 à 2 grammes).

Le taux du sucre, au contraire, est diminué.

Cytologie. — On trouve de la *lymphocytose* (symptôme capital), 20 à 40 par champ de microscope, avec quelques polynucléaires. Dans quelques cas rares on trouve une formule à polynucléose.

Bactériologie. — On ne trouve pas de germes pathogènes ordinaires à l'examen direct.

Un examen *très minutieux*, après centrifugation prolongée, permet de mettre en évidence, *dans la plupart des cas*, de rares bacilles de Koch.

Interprétation. — La constatation des bacilles emporte la conviction. Mais ceux-ci peuvent ne pas avoir été mis en évidence. Il faut savoir alors que dans d'autres affections que la méningite tuberculeuse on peut observer un liquide céphalo-rachidien de tous points analogue à celui qui a été étudié (syphilis, encéphalite léthargique, oreillons, zona, etc.).

B. **Diagnostic différentiel.** — 1° Chez l'enfant. — Il est impossible d'énumérer toutes les maladies de l'enfance qui donnent lieu à des vomissements, de la céphalée, de la constipation. C'est seulement lorsqu'on a trouvé, de plus, quelque symptôme méningé, que le diagnostic peut utilement se discuter.

a. Affections cérébrales. — Les *tumeurs cérébrales* peuvent donner quelques symptômes méningés; mais il n'y a pas de fièvre, il y a souvent des convulsions partielles toujours localisées à la même région, l'évolution est longue. Il faut se souvenir qu'une méningite tuberculeuse peut être la phase terminale d'un tubercule cérébral. L'*abcès du cerveau* doit être aussi éliminé.

b. Certaines affections s'accompagnent de *méningisme* (surtout fièvre typhoïde et pneumonie, puis scarlatine, rougeole, oreillons, grippe, etc.). Mais l'évolution rapide, les symptômes propres de l'affection causale permettent rapidement un diagnostic. Dans certaines affections, le diagnostic peut être fort difficile. Ce sont les *crises aiguës de colite* et les *vomissements acétonémiques périodiques*, car il peut y avoir des troubles du pouls et de la respiration. La ponction lombaire peut être nécessaire pour le diagnostic.

L'*helminthiase intestinale* peut provoquer l'apparition d'un syndrome méningé, dont il ne faut pas exagérer la fréquence.

Dans tous ces états de « méningisme » le liquide céphalo-rachidien est clair, normal. Il peut être un peu hyperalbumineux, et on peut trouver une *légère* réaction cellulaire.

Dans certaines affections la similitude avec la méningite tuberculeuse peut être plus étroite.

Dans la poliomyélite antérieure aiguë on peut constater un syndrome méningé et un liquide céphalo-rachidien avec lymphocytose et hyperalbuminose. On fera le diagnostic par le début aigu, l'importance des paralysies, l'absence de somnolence.

L'*encéphalite épidémique*, par la somnolence, les paralysies oculaires, la température irrégulière et parfois par une forte réaction lymphocytaire dans le liquide céphalo-rachidien peut simuler de *très près* la méningite tuberculeuse. Parfois seules l'hyperglycorachie et la diminution de la lymphocytose rachidienne à des examens successifs sont en faveur de l'encéphalite.

c. Les méningites non tuberculeuses. — La *méningite cérébro-spinale* épidémique a, dans son ensemble, une allure *plus aiguë* que la méningite tuberculeuse. Le début en est très bruyant, la température très élevée, les signes de contracture (Kernig, raideur de la nuque) beaucoup plus marqués. Mais il est des cas fort difficiles; ce sont ceux où la méningite à méningocoque prend une allure plus torpide, et ceux où la méningite tuberculeuse a une allure plus infectieuse. C'est dans ces cas que la ponction lombaire est *indispensable* pour le diagnostic, et ce diagnostic doit être précoce car en cas de méningite cérébro-spinale la sérothérapie s'impose.

Les autres méningites aiguës (à pneumocoque, streptocoque, bacille de Pfeiffer), plus rares, peuvent être primitives : les éléments de diagnostic sont les mêmes que ceux qui viennent d'être étudiés, car leur allure clinique est la même que celle de la méningite à méningocoque. Elles peuvent être aussi secondaires et c'est alors la notion d'une otite moyenne suppurée, d'une sinusite, d'une pneumonie, d'une grippe, d'une fièvre typhoïde, d'une infection puerpérale, d'un érysipèle, d'un ictère à spirochète qui permettent de soupçonner le diagnostic.

La méningite syphilitique. — On doit toujours y penser; non pas qu'elle soit fréquente, mais elle ressemble absolument à la méningite tuberculeuse. Elle a, comme elle, une allure subaiguë, avec fièvre nulle ou très modérée. Une réaction de Wassermann positive, la présence de stigmates d'hérédosyphilis permettra de soupçonner le diagnostic, mais *non de l'affirmer*; mais, d'autre part, ces symptômes peuvent être absents; c'est alors le traitement d'épreuve et l'évolution favorable de la maladie qui permettent d'attribuer la méningite à la syphilis ; mais ce n'est là, on le voit, qu'un diagnostic *tardif*. C'est en raison des difficultés de ce diagnostic que, en présence d'un syndrome de méningite tuberculeuse, beaucoup de médecins font systématiquement le traitement antisyphilitique pour le cas heureux, mais rare, où le diagnostic de méningite tuberculeuse se trouverait erroné.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'une méningite tuberculeuse peut évoluer chez un hérédo-syphilitique; elle a dans ce cas, selon Hutinel, une évolution irrégulière et prolongée.

L'*hémorragie méningée*, lorsque l'ictus a passé inaperçu, peut réaliser un tableau analogue à celui de la méningite tuberculeuse. Mais il n'y a pas eu de prodromes, les contractures sont intenses; au reste, la ponction lombaire lève immédiatement des doutes (avec cette réserve cependant qu'il y a des cas rares de méningite tuberculeuse avec hémorragie méningée surajoutée).

2° Chez le nourrisson. — Nombreux sont les cas de réactions méningées au cours des affections pulmonaires ou digestives de la première enfance ; la méningite cérébro spinale est fréquente et *très souvent* son début, chez le nourrisson, n'est pas franc. Il faudra tenir grand compte, en faveur du diagnostic de méningite tuberculeuse : 1° de la torpeur; 2° de la présence d'une cuti-réaction positive : ce dernier signe a une grande valeur *chez le nourrisson* pour déceler une tuberculose évolutive. Notons, enfin, que l'*azotémie* des nourrissons peut donner un syndrome méningé.

3° Chez l'adulte. — Nous avons vu, en énumérant les formes cliniques, combien sont divers les modes de début de la méningite tuberculeuse de l'adulte. C'était indiquer en même temps le nombre et la diversité des affections, donc il faut discuter le diagnostic (aphasie, hémiplégie, épilepsie, démence, coma, etc.); et de plus, quand le syndrome méningé est évident, les mêmes difficultés que chez l'enfant peuvent se rencontrer; il est inutile d'y revenir. La ponction lombaire est souvent le seul élément certain de diagnostic différentiel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du candidat aux examens de chirurgien dentiste. Tome II comprenant : *Dentisterie opératoire. Anesthésie. Radiothérapie.* Troisième édition très augmentée par le docteur Ed. Friteau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Un vol. in-8 de 780 pages avec 843 figures et une planche en couleurs dans le texte et hors texte. — Prix : cartonné toile, 45 fr.; franco, 47 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 64. — SAMEDI 9 AOUT 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 9 AOUT 1924. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition des jurys et jours et heures de lecture des copies.* — ANATOMIE. — Jury : MM. Monier-Vinard, Capette et Brocq.

Les séances de lecture auront lieu les lundis et mardis, à 16 h. 1/2; les mercredis, jeudis et vendredis, à 20 h.

Première séance, vendredi 7 août, à 20 h., à l'hôpital Beaujon.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Jury : MM. Bénard, Faroy, Touraine.

Les séances de lecture auront lieu les lundis, à 14 h., les mardis, à 20 h. 1/2; les mercredis et les vendredis, à 16 h.; les jeudis, à 21 h. 1/4.

La première séance de lecture aura lieu le jeudi 7 août, à la salle de la rue des Saints-Pères.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Jury : MM. Bergeret, Cerise et Vignes.

Les séances de lecture auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 20 h. 3/4 et les jeudis, à 16 h. 1/2.

La première séance de lecture aura lieu mercredi 6 août, à l'Hôtel-Dieu.

INTERNES LECTEURS. — *Anatomie.* — Titulaires : MM. Lévy-Weismann, Bourgeois; suppléants : MM. Ménégaux, Burgeat.
Pathologie médicale. — Titulaires : Mlle Linossier, M. Lefèvre; suppléants : MM. Meignant, Bohn.
Pathologie chirurgicale. — Titulaires : Mme Bertrand-Fontaine, M. Veran; suppléants : MM. Merle d'Aubigné, Iselin.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Par décret en date du 5 août 1924, M. Georges Le Beau, préfet de la Vienne, est nommé directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, en remplacement de M. Hudelo, nommé préfet du Nord.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1924. (Section de médecine) :

Candidats concourant à 12 inscriptions : MM. Blanc, Rouzaud, Reynier.

Candidats concourant à 8 inscriptions : MM. Durand, Fioux, Giraud, Lafleur, Lôo, Lucasse, Reynaud, Riton, Sarremejean, Susbielle.

Candidats concourant à 4 inscriptions : MM. Arnulf, Audibert, Baenziger, Baissette, Beautes, Beaudiment, Bernard (Antonin-Henri-François), Bernard (Pierre-Maurice), Bernard-Lapommeray, Berny, Boulnoies, Calvet (Louis-Flavien-Jean-Pierre), Calvet (Pierre-Henri-Jacques), Camenen, Campredon, de Casaban, Castanet, Castets, Cavalade, Chabrelie, Chapert, Charles, Cremoux, Dain, Deguilhem, Delamarre, Delmas, Destruels, Dias, Cavaroni, Dot, Dupuy, Durand, Escudier, Ferry, Fraimbault, Franceschini, Genaud, Georgel, Huguier, Lanore, Lantheaume, Le Faucheux, Lacorre, Le Guen, Leitner, Lemasson, Lembrez, Le Quement, Lota, Massias, Menet, Meyer, Miquel, Monginet, Montalieu, Morin, Nicolas, Odru, Ollivier, Oudjari, Parlange, Parnet, Pierre, Poisson, Ravel, Raymond, Roche, Rolland, Romez Cuillez, Rouyer, Sarda, Sestié, Seynat, Soulier, Vadon, Vaissier, Vergez, Verré, Versmée, Vial.

Candidats P. C. N. : MM. Adam, Allehaut, Amante, André, Andreani, Aubert, Bacquelin, Balaye, Baqué, Barbé, Bassompierre, Bastouil, Beaudoin, Belicha, Berard, Bergeret, Bernard, Bernier, Blan, Blondel, Bodet, Boisson, Bourdon, Brunet, Camboulines, Capdevielle, Carolus, Cerati, Chambon, Clerc, Croissieux, Conte, Corazzini, Cornogère, Cornu, Courbit, Cournau (du), Carritz (de), Croslebailly, Cruciani, Cuallaci, Daumont, David, Debuire, Deffay, Delest, Delteil, Deveau, Domer, Dubois, Ducourneau, Dumery, Durand, Durieu, Fabry, Falconnet, Favarel, Folie dit Desjardins, Gabrielle, Gailhbaud, Gallaud, Garaud, Gardien, Gaudard, Genevois, Gabillaud, Goudal, Gouget, Gouyraud, Grandpierre, Grégoire, Grille, Groc, Gros, Guichaoua, Guidon, Guillermon, Guiraud, Guinchard, Guy, Guyonnet, Habert,

Henrion, Hervé, Hubert, Izarn, Jasienski, Juhan, Klipffel, Kliszowski, Laforet, Lagrange, Laouenan, Lauruol, Le Breton, Lefebvre, Leroy, Levin, Marcelli, Martin, Martinet, Marty, Maury, Mauvais, Mechin, Montagné, Morard, Moulinié, Mourot, Moustier, Nadaud, Nolen, Nyer, Olieu, Paris, Pasquié, Paupard, Pecastaing, Pelissier, Pelleteur, Pépin, Perès (Adrien-Jacques-Maurice), Perès (Jean-Jacques-Georges), Peretti, Perrodin, Petiteau, Pietri, Pinelli, Poix, Pruvôt, Ratte, Raymond, Remy, Rey, Ristorcelli, Rodier, Roque (Paul-Antoine), Roques (Georges-Jules-Paul), Roure, Ruppli, Saddier, Sakon, Savy, Soulignac, Stora, Tatin, Tereau, Toulemonde, Touzard, Vaillant, Vautrin, Veber, Viala, Vidal.

Les épreuves orales auront lieu aux dates et dans les centres ci-dessous :

Lyon (Ecole du service de santé militaire), 25 août : MM. Piton, Arnulf, Baenziger, Boulnois, Chabrelie, Ferry, Meyer, Oudjari, Rouyer, Sestie, Vadon, Vaissier, Vial, Barbé, Bassompierre, Belicha, Bergeret, Blondel, Boisson, Bourdon, Camboulines, Coissieux; Conté, Cornogène, Courbil, David, Delteil, Falconnet, Gabrielle, Gardien, Gaudard, Genevois, Gouyraud, Grandpierre, Grillet, Gros, Guy, Henrion, Hubert, Jasienski. Klipffel, Laforet, Lauruol, Leroy, Martin, Mourot, Nolen, Nyer, Paris, Pepin, Perrodin, Petiteau, Poix, Pruvôt, Ratte, Raymond, Rey, Roque (Paul-Antoine), Roure, Saddier, Soulignac, Tatin, Vautrin.

Marseille (Hôpital militaire), 29 août : MM. Audibert, Berny, Deguilhem, Dias Cavaroni, Dot, Georgel, Huguier, Lota, Morin, Ollivier, Rolland, Amante, Andreani, Bastoull, Blan, Brunet, Cerati, Corazzini, Cruciani, Fabry, Gallaud, Goudal, Marcelli, Méchin, Morard, Peretti, Pietri, Stora, Vaillant.

Montpellier (Faculté de médecine), 2 septembre : MM. Calvet (Louis-Flavien-Jean-Pierre), Calvet (Pierre-Henri-Jacques), Campredon, Soulier, Clerc, Croslebailly, Daumont, Garaud, Montarné, Moulinié, Moustier, Pinelli, Savy.

Toulouse (Hôpital militaire), 4 septembre : MM. Blanc, Rouzaud, Durand, Fioux, Reynaud, Sarremejean, Baissette, Beaudiment, Bernard (Antonin-Henri-François), De Casaban, Charles, Destruels, Escudier, Miquel, Poisson, Ravel, Sarda, Balayé, Chambon, Ducourneau, Dumery, Durieu, Favarel, Gailhbaud, Groc, Guiraud, Izarn, Marty, Maury, Pasquié, Pelissier, Perès (Jean-Jacques-Georges), Ristorcelli, Viala, Vidal.

Bordeaux (Hôpital militaire), 8 septembre : MM. Giraud, Lafleur, Lôo, Susbielle, Beautés, Bernard, Lapommeray, Castanet, Casters, Cavalade, Chapert, Cremoux, Dain, Delmas, Durand, Fraimbault, Genaud, Lanore, Lemasson, Massias, Monginet, Montalieu, Parlange. Raymond, Roche, Romez Guillez, Seynat, Vergez. Versmée, Adam, Baqué, Bernard, Bodet, Capdevielle, du Cournau de Carritz, Delest, Durand, Martinet, Nadau, Perès (Adrien-Jacques-Maurice), Ruppli.

Rennes (Hôpital militaire), 12 septembre : MM. Delamarre, Dupuy, Le Faucheux. Leitner. Nicolas, Verré, Deveau, Gulchaoua, Guillermon, Hervé, Kliszowski, Laouenan, Le Breton, Paupard, Pelleteur, Roques (Georges Jules-Paul).

Paris (Hôpital du Val-de-Grâce), 15 septembre : MM. Reynier, Bernard (Pierre-Maurice), Camenen, Lacofre, Le Guen, Lembrez, Le Quement, Menet, Odru, Parnet, Pierre, Allehaut, André, Aubert, Bacquelin, Bérard, Debuire, Deffay, Domer, Folie dit Desjardins, Gouget, Grégoire, Guidon, Guyonnet, Lefebvre, Levin, Mauvais, Pecastaing, Rodier, Sakon, Tereau, Toulemonde, Touzard.

Lille (Hôpital militaire). 18 septembre : MM. Lucasse, Cuallaci, Dubois, Cabillaud, Veber.

Nancy (Hôpital militaire), 20 septembre : MM. Beaudoin, Bernier, Carolus, Habert, Remy.

Strasbourg (hôpital militaire), 23 septembre : MM. Franceschini, Lantheaume, Cornu, Guinchard, Juhan, Lagrange, Olieu.

Tous les candidats seront présents dans les centres respectifs à 7 h. 45.

Les épreuves commenceront très exactement à 8 heures.

La présente publication tiendra lieu de convocation.

Aucune autorisation de changement de centre d'épreuves ne sera accordée.

Les candidats devront remettre au président du jury un certificat d'examen attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité, ceux qui ne pourraient présenter ce certificat seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'école du service de santé, en cas de succès aux examens, que sur la présentation dudit certificat avant le 15 novembre 1924 au plus tard.

— (Section de pharmacie) :

Candidats concourant à quatre inscriptions : Tardy, Trazzini.

Candidats concourant comme stagiaires : Ballaloud, Barbotin, Borot, Bouisset, Cariou, Coader, Coulbeaux, Couty, Dantec, Daurian, Deniel, Dreyfuss, Durand, Foujols, Frossard, Guyader, Henau, Istin, Joyeux, Kerjean, Lambert, Larvor, Le Quérec, Merrien, Pillu, Queau, Serre, Soleil, Trenous, Vallée, Woltz.

Ces candidats subiront les épreuves orales et pratiques à Paris (Hôpital militaire du Val-de-Grâce), ceux concourant à quatre inscriptions le 8 septembre 1924, ceux concourant comme stagiaires le 11 septembre 1924, à partir de 9 heures du matin.

Ils devront remettre au président du jury un certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité; ceux qui ne pourraient présenter ce certificat seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'école du service de santé militaire, en cas de succès aux examens, que sur la production dudit certificat avant le 15 novembre 1924 au plus tard.

COURS DE REVISION d'une semaine (20 au 25 octobre 1924) sur les **ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES** de l'année en pathologie interne, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, P. Pruvost, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1924, du 20 au 25 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, de 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3, lundi, mercredi et vendredi, de 15 h. à 17 h.

Les conférences cliniques (de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Fleury (de Béthune), Félix Martin, sénateur de Saône-et-Loire; André Noël et Emile Piogey (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

APPARTEMENT 6 PIÈCES, occupé par méd. depuis 34 ans. Bail 3 ans. Loyer, 7.700. Mob. à rep. — 85, rue Lafayette.

VACANCES : Moto A. B. C., 4 vitesses, parfait état et fonctionnement. Prix infime. — Docteur Marcel VÉRUT, Charly (Aisne).

Ve RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Résumé des rapports

LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Nous ne sommes plus au temps où nystagmus, parole scandée, tremblement intentionnel, surréflectivité tendineuse, signifiaient invariablement sclérose en plaques. Tel diagnostic ainsi posé s'est souvent montré en défaut et l'autopsie révélait une sclérose combinée en des lésions de syphilis cérébro-spinale diffuse. On avait du reste beau jeu. En présence d'un syndrome d'excitation du faisceau pyramidal avec la tétrade sus-mentionnée, comment ne pas être tenté d'affirmer une lésion polysclérotique, quand on peut, au gré de l'imagination, essaimer les placards de sclérose, à la surface des centres nerveux.

Aussi le premier rapporteur M. Veraguth (de Zurich) qualifie la sclérose en plaques d'une « des plus grandes énigmes pour la science. Y a-t-il, en effet, une autre maladie organique du système nerveux qui induise plus souvent en erreur le flair diagnostique du clinicien? Existe-t-il une seconde affection où nous constations pareille incongruence entre les données cliniques et anatomiques, et où par conséquent les notions physiopathologiques soient encore si rudimentaires? L'anatomo pathologiste connaît-il enfin une autre maladie du système nerveux où il retrouve des difficultés aussi grandes, parfois même insurmontables, comme c'est le cas pour la sclérose en plaques, quand il s'agit de délimiter un caractère anatomopathologique? »

Au sujet de la fréquence de l'affection il est difficile de fournir des statistiques. Si la maladie a été jadis souvent méconnue, elle a été d'autre part trop facilement aussi diagnostiquée.

Cela tient à la symptomatologie protéiforme de la sclérose en plaques.

La sclérose en plaques classique avec la tétrade de Charcot constitue une exception.

D'autre part la forme aiguë de la maladie est très discutée. S'agit-il vraiment d'une sclérose en plaques ou d'une encéphalomyélite diffuse? On sait du reste qu'un seul examen clinique ne permet pas de porter le diagnostic. Veraguth signale cinq cas à début suraigu où il note les symptômes suivants : diplopie, troubles de l'audition, vertiges internes, nausées, paresthésie, fixation forcée de la tête en position oblique, ataxie grave des quatre extrémités, abolition des réflexes abdominaux, paraparésie, signe de Babinski; plus tard amaurose progressive, anesthésie remontant jusqu'en haut du tronc, ostenagnosie, troubles des sphincters. Les cinq malades vivent encore. Est-ce de la sclérose en plaques? L'auteur arrive lui-même à en douter.

Quelles difficultés n'offre pas lui-même le diagnostic? Faut-il parler de l'hystérie, la grande simulatrice? Si on a aujourd'hui comme critère le signe de Babinski, il ne faut pas oublier que : 1° le signe des orteils peut manquer temporairement dans la sclérose en plaques la plus typique; 2° un hystérique peut à volonté reproduire l'extension du gros orteil lorsqu'il a été examiné en commun avec des malades atteints d'affection organique; 3° il peut y avoir des associations hystéro-organiques.

Le développement de la sclérose en plaques étant le plus souvent insidieux, les formes mono ou oligosymptomatiques peuvent persister longtemps. Elles seront confondues avec une myasthénie, une claudication intermittente. Le mal comitial, les hémiplégies, les tumeurs cérébrales ou cérébelleuses, les myélopathies peuvent conduire à des erreurs de diagnostic.

Veraguth donne comme critères de certitude de la sclérose en plaques; la multiplicité des foyers cliniques, l'évolution par poussées entrecoupées de rémissions, l'absence de réflexes abdominaux, la dysmétrie, l'atrophie du nerf optique. Et cependant il est des formes de sclérose en plaques où ces signes font défaut.

Au point de vue pathogénique, l'origine de la maladie est-elle endogène ou exogène?

La gliose primaire endogène, admise par Ziegler, Strumpell ne peut pas faire nier qu'à côté de la sclérose en plaques essentielle primaire, il y ait une sclérose secondaire, consécutive à un processus inflammatoire.

La théorie de l'encéphalomyélite péri-axiale sclérosante est soutenue par Marburg.

La théorie des lésions vasculaires primitives a pour parrain Pierre Marie. Il est certain que l'hypothèse des lésions inflammatoires paraît la plus plausible, l'agent pathogène infectieux inconnu pouvant s'attaquer isolément au parenchyme, à la névroglie ou aux vaisseaux. Le germe est-il spécifique ou au contraire la sclérose en plaques est-elle la résultante d'infections diverses? La question n'est pas éclaircie.

On connaît l'insuffisance de la thérapeutique en matière de sclérose en plaques. Le calomel et la fibrolysine sont inoffensifs. Les résultats obtenus avec les arsénicaux (salvarsan et néo) sont d'autant plus discutables que ces produits ne semblent pas traverser la barrière hémato-encéphalique.

Le deuxième rapporteur M. Guillain se limite à l'étude clinique, anatomopathologique et pathogénique de la sclérose en plaques.

Si la forme clinique de Charcot (paralysie spasmodique, tremblement intentionnel, troubles de la parole, nystagmus), constitue un type rigoureusement exact, c'est une variété par contre, très rare.

La sclérose en plaques est, après la syphilis, l'affection la plus fréquente du système nerveux.

Son début est difficile à préciser, car on n'assiste pas à la première poussée évolutive qui est bénigne. Même dans les cas à début apparent récent, il y a eu quelques mois, même deux ans auparavant, des paresthésies, des troubles oculaires passagers, une fatigabilité anormale de la marche avec sensation de dérobement des jambes. Aussi le début brusque est-il plus souvent apparent que réel. Les premiers signes sont souvent si fugaces et variables que les malades sont à cette période considérés comme des névropathes.

Symptômes. — Quoique le virus de la sclérose en plaques diffuse dans tout le névraxe, les lésions ont des zones d'élection, ce qui donne une certaine unité à la symptomatologie.

Les *troubles moteurs* peuvent relever de lésions des voies pyramidales, des voies cérébelleuses, peut-être de lésions des voies extrapyramidales ou labyrinthiques.

Ils consistent en *phénomènes de déficit moteur*, en *modifications du tonus*, en *perturbations de la coordination.*

Malgré l'intégrité de la forme musculaire, on constate une fatigabilité, un épuisement rapide des incitations motrices.

L'augmentation du tonus musculaire crée la démarche avec sa raideur caractéristique. La démarche est presque toujours du type cérébellospasmodique. On peut voir des amyotrophies sans réaction de dégénérescence dues à l'invasion des cornes antérieures de la moelle par les plaques de sclérose.

Le tremblement intentionnel intense tel que Charcot l'a décrit est rare. Il est d'ordinaire léger et dans 25 p. 100 des cas fait défaut.

L'adiadococinésie est fréquente, la dysmétrie et l'asynergie sont peu accentuées.

La parole lente, scandée, monotone n'est pas un symptôme courant.

En somme deux des signes cardinaux des descriptions classiques : le tremblement intentionnel et la parole scandée sont plutôt rares.

Par contre les réflexes tendineux sont toujours exagérés et les clonus bilatéral du pied et de la rotule est très fréquemment observé. Le rapporteur signale l'hyperspasmodicité des muscles adducteurs et abducteurs des cuisses déclanchant des mouvements rythmiques d'adduction et d'abduction des genoux dans la flexion de la cuisse sur le bassin, le talon reposant sur le plan du lit.

De même la diffusion des réflexes doit être signalée.

Le réflexe cutané plantaire se fait en extension.

Les réflexes cutanés abdominaux sont très fréquemment abolis, de même que les réflexes crémastérien, fessier et anal. Le réflexe vélopalatin manque souvent (Marquézy).

Les réflexes de défense existent moins accentués que dans les compressions médullaires.

Les *troubles de la sensibilité* sont moins rares qu'on le croyait autrefois. A signaler dès le début de la maladie des

paresthésies, des fourmillements, des engourdissements, du prurit, quelquefois des douleurs lancinantes et fulgurantes.

Les troubles de la sensibilité osseuse se constatent fréquemment.

Malgré que Charcot ne les ait pas mentionnés, les *troubles urinaires* sont monnaie courante.

Les *troubles oculaires* sont connus depuis longtemps. Le myosis avec exagération du réflexe photophobique, les paralysies des mouvements associés des yeux ont été signalés par Parinaud. On a signalé aussi le début de l'affection par des phénomènes de névrite optique rétrobulbaire. Malgré l'atrophie papillaire surtout temporale, la perte totale de la vue est rare.

Le *vertige* est un des signes les plus constamment précoces, réapparaissant à chaque poussée évolutive. C'est un vertige giratoire, sans bourdonnements, ni nausées ou vomissement.

Le *nystagmus* peut exister en dehors des vertiges et indépendamment d'eux.

Les *troubles labyrinthiques* sont considérés, par Barré, comme si importants qu'ils donneraient la symptomatologie de la sclérose en plaques et prendraient le pas sur les troubles cérébelleux. Cependant, le rapporteur fait remarquer qu' « étant donnée la diffusion des lésions de la sclérose en plaques dans la calotte protubérantielle et bulbaire, et sur les pédoncules cérébelleux... il est difficile de faire abstraction de ces lésions pour interpréter, dans une certaine mesure, la physiologie pathologique des symptômes de la sclérose en plaques ».

M. Guillain considère que les *troubles mentaux* restent au second plan et sont peu importants. Il confirme l'opinion américaine qui dit : « Il n'y a pas de troubles psychiques particuliers de la sclérose en plaques ; le développement des plaques de sclérose dans le cerveau n'amène le développement d'aucune des psychoses connues ».

Sans insister sur les *troubles bulbaires* bien décrits partout, le rapporteur étudie le liquide céphalo-rachidien.

On constate dans le tiers des cas une très légère hypertension, pas de lymphocytose, une albuminose normale, un Wassermann négatif et un benjoin colloïdal ou un or colloïdal positifs ou subpositifs.

Formes cliniques. — Comment tous ces symptômes s'ordonnent-ils en *formes cliniques ?* On les a par trop multipliées. Seules quelques-unes d'entre elles méritent une description spéciale.

Forme commune. — Il s'agit d'un sujet de vingt à trente ans dont la première poussée évolutive a passé inaperçue. Quelques mois après le sujet se plaint de fatigabilité, d'incertitude de la marche, de raideur des membres inférieurs qui sont le siège de fourmillements. Fréquemment, on note des vertiges, de la diplopie, une diminution de l'acuité visuelle.

L'examen clinique montre une force musculaire intacte, mais avec dysmétrie, des symptômes d'excitation labyrinthique, une semiflectivité tendineuse avec signe de Babinski, l'abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Il faut ajouter l'existence de secousses nystagmiformes avec hippus, et enfin la disjonction du Wassermann négatif et des réactions colloïdales positives.

Certains des symptômes rétrocèdent, puis réapparaissent au cours de poussées nouvelles.

Forme dite classique. — Décrite par Charcot, elle comprend la démarche cérébelleuse ou cérébello-spasmodique ou vacillante, le tremblement intentionnel avec ataxie, la parole lente et scandée, la surréflectivité tendineuse s'opposant à l'aréflexie cutanée, le nystagmus, l'atrophie papillaire.

Cette forme n'existe que dans un dixième des cas.

Forme à début oculaire. — Ce sont des malades qui présentent une diminution progressive et rapide de l'acuité visuelle, ou même une amaurose subite unilatérale ou bilatérale et chez qui l'on constate tous les signes d'une névrite rétro-bulbaire. Si alors on constate la surréflectivité tendineuse et l'aréflexie cutanée, le diagnostic est probable.

Forme paraplégique pure. — Elle simule la paraplégie spastique d'Erb et fait penser à une syphilis.

L'Évolution de la sclérose en plaques se fait par poussées successives, avec amélioration de symptômes graves en apparence, mais rétrocèdant de moins en moins au cours des poussées ultérieures.

L'affection dure de cinq à vingt ans. La mort peut survenir par causes banales, quelquefois par myélite aiguë.

Anatomie pathologique. — S'il existe parfois un épaississement et une infiltration pie-méro-arachnoïdienne, ce sont les *plaques de sclérose* qui constituent les lésions caractéristiques. Elles sont l'aboutissant d'un processus dégénératif diffus. Elles se localisent en trois zones d'élection : 1° espaces périvasculaires ; 2° zone suspiale du cortex ; 3° substance grise sous-épendymaire bordant les ventricules.

« Cette topographie des plaques de sclérose semble indiquer une propagation du virus par le liquide céphalo-rachidien, mais il convient de remarquer que les trois zones d'élection des plaques représentent, comme l'a indiqué Ivan Bertrand, les rives des grandes voies d'élimination des produits dégénératifs du névraxe. »

On doit distinguer :

1° Des *plaques anciennes* constituées de disque fibronévroglique traversé par des cylindraxes nus et raréfiés. Il n'y a pas de phénomènes inflammatoires (ni périvascularite, ni corps granuleux, ni espaces lymphatiques remplis de débris lipoïdiens.

2° Des *plaques récentes* présentant tous les processus de désintégration nerveuse.

En dehors des plaques, les lésions des tubes nerveux se montrent diffuses. Cylindraxe et gaine de myéline participent largement au processus dégénératif. Les vaisseaux présentent des vascularites plasmo-lymphocytaires avec infiltration des gaines périvasculaires par des corps granuleux.

Étiologie. — C'est la question brûlante, mais que d'inconnus elle comporte.

En règle générale, c'est une affection de l'âge moyen de la vie, ni héréditaire, ni familiale.

Plus fréquente en Europe qu'en Amérique, elle est exceptionnelle au Japon.

La théorie de Strümpell de la sclérose en plaques, maladie congénitale n'est pas soutenable.

La théorie infectieuse de P. Marie paraît répondre aux faits. Mais il ne paraît pas exact d'incriminer l'existence antérieure de diverses maladies infectieuses. La sclérose en plaques paraît être une maladie infectieuse spécifique comme la syphilis et l'encéphalite épidémique.

La sclérose en plaques n'a pas une origine syphilitique : elle ne présente pas les réactions biologiques de la vérole, bien que celle-ci, par sa symptomatologie, puisse rappeler celle de la sclérose en plaques.

La sclérose en plaques n'a pas davantage de rapports étiologiques avec l'encéphalite épidémique ou l'ataxie aiguë, ni avec la neuromyélite aiguë.

On a signalé comme agent causal de la sclérose en plaques, un spirochète. On connaît les expériences de Bullock, Steiner, Kuhn et Steiner, Simons, Marinesco, Adams, Pellet, etc. positives, mais il y a, à côté, des observations cliniques et expérimentales négatives aussi nombreuses. Les dernières recherches faites à la Salpêtrière par Marquezy n'ont pu mettre en évidence ni expérimentalement, ni anatomo-pathologiquement le spirochète incriminé.

Peut-être, conclut le rapporteur, au lieu d'expérimenter sur des cobayes et des lapins, aurait-il mieux valu utiliser les grands singes anthropoïdes. Il serait intéressant de voir ce que donneraient des expériences ainsi conduites.

FERNAND LÉVY.

Abcès de l'encéphale. Pathologie chirurgicale et technique opératoire, par Wells P. Eagleton, m. d. Newark, New-Jersey, président de la Société américaine d'otologie en 1921, chef de service de la chirurgie cranienne, hôpital municipal de Newark. Un volume de 340 pages avec 40 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Modern methods of treatment, by Logan Clendening, M. D. illustrated. Un fort volume in-8 relié avec de nombreuses gravures. — Prix : 9 dollars. — The C. V. Mosby Company, 508, North grand Boulevard, Saint-Louis, U. S. A.

ACTUALITÉS

CONSEILS AUX TRAVAILLEURS DE LA SCIENCE

MM. E. PERROT et A. GORIS, professeurs à la Faculté de pharmacie de Paris, ont eu l'heureuse idée de rédiger une brochure intitulée : *Conseils aux étudiants des laboratoires de recherches scientifiques* (1), qui est appelée à rendre les plus grands services, non seulement aux étudiants, mais aussi aux médecins, aux naturalistes, aux biologistes et à tous ceux qui s'occupent de science, et c'est pourquoi il convient de la faire connaître et d'en provoquer le plus possible la lecture et la méditation.

Ce qui frappe, en effet, aujourd'hui, c'est l'imprécision fréquente des travaux français et je parle ici des travaux originaux : expériences et observations sont souvent incomplètes, historique et indications bibliographiques insuffisants. De là, des conclusions prématurées, des « découvertes d'Amérique », des oublis et des erreurs qui expliquent, en partie, que nos recherches aient à peu près complètement cessé d'être citées dans les publications étrangères. Je n'entends pas dire, bien entendu, que nos savants français tombent tous dans ce travers. Certains, au contraire, ont à cet égard une conscience professionnelle extrêmement chatouilleuse, dont il faut les féliciter; mais d'autres n'éprouvent pas ces scrupules et bâclent, de manière fort regrettable, des travaux qui, poussés à fond, eussent acquis une importance considérable et une renommée mondiale. On me dispensera de nommer ici des noms et des titres, en quoi je pèche contre la méthode scientifique, mais non contre la prudence. Tout ce que je puis dire est que les lecteurs seraient sans doute fort étonnés des preuves évidentes qu'on peut mettre sous leurs yeux.

Ces critiques ne s'appliquent naturellement pas aux ouvrages et articles de vulgarisation, comme il en existe beaucoup d'excellents en France. Seulement, et de plus en plus, on a tendance à donner à tout ce qu'on écrit cette forme, qui a pour caractère de simplifier les choses à l'encontre de l'exactitude en leur conservant une apparence savante par l'emploi exagéré de mots barbares. Certaines thèses de doctorat en médecine, par exemple, se montrent ainsi bien faibles, sans doute, parce qu'elles sont faites par des jeunes qui manquent d'expérience et ont hâte de se débarrasser de cette formalité; l'historique est trop sommaire, l'idée générale imprécise, le plan incertain ou absent : quant à la bibliographie, elle n'existe pour ainsi dire pas. Tout le monde peut y relever des indications dans le genre de celles-ci : *Medizinische Wochenschrift*, *passim*, ou *Gazette des hôpitaux*, 1912. Mais que dire de ces grands traités ou manuels signés des noms les plus autorisés et qui se signalent par d'incompréhensibles oublis ou même des erreurs patentes ? On a l'impression que ces livres, appelés à être constamment consultés, à renseigner exactement sur l'état d'une question, ont été écrits, non par ceux qui les ont signés, mais par quelques-uns de leurs élèves, insuffisamment documentés et peu au courant des méthodes de composition et de rédaction. Tout cela dénote, disons le mot, des habitudes de laisser-aller et de paresse qui s'attestent des plus fâcheuses pour le bon renom de nos publications. On ne demande aux auteurs ni une érudition encombrante, ni la solution définitive de tous les problèmes qu'ils abordent, mais seulement d'être rigoureux et précis, de bien faire ce qu'ils font et de telle sorte que les autres puissent en tirer le meilleur parti.

C'est pour obtenir ce résultat que MM. PERROT et GORIS ont écrit leurs « Conseils » ; c'est pour mettre à même ceux qui ont le goût des recherches et désirent les mener à bien, de travailler fructueusement et sans perte de temps, de faire œuvre profitable et à eux et aux autres.

* * *

Ils prennent la question dès le début et montrent comment il faut concevoir et entreprendre la recherche scientifique. Le premier point est de savoir ce que l'on veut et de limiter le champ de ses investigations. Jeune, on se disperse et l'intervention du patron ou du chef de laboratoire est alors nécessaire pour guider le choix du sujet, en tenant compte, ce qu'on ne fait pas toujours, des dispositions de l'élève. Plus âgé, il n'en est pas de même ; le choix est alors imposé par les circonstances, le hasard d'une lecture, d'une observation, d'une expérience ou comme la suite de travaux en cours.

Le sujet choisi, il convient maintenant d'en fixer les limites et d'en déterminer le contenu. On ne peut y arriver qu'en se documentant sur ce qui a été fait, c'est-à-dire, en établissant la bibliographie. C'est la partie la plus fastidieuse ; elle exige beaucoup de temps, de patience et d'attention, et elle est cependant de toute première importance pour savoir où en est le problème, ce qui est connu et ce qui ne l'est pas, ce qui est vraisemblable et ce qui est douteux, et, par conséquent, pour acquérir du sujet une vue assez nette qui dispense de s'acharner dans une voie déjà déblayée. Ici s'aperçoit particulièrement l'insuffisance de nos manuels et de nos Traités, car, lorsqu'une idée de recherche se présente à l'esprit, la première chose à faire est d'interroger les auteurs classiques les plus récents qui, à leur tour devraient fournir des références sur les travaux auxquels, pour plus ample informé, il faut recourir et ainsi de suite. MM. PERROT et GORIS indiquent la manière d'établir la bibliographie concernant l'étude des plantes médicinales, les livres et les périodiques à consulter et ils facilitent ainsi singulièrement la tâche à leurs élèves. Pour la médecine, il n'existe rien de pareil, car si nous possédons d'énormes répertoires bibliographiques, presque tous allemands, ces répertoires ne font aucune discrimination et citent tout pêle-mêle, tandis que le grand mérite des listes données par MM. PERROT et GORIS consiste à ne mentionner, dans un esprit critique judicieux et impartial, que les ouvrages indispensables qu'il faut nécessairement feuilleter pour la mise au point préalable à toute recherche sérieuse. Nous avons bien, en France, la bibliographie du *Dictionnaire de Dechambre* et celle du *Dictionnaire de physiologie de Richet*, pour ne citer que deux ouvrages faciles à trouver dans toutes les bibliothèques, mais le *Dictionnaire de Dechambre* est muet, et pour cause, sur beaucoup de questions actuelles, et le *Dictionnaire de Richet*, déjà un peu vieilli dans ses premiers volumes, est encore loin d'être achevé. On peut donc dire que, au point de vue médical, nous sommes assez démunis pour

(1) Paris, 1924, librairie Lefrançois.

établir la bibliographie d'une question si on ne peut recourir à des intermédiaires coûteux et parfois même incomplètement renseignés.

MM. PERROT et GORIS donnent de très précieux conseils pour établir les fiches bibliographiques qui servent de point de départ au travail ultérieur. Ils insistent sur l'obligation de transcrire exactement les passages se rapportant au sujet relevés au cours des lectures, le nom de l'auteur, le titre et la page du livre ou du mémoire, le lieu et la date de l'édition; le volume, l'année du périodique, etc., sans oublier de mentionner s'il s'agit d'une traduction et laquelle, d'une analyse ou d'un résumé qui déforment assez souvent la pensée de l'auteur. Aussi faut-il toujours recourir, quand on le peut, au texte original, faute de quoi des erreurs se perpétuent, comme celle que j'avais signalée, à propos des tables de VIERORDT, dans la première édition de mon *Hygiène de l'alimentation* (1894). Mais ils s'élèvent, en revanche, contre l'abus des citations bibliographiques, qui dénotent des prétentions à une fausse érudition ou un manque de jugement. On ne doit mentionner que les travaux ayant réellement de la valeur pour le sujet traité et qui marquent des étapes importantes dans la suite des découvertes et l'évolution des idées. Enfin, nos auteurs indiquent, et ce n'est pas là chose inutile, comment il faut rédiger et colliger les notes ; établir, les recherches de laboratoire terminées, son manuscrit ; comment il faut le diviser en parties, chapitres et paragraphes ; comment il faut souligner les noms propres, les titres d'article ou de livre, les citations, les tomaisons, etc. ; ils sont très partisans, et avec raison, du placement des références bibliographiques en bas de chaque page, procédé bien préférable à celui qui consiste à faire suivre les noms d'auteurs de numéros d'ordre renvoyant à une liste bibliographique placée à la fin du mémoire ou de l'ouvrage ; comment enfin, pour terminer, il faut corriger les épreuves, en observant soigneusement, afin d'éviter toute erreur ou confusion, les signes en usage, dont les auteurs reproduisent le tableau à la fin de leur opuscule. En somme, il convient de se plier à une règle qui est celle-ci : rédiger le travail d'après un plan clair et précis permettant, sans effort, au lecteur, de percevoir : 1° L'idée qui a provoqué la recherche et dont l'exposé peut servir d'introduction ; 2° l'état de la question au moment où a commencé la recherche ; 3° les résultats de la recherche.

Quant à la direction des recherches elles-mêmes, MM. PERROT et GORIS n'en disent rien et ils n'ont rien à en dire. Elle appartient, en effet, au patron ou au chef quand il s'agit d'un élève, à l'auteur lui-même, s'il est suffisamment familiarisé avec ce genre d'investigations. Comme dans l'établissement de la bibliographie et du plan de recherches et dans la rédaction du travail, c'est avant tout une question de méthode, que résume la formule cartésienne : ne rien admettre qui ne soit prouvé et contrôlé ; ne rien dire qui ne soit parfaitement clair, car la science est, par définition, vérité et clarté.

En réalité, MM. PERROT et GORIS n'ont pas poursuivi d'autre but : donner aux chercheurs une méthode rigoureuse de travail, les inciter à des habitudes qui économisent leur temps, facilitent leur besogne et accroissent sa valeur. C'est pourquoi leur opuscule méritait d'être signalé et recommandé. Si nos laboratoires se vident, si le renom de la science française subit une éclipse, la faute en est bien moins à l'absence de vocation qu'à l'ignorance dans laquelle on laisse se débattre les jeunes gens. La plupart, découragés, s'éloignent ; seuls persistent ceux dont le front est marqué d'une étoile. Et de ceux-ci, il ne fait pas de doute que les conseils de MM. PERROT et GORIS, et ce sera leur juste récompense, ne contribuent à augmenter le nombre.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1924)

Les théories actuelles de l'anaphylaxie. — M. J. BORDET reprenant l'étude de l'action des anaphylatoxines préparées par addition de gélose au sérum de cobaye frais, arrive à cette conclusion que les anaphylatoxines doivent vraisemblablement leurs propriétés à des complexes contenant de l'alexine et des traces soit de gélose, soit d'antigène uni à l'anticorps et qui existent dans le liquide à l'état dispersé. Cette hypothèse semble à M. Bordet la seule compatible avec les résultats expérimentaux.

Recherches, par une méthode radiochimique, sur la circulation du plomb dans l'organisme. — MM. J.-R. CHRISTIANSEN, G. HEVESY et SV. LOMHOLT.

Influence de la réaction du milieu sur les propriétés antiseptiques du houblon. — MM. A. FERNBACH et J. STOLERU. Le pouvoir antiseptique du houblon dépend essentiellement de la concentration en ions hydrogène du milieu de culture et de l'acidité réelle de la bière ; l'augmentation voulue de l'acidité dans des limites acceptables peut permettre une réduction de la dose de houblon, considération qui a, à l'heure actuelle, d'autant plus de valeur que cette matière première est devenue extrêmement coûteuse.

Contribution à l'étude des levures de vin. — MM. E. KAYSER et H. DELAVAL.

De l'appauvrissement du lait en acide carbonique par la pasteurisation usuelle à l'air libre. Avantage du traitement à circuit fermé. — MM. H. STASSANO et A. ROLLET montrent que le chauffage en circuit fermé ne le prive pas de son acide carbonique. Il est donc possible d'avoir un lait chauffé qui conserve toute sa valeur alimentaire, résultat particulièrement avantageux pour les enfants et les malades se nourrissant exclusivement de lait.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1924)

Infantilisme et hypothyroïdie. — M. COMBY (à propos du procès-verbal) cite le cas d'une jeune fille de treize ans et demi, naine (98 centimètres), chez laquelle existait des signes de myxœdème et qui, soumise au traitement thyroïdien, s'est bien développée. A dix-huit ans, elle mesure 1m54. L'auteur insiste sur l'opothérapie, même tardive, dans tous les cas d'infantilisme.

Arthralgies goutteuses. — M. Mathieu PIERRE-WEIL présente une malade âgée de quatre-vingt-trois ans, fille d'un père rhumatisant, sœur de rhumatisants, et qui, depuis l'âge de douze ans, présenta de temps à autre, des crises douloureuses généralement localisées au niveau des genoux, persistant quelques jours, ne nécessitant qu'exceptionnellement l'interruption des occupations, et qui ne s'accompagnaient que d'un minimum de signes objectifs. La nature de ces arthralgies est établie par l'apparition, il y a quelques jours, d'une crise typique, particulièrement douloureuse, de goutte au poignet, à aspect pseudo-phlegmoneux, et qui, malgré

l'intensité des symptômes guérit en deux jours, sous l'influence du colchique. La radiographie de la main est normale, mais celle des genoux montre l'existence de « becs de perroquet » que l'auteur, d'ailleurs, a fréquemment rencontrés en cas d'arthropathies goutteuses anciennes. L'analyse du sang montre comme unique altération une augmentation de l'acide urique combiné des globules sanguins ; l'uricémie plasmatique est normale. Le Wassermann est négatif.

Diabète grave par tumeur parapancréatique. Considérations sur la pathogénie sympathique du diabète. — MM. H. DUFOUR, ROUECHE et H. BARUK rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans, entré à l'hôpital pour un diabète grave (glycosurie variant entre 300 et 400 grammes par jour, pour une moyenne de 4 litres d'urine, et glycémie de 4 grammes). Il existait dans la région épigastrique et paravertébrale gauche une tumeur profonde rénitente, qui pouvait en imposer pour un kyste. L'évolution a été rapide, et la mort est survenue en une quinzaine de jours, sans que se soit produit d'amélioration par l'insuline. A l'autopsie, on a reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur parapancréatique refoulant sans l'envahir la queue du pancréas, et une petite partie du corps. La disposition topographique anatomique contre la colonne vertébrale impliquait l'envahissement du sympathique abdominal, ganglion semi-lunaire gauche, plexus cœliaque. L'histologie et l'étude des coupes microscopiques ont démontré qu'il s'agissait d'une tumeur de la catégorie des sarcomes lymphoblastiques, développée en dehors du pancréas, et aux dépens des ganglions lymphatiques. En utilisant la méthode de Bielchowsky, on peut mettre en évidence la présence de fibres nerveuses dans les coupes de la tumeur. A l'occasion de ce cas, les auteurs discutent l'importance du facteur sympathique dans la production du diabète. Ils font appel aux acquisitions récentes sur les relations existant entre le fonctionnement des glandes endocrines, et celui du sympathique. Ils pensent que les deux facteurs endocrinien et sympathique peuvent jouer isolément ou en association, et ils insistent sur l'importance de cette perturbation endocrino-sympathique dans la pathogénie du diabète sucré.

Extrait d'opium total. — MM. LE NOIR et HÉRISSEY présentent un extrait d'opium total, injectable, dont la préparation peut être facilement réalisée dans toutes les officines et qui leur a donné satisfaction dans les applications qu'ils en ont faites sur de nombreux malades.

Anévrismes de l'artère pulmonaire chez les cardiaques noirs. — M. ARILLAGA (présenté par M. Ribierre) rapporte trois cas très intéressants d'anévrismes de l'artère pulmonaire. Il insiste sur le rôle de la syphilis dans la genèse de ces anévrismes et de la sclérose de l'artère pulmonaire.

La constante uréo-sécrétoire chez les hypertendus et le pronostic rénal de l'hypertension permanente. — MM. AUBERTIN et RIGAL étudient la fonction uréo-sécrétoire chez les hypertendus et confirment les données établies, en 1913, par MM. Aubertin et Parvu ; il est très fréquent, en effet, de voir les malades présenter non seulement une azotémie normale, mais une constante normale ; il ne s'agit pas, en général, d'un stade initial d'une néphrite latente, puisque la plupart de ces sujets, suivis depuis 1919, sont actuellement dans de bonnes conditions d'équilibre, ne sont pas devenus des brightiques, n'ont pas vu apparaître d'albumine dans leurs urines, et ont encore, malgré un régime carné, une fonction rénale normale. Ceux qui ont succombé sont morts d'hémorragie cérébrale ou d'insuffisance cardiaque.

Tous les hypertendus n'appartiennent, d'ailleurs, pas à ce groupe ; certains, c'est la minorité, ont une azotémie relativement élevée (entre 0g50 et 1 gramme) et naturellement une constante élevée ; d'autres (16 sur 44) ont une azotémie normale et une constante élevée (aux environs de 0,110 en général). Or, fait à signaler, le pronostic rénal chez les hypertendus sub-azotémiques, sans être aussi bon que chez les malades à constante normale, est rarement mauvais puisque, dans la statistique des auteurs, ceux qui sont morts ont encore ici succombé à des accidents mécaniques et qu'aucun n'est mort d'urémie. L'étude de la fonction rénale chez les hypertendus doit donc être faite à l'aide de la constante, si celle-ci est normale et reste normale, le pronostic rénal peut être excellent et le malade peut être laissé au régime carné avec survie très longue, souvent en bonne santé apparente.

De plus, il n'y a, en général, aucun rapport chez ces malades entre le degré de l'hypertension et le déficit de la fonction uréo-sécrétoire.

Sur un cas d'hépatite parenchymateuse syphilitique tertiaire. — MM. MACAIGNE et JACQUINET. Il s'agit d'un malade de cinquante ans, syphilitique avéré, non alcoolique ni tuberculeux, mort en quarante-huit heures d'hématémèse foudroyante consécutive à une perforation de varice œsophagienne.

A l'autopsie, on constate une cirrhose du foie d'intensité moyenne et une ulcération des veines de l'œsophage.

L'examen histologique a révélé, à côté de lésions de sclérose interstitielle et surtout périportale, l'existence d'une hépatite parenchymateuse très accentuée, caractérisée par une hyperplasie considérable des cellules hépatiques avec dislocation des trabécules ; hypertrophie et multiplicité des noyaux, gigantisme cellulaire à la périphérie des zones hyperplasiées ; zones d'infiltration embryonnaire intertrabéculaire et intercellulaire aboutissant par places à la formation de gommes parenchymateuses. L'existence d'artérite et de phlébite dans les zones scléreuses achève de démontrer la nature spécifique de ces lésions. La perforation des varices œsophagiennes était due à la fonte d'une petite gomme de voisinage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1924)

Action des rayons X sur les cellules. Modifications de la radiosensibilité par ligature des connexions vasculaires. — M. J. JOLLY. Lorsqu'on détruit les connexions vasculaires d'un ganglion lymphatique, la radiosensibilité de ce ganglion disparaît ou diminue considérablement. L'expérience est facile à réaliser avec les ganglions poplités du lapin, qu'on soumet tous les deux en même temps à une même irradiation, l'un étant isolé, l'autre servant de témoin. Pareille expérience peut être faite aussi sur le thymus du cobaye. On lie les connexions vasculaires d'un des deux lobes et on irradie le thymus : les lésions dues aux rayons X sont très intenses déjà au bout de deux heures dans le lobe qui n'a pas été touché ; elles sont nulles, au contraire, dans le lobe qui a été pédiculisé. Il paraît donc nécessaire que le sang circule dans un organe pour que celui-ci garde sa radiosensibilité. La radiosensibilité est une réaction qui dépend en grande partie de l'intégrité et de l'activité des échanges dans la cellule.

Action des graisses du poumon sur la fixation du calcium. — MM. H. ROGER, Léon BINET et M. VAGLIANO, après avoir montré que les graisses du poumon exercent une influence favorable sur la croissance grâce aux vitamines A qu'elles renferment en quantité assez élevée, insistent sur l'existence dans ces graisses de vitamine antirachitique aidant l'organisme à fixer le calcium. Soumis au régime 85 de Pappenheimer, de jeunes rats ne tardent pas à devenir rachitiques ; si on remplace le beurre du régime par des graisses extraites du poumon de chien, la calcification du squelette se poursuit normalement, comme le montre l'examen histologique de la jonction chondro-costale.

L'exagération du réflexe naso-palpébral dans les syndromes postencéphalitiques. — MM. Georges GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et R. MARQUÉZY ont remarqué que le réflexe naso-palpébral est très exagéré dans les séquelles de l'encéphalite épidémique et spécialement chez les sujets atteints de syndromes parkinsonniens postencéphalitiques. Dans ces cas on constate que la percussion, même légère, de la racine du nez provoque un réflexe d'occlusion palpébrale polycinétique ; on peut facilement observer les contractions successives des orbiculaires, même si les paupières sont préalablement maintenues closes. Cette surréflectivité naso-palpébrale peut permettre souvent, dans certains cas de parkinsonnisme fruste, de faire le diagnostic d'un trouble nerveux postencéphalitique. L'exagération du réflexe naso-palpébral aussi accentuée ne se constate ni dans les syndromes dits pseudo-

bulbaires, ni dans les syndromes thalamiques ou hypothalamiques, ni dans la sclérose en plaques. L'exagération du réflexe naso-palpébral (réflexe trijumeau-facial) par percussion de la racine du nez, les yeux ouverts ou fermés, est très différente de l'exagération du réflexe de clignement des yeux à l'approche brusque d'un objet, réflexe optico-facial.

L'exagération du réflexe naso-palpébral avec polycinétisme dans le parkinsonnisme postencéphalitique trouve son explication dans les multiples lésions strio-pédonculo-ponto-bulbaires sus-jacentes au noyau du facial. Ce symptôme mérite d'être connu car il présente une valeur diagnostique qui, dans nombre de cas, paraît importante.

Action du chlorhydrate de pilocarpine sur l'appareil cardio-vasculaire. — MM. Laubry, Oury et Tecon étudient l'action du chlorhydrate de pilocarpine sur l'appareil cardio-vasculaire. Ces auteurs montrent l'action très variable de cet alcaloïde sur la tension artérielle : tantôt hypotension, tantôt hypertension artérielle de 1 à 3 centimètres de Hg. En même temps que ces modifications, on constate de façon constante une accélération légère du pouls, des oscillations importantes de la formule leucocytaire. Ces modifications sont d'apparition rapide, de brusque disparition et tout rentre dans l'ordre entre une demi-heure et une heure et demie. Ces constatations viennent confirmer l'opinion classique du rôle neurotonique et complexe de la pilocarpine vis-à-vis du système nerveux autonome.

Election. — M. H. Vignes est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1924)

La dispersion variable des colloïdes protoplasmiques dans ses rapports avec la nutrition minérale de la cellule. — M. W. Mestrezat et Mme Marthe Janet ont établi dans une note précédente comment l'augmentation ou la diminution de la dispersion des colloïdes électrolytiques d'un premier milieu pouvait, en modifiant les conditions de répartition des électrolytes, occasionner des échanges importants d'ions diffusibles avec un second milieu en relation dialytique avec le premier. Ils montrent, aujourd'hui, comment ces notions peuvent être appliquées à nos tissus et à la cellule. La notion d'affinité chimique, que fait intervenir leur conception, d'un ion minéral pour un radical colloïdal, donne une façon nouvelle de se représenter la perméabilité élective d'une cellule à divers ions et permet de comprendre qu'une cellule puisse accumuler des quantités importantes d'un composé minéral sous une forme non diffusible, mais en équilibre réversible, avec les traces du même produit en circulation dans les humeurs.

Ces recherches affirment le terrain du métabolisme, l'interdépendance des colloïdes et des éléments minéraux que tant de faits physiologiques et chimiques expriment par ailleurs.

Le bactériophage dans le traitement des affections cutanées. — MM. Gougerot et Ed. Peyre résument leurs essais de traitement cutané des sycosis, dermo-épidermite microbienne pustuleuse, et de furonculose par le bactériophage.

L'injection sous-cutanée reste inefficace, le traitement local est seul possible : injecter du bactériophage dans chaque pustulette, frictionner toute la surface cutanée lésée avec un tampon imbibé de bactériophage et laisser quelques minutes une compresse imbibée de cette culture pour assurer une bonne imprégnation ; une exagération des lésions se produit le lendemain, puis bientôt s'observeront l'amélioration et la guérison si le malade a la patience d'attaquer tous les éléments pustuleux.

Floculation des sérums en présence d'extraits alcooliques de microbes correspondants. — MM. Dujarric de la Rivière et Ed. Roux donnent les résultats de l'étude du mode de floculation d'un certain nombre de sérums expérimentaux provenant de chevaux qui avaient reçu, en quantités variables, des injections intraveineuses d'émulsion de méningocoques vivants. Il en résulte qu'il y a des différences sensibles entre les sérums au point de vue de la rapidité et de la puissance de leur pouvoir floculant. L'étude de la première est plus facile. L'agglutination et la déviation du complément ne paraissent pas en rapport avec la floculation. Les animaux de laboratoire ne pouvant servir au titrage d'un sérum antiméningococcique thérapeutique, il serait utile d'étudier, au point de vue de leur action thérapeutique chez l'homme, les sérums qui donnent une floculation rapide et intense.

MM. M. Labbé, P. Violle et Fl. Nepveux ont étudié l'**albuminurie transitoire à la suite de courses de fond chez les jeunes gens**, corrélativement avec des modifications du P^H urinaire ; ils ont pu constater des relations entre l'acidification des humeurs après les efforts sportifs et la production de l'albuminurie.

M. M. Labbé a étudié le **réflexe oculo-cardiaque chez les diabétiques traités par l'insuline.** Il n'a pas vu l'insuline exercer une action vagotonique, comme on l'avait dit ; il n'a pas constaté de relation entre la sympathicotonie et la tendance à la glycosurie, d'une part, entre la vagotonie et la tendance à la cessation de la glycosurie. Il semble donc difficile d'admettre une hyperexcitabilité du système neuro-végétatif dans la pathogénie du diabète.

MM. A. Mayer et R. Wurmser présentent une **nouvelle méthode de détermination du métabolisme de base.** Cette méthode est aussi correcte que celle de Lefèvre, mais permet d'opérer sur des sujets sans les plonger dans un bain. Elle est basée sur l'emploi d'un sac calorimétrique dont le rayonnement est étalonné et sur lequel on ajoute un nombre croissant de couvertures jusqu'à obtention du minimum caractéristique du métabolisme de base.

— Réunion biologique de Lyon :

Des modifications de la concentration du sang en ions hydrogène au cours du choc anaphylactique expérimental. — MM. Cluzet, Kofman et Milhaud, en utilisant la méthode électrique de détermination du P^H, ont constaté chez le cobaye que si l'injection sensibilisatrice (caséine ou sérum) ne modifie pas la concentration en ions H du sang total, l'injection déchaînante produit au contraire une diminution importante de l'alcalinité.

Essais de vaccinothérapie dans la broncho-pneumonie. — MM. E. Weill et A. Dufourt ont mis au point un vaccin mixte composé de pneumocoques, d'entérocoques et d'un peu de staphylocoques et de tétragènes. Ils attachent une grosse importance à la présence de l'entérocoque. Leurs contrôles bactériologiques leur ont, en effet, montré que ce germe était très fréquemment rencontré dans les crachats, les urines et les lésions des malades atteints de broncho-pneumonies.

Tous les sujets traités ont été de jeunes enfants. Sur 41 observations que les auteurs retiennent on note 36 guérisons et 5 décès. Cette proportion plaide en faveur de la méthode qui est d'une application facile et sans danger.

Sur une accoutumance retardée de l'organisme du cobaye aux injections d'eau sulfureuse. — MM. G. Mouriquand, Paul Michel et M. Milhaud, en injectant trois fois par semaine une dose de 2cm³5 d'eau de Challes à des cobayes soumis à un régime équilibré, ont observé l'apparition d'un syndrome ostéo-hémorragique du type scorbutique. Puis, peu à peu, l'organisme est devenu réfractaire à l'action de cette eau, réalisant vis-à-vis d'elle une sorte d'état d'accoutumance qui s'est traduit par la guérison des manifestations osseuses et sanguines et l'impossibilité d'en déterminer de nouvelles, malgré la répétition des injections.

Propriétés bactériophagiques des eaux du Rhône et de la Saône. — MM. F. Arloing et Sempe ont mis en évidence les propriétés bactériophagiques indiscutables des eaux des deux fleuves lyonnais puisées après leur traversée de la ville, à l'égard de diverses souches de colibacilles, de para A, de bacilles typhiques et du bacille dysentérique. La lyse a été dans son ensemble plus forte avec les souches de colibacilles et de bacille typhique qu'avec le para A et le Shiga.

Les eaux de la Saône ont des propriétés bactériophagiques plus accusées que celles des eaux du Rhône. Toutefois, il est particulièrement intéressant de signaler que les eaux du Rhône exercent une lyse tout à fait remarquable sur le bacille typhique.

Contribution au mécanisme du choc anaphylactique. Quelques conditions susceptibles de faire varier la sensibilité. — M. A. Rodet a fait des expériences sur le cobaye, sous la suggestion de l'hypothèse suivante : les leucocytes constituent un facteur important du choc anaphylactique ; ils concourent à la production de troubles mécaniques de la circulation capillaire, notamment, chez le cobaye, dans le réseau du poumon. I. Par numération des leucocytes dans le sang de l'un et l'autre ventricule, au cours du grand choc du cobaye, on constate une forte rétention de ces éléments dans le poumon. II. La provocation d'un exsudat péritonéal riche en leucocytes chez un animal sensibilisé détermine une très notable désensibilisation. III. Une saignée, même modérée, diminue considérablement la sensibilité au choc ; l'effet protecteur ne paraît pas être immédiatement au maximum, mais s'établit très rapidement et n'est pas de longue durée. Une injection intraveineuse d'eau salée isotonique, après une saignée, paraît rehausser la sensibilité. L'auteur signale ces faits en en réservant l'interprétation.

De l'action amylolytique de la salive du chien. — M. L. Jung. Les recherches relatées permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Les salives isolées du chien n'ont qu'un pouvoir amylolytique tout à fait insignifiant et qui n'est pas accru par addition d'extraits d'amygdale ou de muqueuse buccale.

2° La salive totale, recueillie par la bouche ou par fistule œsophagienne, ne se montre pas plus active que les salives isolées.

3° In vivo, dans les conditions physiologiques, l'action saccharifiante de la salive du chien est nulle.

Le fait que le suc pancréatique du même animal est particulièrement riche en amylase ne permet pas de voir dans cette inactivité de la salive une adaptation au régime alimentaire.

LA SIXIÈME RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

MM. Cestan, Gay et Perès (de Toulouse) exposent les résultats de leurs **recherches sur la cytose des différentes portions du liquide céphalo-rachidien.** Il existe une diminution rapide du chiffre des éléments entre le premier et le cinquième centimètre cube. Le phénomène est encore plus net avec des méningites aseptiques provoquées par l'injection intrarachidienne d'hémostyl ou par la ventriculographie. Tout se passe comme si un phénomène de sédimentation des éléments se produisait au niveau des segments inférieurs du canal rachidien. Cette sédimentation viendrait à l'appui de l'idée émise par Cestan, Riser et Laborde suivant laquelle il n'y a pas de véritable courant du liquide céphalo-rachidien qui se trouve enfermé dans le canal rachidien comme en un vase clos.

MM. Toulouse, Marchand et Mlle Pezé montrent les coupes microscopiques d'un cas de **troubles mentaux symptomatiques de métastases cancéreuses encéphaliques.** Il s'agissait d'une femme qui, trois ans après avoir été opérée d'un cancer du sein, avait été atteinte, à l'âge de cinquante-deux ans, d'amnésie globale, de désorientation et d'anxiété. On ne notait chez elle aucun symptôme de localisation, ni même les signes communs aux tumeurs cérébrales. Elle mourut trois mois après le début des troubles mentaux au cours d'une crise convulsive. A l'autopsie on constate la présence de cinq noyaux cancéreux métastatiques dans l'hémisphère gauche et un noyau volumineux dans l'hémisphère droit. Il existe également un petit noyau de la grosseur d'une tête d'épingle dans le bulbe. Il s'agit d'épithéliome alvéolaire. On note, en outre, une réaction méningée diffuse et une légère inflammation autour des plus grosses tumeurs. C'est à ces lésions que les auteurs attribuent la pathogénie de l'état confusionnel aigu.

MM. Claude, Borel et Robin font chez une malade la démonstration d'un **nouveau procédé d'investigation chez les déments précoces, à l'éthérisation.** Par ce procédé on arrive à faire la discrimination entre les démences précoces vraies, type Morel, et les états schizomaniaques et schizophréniques. A la faveur d'une anesthésie légère, on peut mettre en évidence dans ces derniers cas l'existence de complexes affectifs et faire la preuve qu'il n'existe aucun affaiblissement intellectuel. Il semble que l'éthérisation ne suffise pas à réduire la réticence.

MM. A. Marie, Poincloux et H. Codet rapportent l'observation d'un **syndrome parkinsonnien postencéphalitique traité par la méthode de Levaditi-Poincloux.** Ce malade avait un état rigide extrêmement marqué, il ne pouvait s'habiller ni s'alimenter seul. Après traitement par injections intrarachidiennes de virus encéphalitique fixe, on constata une amélioration notable de la rigidité et de la rétropulsion, rendant au sujet la liberté de ses actes. Il est à remarquer, dans les cas où le traitement est favorable, que la réaction à l'injection intrarachidienne présente souvent, comme ici, l'allure d'une véritable maladie vaccinale.

MM. Henri Claude, R. Targowla et Mlle M. Badonnel, comme suite à leurs recherches précédentes sur les **variations provoquées de la glycémie,** rapportent les résultats **observés à la suite de l'injection de morphine.** Ils ont constaté d'une façon générale que l'action de la morphine sur la glycémie s'exerçait dans le même sens que celle de l'adrénaline et réalisait dans certains cas une action antagoniste à celle du glucose. Ils exposent des chiffres qui semblent indiquer l'influence du tonus neuro-végétatif, de l'état du foie et des capsules surrénales sur la glycémie morphinique.

MM. Tinel et Santenoise projettent les **graphiques des réflexes vagosympathiques obtenus chez des malades ayant présenté à plusieurs reprises des crises confusionnelles.** Le réflexe oculo-cardiaque aboli pendant la crise apparaît avec une très grande intensité chaque fois que la crise est terminée. Les auteurs rapprochent ce fait des constatations de Santenoise et Garrelon montrant que la vagotonie accompagne ou provoque une sensibilité spéciale à toutes les actions toxiques. La vagotonie intermittente de ces malades indique chez eux des phases de susceptibilité aux intoxications, elle explique la fixation passagère des toxiques sur leur système nerveux. Des variations cycliques analogues du réflexe oculo-cardiaque ont éte constatées chez une malade considérée à son entrée comme une démence précoce probable et aujourd'hui fort améliorée ; on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une démence postconfusionnelle de Régis et si certains syndromes étiquetés démence précoce ne seraient pas dus à des crises confusionnelles répétées.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

IMPOT GÉNÉRAL SUR LE REVENU

PRIME DE REMBOURSEMENT DES VALEURS MOBILIÈRES

En ces temps où le fisc nous harcèle et cherche par tous les moyens à prendre au contribuable tout ce qu'il peut de ce que ce dernier possède, il est indispensable que chacun sache les cas dans lesquels il peut résister à des exigences excessives. L'un de ces cas est relatif à la prétention de l'administration de soumettre à l'impôt sur le revenu les primes de remboursement des valeurs mobilières dans les conditions suivantes : une valeur mobilière a été émise à 100 francs, avec stipulation que lors de l'amortissement, elle serait remboursée à 150 francs, par exemple ; l'administration a prétendu percevoir l'impôt sur la prime de 50 francs sous le prétexte que ce serait un revenu. Les tribunaux n'admettent pas cette prétention.

Le Conseil de préfecture de la Côte-d'Or, faisant application de la jurisprudence du Conseil d'Etat, a, dans une décision du 30 juin 1924, spécifié qu'il s'agissait non d'un revenu, mais d'un accroissement de capital.

Voici le cas :

L'émission des obligations d'emprunt français amortissable 5 p. 100 1920 n'a eu lieu que sous la condition du paiement d'une prime au jour du remboursement. M. X... a eu une obligation amortie avec prime à payer.

Cette prime, dit le Conseil, fait partie intégrante de l'obli-

gation et constitue comme celle-ci un capital mobilier qui ne saurait entrer en compte, en l'absence d'une disposition expresse de la loi, pour la détermination du revenu imposable en vertu de l'article 10 de la loi du 15 juillet 1914.

« Considérant, en effet, qu'il y a tout lieu de supposer que les obligations dont s'agit, au fur et à mesure que se rapprochera l'époque finale de l'amortissement, auront une tendance à augmenter de valeur; que les différents possesseurs qui les aliéneront à un prix supérieur au prix d'achat, réaliseront, de ce fait, un accroissement de capital non cotisable comme tel à l'impôt sur le revenu; qu'il doit en être de même pour l'acquéreur qui verra son titre appelé par le sort au remboursement et auquel on ne peut demander de payer l'impôt sur le revenu sur la totalité d'une prime dont il n'aura pu ne bénéficier qu'en partie;

« Considérant au surplus que la jurisprudence civile reconnaît aux primes de remboursement le caractère de capital : que, pour cette raison, elle décide qu'elles appartiennent au nu-propriétaire de l'obligation et que la jouissance seule peut en être réclamée par l'usufruitier;

« Considérant que le remboursement des obligations 5 p. 100 1920 et de leurs primes a lieu par voie de tirage au sort et par suite à des époques différemment éloignées pour les possesseurs desdites obligations; que, d'autre part, l'impôt général sur le revenu est essentiellement personnel et doit être calculé eu égard aux sommes que le contribuable reçoit à titre de revenus : qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des combinaisons financières adoptées par l'Etat pour assurer le paiement de la prime de remboursement au possesseur de l'obligation; qu'on ne peut au regard du bénéficiaire regarder la prime de remboursement comme des intérêts accumulés, ni lui donner, par suite, pour l'assujettissement à l'impôt général sur le revenu, le caractère d'un revenu provenant de l'une des sources de revenus prévues par la loi. »

Le Conseil d'Etat avait déjà jugé, par un arrêt du 28 janvier 1921, que les *lots* ne pouvaient pas être considérés comme des revenus annuels au sens de l'article 10 de la loi du 15 juillet 1914. Le Conseil de préfecture de la Côte-d'Or étend cette jurisprudence aux *primes* de remboursement : le droit éventuel à la prime fait partie intégrante de l'obligation et la prime n'est qu'un accessoire du capital qui revient au nu-propriétaire à la fin de l'usufruit.

Il n'y a donc pas lieu dans sa déclaration d'impôt sur le revenu, étant donné la décision ci-dessus indiqué, de tenir compte des primes de remboursement. L'administration ira probablement devant le Conseil d'Etat pour faire juger la question. Si cette éventualité se produit, nous indiquerons l'arrêt, dès qu'il sera à notre connaissance.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (VAL-DE-GRACE, PARIS)

DU 20 AU 25 AVRIL 1925

Sous le haut patronage de M. le Président de la République française.

COMITÉ D'ORGANISATION. — *Au titre de l'armée active :* Le président du Comité consultatif de santé de l'armée, médecin inspecteur général Vincent, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, président;

Le directeur de l'Ecole d'application du Service de santé du Val-de-Grâce, le médecin inspecteur Dopter, membre de l'Académie de médecine;

Le médecin général Gastinel, directeur central et inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de la marine;

Le médecin inspecteur général Emily, directeur du Service de santé du corps colonial;

Le pharmacien inspecteur Gautier, inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée;

Le médecin en chef de 1re classe de la marine Defressine;

MM. les médecins principaux de 1re classe Sacquépée, Visbecq, Rouvillois, Cadiot, Duguet, Abattucci;

M. le pharmacien principal de 2e classe Chaput;

M. le médecin-major de 1re classe Maisonnet;

MM. les officiers d'administration Lamontagne et Raimond, trésorier.

Au titre des officiers de réserve : Le médecin inspecteur général Sieur du cadre de réserve, médecin inspecteur général aux armées, membre de l'Académie de médecine;

Les médecins de complément ou médecins chargés de missions aux armées, professeurs et professeurs agrégés Achard, Grégoire, Hartmann, Lejars, Lenormant, J.-L. Faure, Nobécourt, Pierre Teissier, Walther.

MM. les docteurs Desfosses, Stodel, Tollemer.

MM. les pharmaciens de complément Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de spécialités pharmaceutiques, et Hérissey;

M. Marc Honnorat, officier d'administration principal de complément.

COMMISSAIRES DU CONGRÈS. — *Au titre de l'armée active.* Le médecin principal de 1re classe Uzac, adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, commissaire général du Congrès;

Le médecin-major de 1re classe Armand Vincent, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre.

Au titre des officiers de réserve : Le médecin principal Auvray, secrétaire général du Congrès de chirurgie;

Le médecin-major Pasteau, secrétaire général du Congrès d'urologie.

COMITÉ DE PROPAGANDE. — Il est constitué en France un comité de propagande par région du territoire (1) dont les membres, désignés en raison de leurs fonctions ou de leurs relations personnelles en France ou à l'étranger, seront pris parmi les officiers généraux de l'active et de réserve du Corps de santé des armées de terre et de mer, les officiers supérieurs du Service de santé directeurs, médecins chefs, pharmaciens, chefs de service ou officiers d'administration gestionnaires, les personnalités civiles et militaires qui ont rempli pendant la guerre des fonctions importantes leur conférant une autorité technique étendue, les personnalités qui donnent au Service de santé des marques particulières d'intérêt, en concourant à son fonctionnement dans les grandes commissions consultatives ou à l'instruction de son personnel (facultés et écoles de médecine et de pharmacie, écoles d'instruction des officiers du Service de santé de complément).

Le Comité d'organisation serait reconnaissant aux diverses nations invitées au Congrès de constituer elles-mêmes un comité de propagande pour susciter des adhésions nombreuses et centraliser la correspondance avec le commissariat du Congrès. Les noms des personnalités constituant les comités de propagande qui seront portés à la connaissance du commissariat du Congrès, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe) seront inscrits dans les comptes rendus du Congrès.

TRAVAUX DU CONGRÈS. — *Liste des questions mises à l'étude pour le IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, établie en assemblée générale au Congrès de Rome, en sa séance du 2 juin 1923 :*

1° De la spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé. Son application aux différents échelons du Service de santé. — Pays rapporteurs : France, Irlande.

2° Méthode de sélection du contingent. — Pays rapporteurs : France, Pologne, Argentine.

(Le Comité d'organisation demande que, dans l'exposé de

(1) Pour les personnalités habitant le Gouvernement militaire de Paris, il sera constitué, sans attributions spéciales, un Comité qui prendra le nom de Comité central et du Gouvernement militaire de Paris où seront comprises à la fois des personnalités qualifiées qui ont rempli des fonctions militaires au titre de l'administration centrale et au titre de la région.

cette question, les rapporteurs étudient plus particulièrement les modes de dépistage de la tuberculose.)

3° Etiologie et traitement des arthrites traumatiques et de leurs séquelles. — Pays rapporteurs : France, Belgique.

4° Méthodes d'analyse du matériel de pansement et de suture. — Pays rapporteurs : France, Roumanie.

En même temps que le Congrès et à proximité immédiate de lui seront organisées :

1° Des démonstrations du matériel technique du Service de santé constitué en formation de campagne;

2° Une exposition industrielle organisée en accord avec le ministre du Commerce et comprenant les produits et matériels susceptibles d'intéresser les médecins et pharmaciens des divers pays : instruments de chirurgie, bandages et appareils, matériels de laboratoires divers, radiologie, bactériologie, chimie, électrologie, produits pharmaceutiques, spécialités, livres de médecine, voitures de transports de médecins, voitures de transports de malades, avions sanitaires, etc.

Dans l'établissement du programme définitif, il sera prévu, d'accord avec les administrations intéressées, quelques séances permettant aux congressistes de visiter, suivant leur désir, certains grands services de l'Assistance publique, des organisations d'hygiène municipale ou des établissements militaires, casernes, magasins, docks du Service de santé, pharmacie centrale, etc.

Règlement du Congrès. — *Rapports et communications.* — 1° Les pays rapporteurs des questions mises à l'étude devront fournir un rapport unique dont la rédaction pourra être confiée à plusieurs collaborateurs,

2° Les rapports devront parvenir le 1er janvier 1925. On ne saurait garantir l'impression de ceux parvenus avec plus de quinze jours de retard ;

3° Il est recommandé aux rapporteurs de ne donner à leur travail que le développement strictement nécessaire. Les rapports ne devront, en aucun cas, dépasser 50 pages de 50 lignes de texte, quel que soit le nombre des collaborateurs;

4° Les rapports pourront être rédigés en anglais, espagnol, français ou italien; ils devront se terminer par des conclusions ne dépassant pas deux pages de texte qui seront traduites dans ces quatre langues; il est recommandé aux pays rapporteurs d'en fournir eux-mêmes les traductions;

5° L'exposé des rapports, en séance, ne devra pas dépasser vingt minutes pour le ou les rapporteurs de chaque pays;

6° Les communications sur les questions à l'ordre du jour — les seules admises — ne devront pas dépasser six pages de texte. Il sera accordé dix minutes pour les développer. Les titres et résumés des communications à présenter au Congrès devront, pour pouvoir être inscrites à l'ordre du jour des séances, être remis avant le 1er avril 1925 ;

7° Des projections pourront être faites;

8° La discussion étant close, les rapporteurs, les membres ayant pris part à la discussion ou ayant présenté une communication se réuniront pour élaborer des conclusions générales. Ces conclusions générales seront soumises au vote du Congrès.

Réceptions et fêtes. — Indépendamment des réceptions officielles dont on peut dès maintenant prévoir qu'elles se dérouleront avec beaucoup d'éclat, le Comité d'organisation se propose d'organiser pour les congressistes une visite à Versailles, une représentation à l'Opéra, des excursions facultatives à Fontainsbleau, à Chantilly ou Verdun, etc.

La date du Congrès coïncidera avec les fêtes d'inauguration de l'Exposition des Arts décoratifs.

Comité de dames. — Il est constitué un Comité de dames chargé d'accompagner les dames et les filles des congressistes et de leur faciliter des visites instructives et attrayantes pendant toute la durée du Congrès.

Adhésion au Congrès. — 1° Sont conviés au Congrès tous les médecins et pharmaciens appartenant ou ayant appartenu aux armées de terre et de mer des nations alliées, associés et neutres.

Tous les officiers appartenant ou ayant appartenu au Service de santé français, les dentistes militaires, les personnalités qui ont été chargées par le ministre de missions se rapportant au fonctionnement du Service de santé sont invités à participer au Congrès.

Les dames et les filles des congressistes sont invitées à les accompagner.

2° La cotisation est fixée à 30 francs français pour les hommes, 20 francs pour les dames. Elle donne droit à un exemplaire des rapports et aux fêtes officielles organisées pour le Congrès.

3° Les adhésions sont demandées autant que possible avant le 1er décembre 1924 et pour le 1er février 1925, terme de rigueur; elles seront adressées au commissariat du Congrès, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe), directement par les intéressés ou par l'intermédiaire des comités de propagande régionaux ou nationaux ou des journaux médicaux qui consentiront à prêter leurs bons offices.

3° Les cotisations pourront être acquittées en numéraire, en mandats-poste, bons de poste, mandats-cartes ou mandats internationaux, ou par chèques, portant la suscription M. l'Officier d'administration du Service de santé, trésorier du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, 66, rue Bellechasse, Paris (VIIe).

5° Il sera envoyé, en retour, une carte d'adhérent nominative et numérotée.

Tenue. — Tenue facultative. Le port de la tenue militaire est autorisé pendant toute la durée du Congrès pour les officiers étrangers et les officiers de complément.

Elle est recommandée autant que possible pour la séance inaugurale et les fêtes de réceptions.

Facilités de voyage. — Les chemins de fer français, à titre exceptionnel, ont décidé d'accorder le bénéfice du *demi-tarif* aux anciens militaires français, aux congressistes étrangers ainsi qu'aux femmes et filles non mariées des congressistes *étrangers* qui désireraient accompagner ceux-ci en France.

Les congressistes de ces catégories devront, sur le bulletin d'adhésion, indiquer les lignes qu'ils désirent emprunter avec l'indication des gares de départ, de destination ou de transit.

Des bons individuels de demi-place parviendront aux intéressés par les soins du Comité d'organisation en même temps que les cartes d'adhérents. Ces bons seront valables du 10 avril au 15 mai 1925.

Des dispositions sont prises pour faire bénéficier les officiers de complément encore dans les cadres du tarif militaire sur les réseaux ferrés.

En raison de la date du Congrès les congressistes qui ne seraient pas compris dans ces catégories pourront bénéficier des réductions consenties aux porteurs des bons de l'Exposition des Arts décoratifs.

Arrivée. Logement. — Le Comité d'organisation prend dès maintenant des dispositions en vue de faciliter le séjour à Paris des congressistes et particulièrement des congressistes étrangers. Il offre de s'occuper préalablement de rechercher des logements pour ceux qui lui en feront la demande, en donnant les indications relatives à la catégorie d'hôtel, le nombre de chambres et le nombre de lits, les jours d'arrivée, la durée approximative du séjour.

En raison de l'affluence d'étrangers présents à Paris à cette date, les congressistes sont instamment priés de faire parvenir leur demande avant le 1er février 1925.

La veille du Congrès des dispositions seront prises en des points qui seront déterminés à l'avance en vue de donner aux congressistes tous renseignements utiles.

Toute correspondance relative au Congrès doit être adressée au commissariat du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — MARDI 12 & JEUDI 14 AOUT 1924. 97e ANNÉE. MARDI 12 & JEUDI 14 AOUT 1924. — N° 65.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Montpellier. — Par décret en date du 7 août 1924, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées dans le testament susvisé, en date du 3 août 1919, le legs consistant dans la nue propriété d'une somme de 100 000 fr. fait à ladite faculté par M. Jean-François-Léopold Cabanes.

Cette somme servira à fonder un prix anonyme destiné à récompenser la découverte d'un remède préventif ou curatif reconnu efficace pour la guérison de la tuberculose. L'intérêt de cette somme servira à fonder chaque année un ou plusieurs prix destinés à encourager tous les travaux faits dans le même but.

Guerre. — Service de santé. (Armée active.) — Par décision ministérielle du 5 août 1924, sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce (section médecine) et reçoivent les affectations suivantes :

M. le médecin-major de 2e classe Jausion, du 18e bataillon d'ouvriers d'artillerie, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire d'expertises médicales et de législation militaire (service).

M. le médecin-major de 1re classe Collignon, du laboratoire de bactériologie de Rennes, affecté à l'Ecole du Service de santé militaire (service).

Par décision ministérielle du même jour :

M. le médecin-major de 1re classe Pilod, professeur agrégé du Val-de-Grâce, chaire des expertises médicales et de législation militaire, est désigné comme professeur agrégé du Val-de-Grâce, chaire d'hygiène et de prophylaxie.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Auguste Brau, médecin chef du dispensaire français de Larache (Maroc) ; Francken (sujet hollandais) ; Sherwood Dunn (citoyen américain).

Subventions en faveur des études médicales. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter un crédit de 447.000 fr., à titre de subvention spéciale en faveur des études médicales.

Ce crédit est réparti ainsi :

Laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 124.865 fr. ;
Laboratoires individuels de bactériologie, 229.650 fr. ;
Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 22.600 fr. ;
Bourses de voyage, 18.000 fr. ;
Amphithéâtre d'anatomie de Clamart, 2.400 fr. ;
Musées des divers établissements, 44.160 fr. ;
Réserve, 5.825 fr.
Total, 447.600 fr.

Secours d'études a divers externes des hopitaux. — Le Conseil municipal de Paris a pris une délibération portant qu'une somme de 21.200 fr. serait mise à la disposition de M. le directeur de l'Assistance publique pour l'attribution de secours d'études variant entre 800 et 1.200 fr. à répartir entre vingt-deux externes des hôpitaux de Paris.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. A. Gilbert ; professeur agrégé : M. Maurice Villaret.) — *Cours de perfectionnement* (septembre 1924). — Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif. — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 15 septembre 1924, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux ; Lippmann, Dufourmentel et Saint-Girons, anciens chefs de clinique ; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté ; Leven et A.-C. Guillaume, anciens internes des hôpitaux ; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, ancien chef et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie ; Lagarenne

et Durey, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines ; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins, à partir de 10 h. 30.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 27 et 28 septembre, à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 3 heures à 5 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1923-1924 ont lieu, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* L'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (grandes vacances : juillet) ; *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre).

2° Un cours de revision : Sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

CHRONIQUE

LES GRANDS HOMMES DEVANT LA CHIRURGIE

Les hasards de mes lectures ont mis sous mes yeux, dans la même semaine, deux documents intéressants, un article de M. Gheusi dans le *Figaro* sur la mort de Gambetta, une conférence fort bien faite aux *Annales* par notre confrère le docteur Baudet sur les médecins et les chirurgiens du second Empire, et plus particulièrement Trousseau, Nélaton et Claude Bernard. Dans cette conférence, M. Baudet nous fait l'historique de la maladie et de la mort de Napoléon III.

M. Gheusi, dans le *Figaro*, nous fournit des détails très touchants, plutôt d'ordre sentimental, sur la fin de Gambetta; sa blessure à la main, sa pérityphlite, ou plus exactement son appendicite compliquée d'une constipation de douze jours et, bien probablement, d'une obstruction intestinale ayant entraîné la mort.

M. Baudet nous raconte dans ses plus minutieux détails l'histoire du calcul de l'Empereur lui occasionnant de vives souffrances et coïncidant avec son départ pour la guerre, son internement au château de Willemshoho, après Sedan, et son envoi en exil, en Angleterre, à Chislehurst.

Auprès de Gambetta se trouvaient Verneuil, Lannelongue, Paul Bert, Fieuzal et d'autres. Lannelongue eut le mérite de faire le diagnostic d'appendicite et de soulever la question de l'intervention; mais Verneuil s'y opposa.

Un détail qui semble avoir échappé à M. Gheusi : Fieuzal, ami intime de Gambetta, était aussi l'ami de Péan. Il demanda qu'on le fit venir en consultation. Tout l'entourage s'y refusa dans la crainte d'une opération... qui peut-être eût sauvé le malade. Qu'en résulta-t-il? Qu'on ne fit rien et qu'on laissa mourir Gambetta qui fit lui-même cette réflexion que s'il avait été un simple ouvrier il eût été transporté à l'hôpital où on l'aurait opéré et peut-être guéri; sans doute l'opération était bien un peu redoutable en raison de l'obésité extrême du malade et du mauvais terrain sur lequel on se trouvait. Mais c'était la seule branche de salut et il était du devoir des chirurgiens de proposer l'intervention. Mais voilà, il s'agissait de Gambetta et nul n'osait endosser une si grosse responsabilité.

Pour Napoléon III, M. Baudet nous met exactement au courant des nombreuses consultations qui eurent lieu, et plus spécialement de celle du 1er juillet 1870 qui eut lieu à Saint-Cloud entre Fauvel (1), G. Sée, Ricord, Nélaton et Conneau. G. Sée étant le plus jeune fut chargé de rédiger le procès-verbal où il affirma le diagnostic de calcul vésical et proposa nettement l'intervention, ou tout au moins le cathétérisme. Les autres refusèrent de signer, et s'opposèrent même au cathétérisme. Ainsi la consultation écrite de G. Sée fut cachetée et resta enfermée dans le tiroir de Conneau jusqu'à sa mort. Nous comprenons difficilement aujourd'hui ces hésitations, ces craintes même du cathétérisme. Mais voilà, il s'agissait de l'Empereur, et parmi ces chirurgiens, comme parmi ceux qui plus tard se trouveront en présence de Gambetta, nul n'osa prendre une si grosse reponsabilité. Et l'Empereur partit en guerre avec son calcul, avec les souffrances atroces qu'il endurait. En Angleterre, Thompson, consulté, fut plus audacieux que ses collègues français. Il pratiqua une lithotritie qui, malheureusement, fut incomplète. Le malade continua à souffrir, s'infecta et succomba. A l'autopsie on trouva un autre calcul qui était resté méconnu.

A ces deux exemples nous pourrions en ajouter un troisième que nous rappelle M. Baudet dans sa conférence : celui de la balle de Garibaldi auprès duquel fut appelé Nélaton qui reconnut la présence de la balle et conseilla l'extraction. Les chirurgiens italiens n'osèrent pas la tenter, ayant des doutes sur le siège exact du projectile. C'est alors que Nélaton leur conseilla de se servir d'un stylet se terminant par une petite boule de porcelaine. Ce qui fut fait; la boule de porcelaine présentait du plomb à sa surface et la balle fut enlevée. Mais ici encore que de consultations ! Que d'hésitations ! Quelle crainte de l'opération?

Conclusion : Quand il s'agit d'un personnage haut placé, les chirurgiens, soucieux de leur réputation, hésitent à intervenir, alors qu'en présence du même cas, chez un malade d'hôpital, ils n'hésiteraient pas un seul instant.

Nous devons reconnaître qu'à l'égard des chirurgiens qui ont été appelés auprès de l'Empereur, comme à l'égard de ceux qui se sont trouvés au chevet de Gambetta, il peut y avoir une excuse : Ils n'étaient pas en possession des moyens de défense contre l'infection et des moyens d'examen que nous ont apportés Lister, Pasteur et Röntgen, et la chirurgie d'alors était bien loin d'offrir la sécurité de la chirurgie de nos jours.

A. BROCHIN.

(1) Que notre confrère Baudet nous permette ici une petite rectification. Il semble croire qu'il s'agit de Fauvel, le laryngologiste qui fut interne de Nélaton mais qui était bien jeune encore en 1870. Il s'agit de Fauvel, le médecin de l'Hôtel-Dieu, inspecteur général des services sanitaires.

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.





EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

R. C., 127.006, Seine.

ANÉMIE — CHLOROSE — LYMPHATISME — TUBERCULOSE

"Calciline"

RECALCIFICATION

DEUX FORMES :
Comprimés — Granulé

TROIS TYPES :
Calciline
Calciline Adrénalinée
Calciline Méthylarsinée

Pos. : 2 comprimés ou une mesure dans un peu d'eau, avant chaque repas. Enfants 1/2 dose.

ODINOT 21, Rue Violet PARIS

Prescrire : "Cal-ci-li-ne"

HYPERACIDOSE
Sel Digestif **Bé-me-cé**
une cuiller à café après chaque repas.
ODINOT PARIS 25, Rue Vaneau

ESTOMAC - INTESTIN

"Gastro Sodine"

ODINOT PARIS 21, Rue Violet

TROIS FORMULES - TROIS PRESCRIPTIONS
par C. à S.

Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE"

Sulfate 2, Phosph. 1, Bicarb. de Soude 0,50
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule S

Bicarb. 2, Phosph. 1, Sulfate de Soude 0,50, Bromure de Sodium 0,25
Prescrire "GASTRO-SODINE" Formule B

Une cuillerée à café, tous les matins à jeun, dans un verre d'eau, de préférence chaude.

R. C. S. 76524

LE "BASSIAN"
BASSIN ANATOMIQUE BREVETÉ des HOPITAUX et CLINIQUES MODERNES
Dépôt Général PARIS 25, Rue Vaneau

LES CHOLÉCYSTECTOMIES DIFFICILES

INDICATIONS DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE PARTIELLE

Par VICTOR PAUCHET.

Quand l'opérateur tombe sur une vésicule remplie de calculs ou simplement atteinte d'inflammation chronique ou aiguë, sans calculs, son but doit être de la supprimer totalement. Pour faire cette cholécystectomie, il peut recourir soit à la *voie rétrograde*, en sectionnant d'abord le canal et l'artère cystiques et en pratiquant ensuite le décollement de la vésicule du col vers le fond, ou au contraire, soit à la *voie directe*, suivant la technique classique; il libère le fond d'abord et termine par le col.

Le procédé par « voie rétrograde » est plus brillant; il convient à tous les cas faciles; l'opérateur recherche le cholédoque, ouvre le péritoine péricholédocien, recherche le cystique, et après avoir dénudé celui-ci, sous le contrôle de la vue, il place deux pinces, sectionne le canal et l'artère cystiques entre ces deux pinces, à 2 ou 3 millimètres du cholédoque. Ensuite, par voie rétrograde, il décolle la face supérieure du cholécyste, qu'il sépare du foie, en s'aidant d'un tampon monté sur une compresse. Il prend soin, si possible, de sectionner la séreuse sur la face inférieure de la vésicule, pour ménager deux lambeaux du péritoine qui, sur la face inférieure du foie, recouvrira la partie cruentée; détail technique utile en vue de la réparation et de la suppression des adhérences sous-hépatiques ultérieures.

Si, au contraire, l'opérateur procède *par voie directe*, du fond vers le col, il pratique l'incision du péritoine sur la vésicule à quelques millimètres du foie, libère la vésicule, et redouble d'attention quand il arrive au niveau du cholédoque, de façon à ne lier le canal cystique ni trop sur le bassinet, ce qui pourrait être le point de départ de phénomènes infectieux ultérieurs, ni trop près du cholédoque, dont il pourrait supprimer une partie de la paroi.

La voie rétrograde facilite la libération du canal cystique, sa ligature et celle de l'artère cystique dans les cas déjà avancés. Mais la voie directe, dans les cas habituels, ne présente aucune difficulté; elle réclame simplement un peu d'attention pour ne pas lier le canal cystique ni trop près ni trop loin du cholédoque et pour ne pas lier, par mégarde, l'artère hépatique anormale.

Si le fond de la vésicule est adhérent au foie, si le péritoine est épaissi et si, par exception, la région du col seule est libre, l'opérateur, de préférence, procédera du côté du col d'abord. Il enlèvera par voie rétrograde la vésicule. Si, inversement, il existe des adhérences dans la profondeur et si le fond est parfaitement visible, facilement accessible, il procédera du fond vers le col. Dans les cas où toute la vésicule est adhérente, il la disséquera du fond vers le col.

Il n'y aura donc pas de règle absolue indiquant une voie ou l'autre. Dans tous les cas envisagés, l'opérateur pratique la cholécystectomie totale; c'est la règle.

Mais il est des circonstances où *cette cholécystectomie doit être partielle*. Voici quelques exemples :

a. L'opéré est un ictérique par calcul du cholédoque; le cholécyste est calculeux. L'opérateur ouvre le cholédoque, supprime le calcul; il s'assure de la perméabilité du cholédoque, du côté du duodénum et du côté de l'hépatique. Comment va-t-il traiter la vésicule? Si le sujet est faible et ictérique, si la vésicule est altérée, donc adhérente, il est prudent de ne pas faire de cholécystectomie totale, car la surface cruentée qui remplacerait la vésicule absente pourrait saigner, affaiblir le malade, offrir une surface à l'infection. L'opérateur se contentera d'ouvrir la vésicule, de la vider de ses calculs et d'exciser la portion qui correspond à la cavité abdominale. Il abandonnera la paroi supérieure de la vésicule accolée au foie. Cette paroi vésiculaire sera simplement frottée avec un tampon imbibé d'éther, au besoin curettée légèrement et badigeonnée à la teinture d'iode. Un tamponnement de quelques minutes empêche tout suintement.

Donc, chaque fois que le sujet sera faible, chaque fois que l'opérateur pourra craindre de laisser des surfaces cruentées au niveau de la face inférieure du foie, il devra se garder d'enlever la vésicule, et se contenter de la réséquer *partiellement*, en abandonnant sa face supérieure au foie, de façon à éviter tout suintement sanguin.

b. Si la vésicule est atrophiée, vide de calculs, la laisser telle que, sans y toucher. Si elle renferme un petit calcul, et si elle est atrophique, la fendre et l'étaler sans rien réséquer de ses parois (1).

c. Cholécystite sans ictère — c'est la règle —; en cas de calculose biliaire, la jaunisse est l'exception. Le sujet est atteint de cholécystite aiguë, chronique ou subaiguë, la vésicule est adhérente au côlon et aux organes voisins. L'opérateur découvre le fond de la vésicule, mais la libération paraît devoir être délicate du côté du côlon et du duodénum. Que faire? Respecter l'adhérence à l'intestin qui risque d'être lésé et s'attaquer à la vésicule, mais à sa face hépatique seule, c'est-à-dire du côté du foie. Il faut la libérer en la décollant du tissu hépatique. Si cette libération se fait aisément, l'opérateur la poursuit jusqu'au niveau du bassinet; il pratique la ligature des vaisseaux cystiques et tamponne à l'eau salée chaude la face inférieure du foie, pour éviter tout saignement. La libération est terminée. L'opérateur a ouvert ou non la vésicule au cours du décollement hépatique; il la vide de ses calculs, la fend le plus loin possible *sur sa face supérieure*, puis badigeonne la muqueuse à l'éther et à l'iode. Il ébarbe ensuite les lambeaux vésiculaires qui correspondent à la face supérieure et abandonne la paroi inférieure qui reste adhérente à l'intestin. Cette paroi vésiculaire ne saurait se sphacéler, puisqu'elle est nourrie par les adhérences à l'intestin. Un drain est placé. Tamponnement avec une mèche de caoutchouc ou une mèche de gaze sur la face inférieure du foie, suivant qu'elle saigne ou non. S'il persiste une fistule vésiculaire, dans l'avenir, le chirurgien a la ressource de l'exciser à froid. Le plus souvent, l'occlusion se fait seule, sans fistule.

d. Le sujet est atteint de cholécystite suppurée, avec fièvre. La vésicule est très adhérente à la face inférieure du foie, sa paroi supérieure est détruite par la suppuration; il est dangereux de faire la libération de la face supérieure. L'opérateur libère

Leçon faite à l'hôpital Saint-Michel, juillet 1924.

(1) Victor PAUCHET. *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 5, Paris, Doin. — Voir les figures qui expliqueront la technique de la chirurgie biliaire.

la face inférieure de la vésicule sur la distance « possible », la moitié de la paroi inférieure par exemple. Il l'ouvre, excise les lambeaux de la paroi visible ; il enlève les calculs, nettoie la cavité vésiculaire à la curette. Du côté de la face inférieure du foie, que voit-il ? Souvent une surface suppurante, tomenteuse, irrégulière, quelques petits abcès miliaires peut-être même dans l'épaisseur du tissu hépatique, sur une hauteur de quelques millimètres. Ils sont curettés, badigeonnés à la teinture d'iode.

L'opération est terminée. Le chirurgien place un drain dans le bassinet ; il se rend compte s'il existe encore ou non des calculs ; si, par hasard, il hésitait et si la prolongation de l'opération paraissait devoir être mutilante, il vaudrait mieux laisser un calcul possible que de poursuivre l'opération sur un malade infecté et faible. Une opération ultérieure le guérira trois ou quatre mois plus tard.

Les cas que nous avons opérés ainsi ont guéri admirablement. La température est tombée comme s'il s'agissait de l'ouverture d'un abcès. Au contraire, dans les cas suppurés, fébriles, lorsque nous avons pratiqué la cholécystectomie d'emblée, nous avons eu une mortalité élevée (30 p. 100).

Je répète qu'*il vaut mieux opérer un malade en deux ou trois fois*, et risquer de lui laisser une fistule qu'il faudra réopérer, plutôt que d'avoir un décès avec une seule opération complète et brillante.

A. Zabala et A. J. Bengolea [de Buenos-Ayres (1)] ont fait remarquer également que les cholécystectomies partielles permettaient d'éviter souvent les blessures de l'hépato-cholédoque.

« Tout chirurgien qui veut éviter la blessure des canaux, doit tenir compte exclusivement de l'anatomie pathologique des cas qu'il opère. »

Et voici comment les chirurgiens argentins résument leur expérience clinique et les indications qui en découlent :

« Une première série de cas est constituée par les malades qui ont eu plusieurs accès de cholécystites, d'où résulte une agglomération d'organes affaissés et unis par de nombreuses adhérences ; tout repère anatomique est perdu.

Dans un deuxième cas, un calcul est enclavé dans le cystique et produit la dilatation et l'infiltration de la paroi du canal, infiltration qui gagne la séreuse du cholédoque et rend difficile et périlleuse la dissection des canaux par suite de la disparition du plan de clivage entre le cystique et l'hépatique.

Enfin, troisième cas, l'accident peut survenir d'une façon indirecte quand l'opérateur est contraint de laisser une pince à demeure sur le canal ou l'artère cystiques, à cause de la friabilité des parois due au processus inflammatoire, processus qui rend impossible la ligature.

Le traumatisme porté sur le canal hépatique principal, ou sur la branche droite se manifeste par une biliorragie profuse.

« *Il y a des cas où les conditions locales sont tellement défectueuses qu'une intervention radicale est fatalement suivie d'insuccès, de mort, ou de l'ouverture des canaux biliaires, de l'artère hépatique, de la veine porte ou d'une déchirure du parenchyme. Dans ces cas, il faut simplement ouvrir la vésicule du fond au col, jusqu'au cystique, enlever les calculs, réséquer une partie de la paroi vésiculaire, en laissant la partie adhérente au foie, curetter la muqueuse et la toucher avec de la teinture d'iode.* On laisse un tube de caoutchouc protégé par de la gaze. (Zabala et Bengolea.) »

(1) A. Zabala et A.-J. Bengoela. Sur les blessures de l'hépato-cholédoque et de la manière de les éviter, *Lyon chir.*, t. XXI, mai-juin 1924, n° 3, p. 281.

C'est également notre façon de faire et notre façon de penser. C'est aussi l'opinion de notre ami Thierry de Martel (1).

En résumé, il faut, dans les cas adhérents, ouvrir la vésicule du fond au col et faire sa résection partielle après l'avoir vidée. Je considère que cette *libération primitive du fond de la vésicule, abandonnant la face inférieure du cholécyste aux parois intestinales, et réséquant sa face supérieure seule, doit s'appeler* « La manœuvre de Zabala et Bengolea ».

FIÈVRE TYPHOÏDE
ET TROUBLES MENTAUX

Par R. Benon,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Les troubles mentaux, au cours de la période aiguë de la fièvre typhoïde, sont très communs. D'après la statistique des typhoïdiques que nous avons traités pendant la guerre en 1914-1915, ils existaient dans 25 p. 100 des cas. Le syndrome le plus souvent constaté est la confusion mentale, puis le délire hallucinatoire, et, enfin, le délire en relation avec l'asthénie ; nous avons observé aussi un cas de psychose de Korsakoff. Nous ne consacrerons que quelques lignes aux troubles mentaux de la convalescence. Nous terminerons par diverses considérations thérapeutiques.

1° Fièvre typhoïde et confusion mentale. — Au cours de la période aiguë de la fièvre typhoïde, on peut observer trois variétés de confusion mentale :

a. La confusion mentale subaiguë et intermittente ;

b. La confusion mentale aiguë, incohérente et plus ou moins prolongée ;

c. La confusion mentale hallucinatoire aiguë, durable ou intermittente.

Il est assez difficile de dire quelle est, de ces trois formes de confusion mentale, celle qui est la plus fréquente ; il se pourrait que ce soit la seconde et non la première.

a. **La confusion mentale subaiguë et intermittente.** — Les troubles confusionnels se manifestent surtout le soir, au crépuscule, ou dans la première partie de la nuit : ils sont caractérisés par la non-reconnaissance des lieux, du temps, des personnes, des objets.

Le malade ne reconnaît pas l'endroit où il se trouve (désorientation dans l'espace). Il se croit chez lui, alors qu'il est à l'hôpital, ou, inversement, il parle d'hôpital, alors qu'il est dans sa maison. Il se lève, de jour ou de nuit, sans motif précis et va au hasard, comme s'il cherchait quelque chose. Questionné, il ne paraît pas comprendre ou, au contraire, se ressaisit un moment à l'appel de son nom ou de son prénom. Certains malades, non sur-

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 21 fév. 1923.

veillés, errent dans les salles, dans les couloirs; ils urinent le long des murs, croyant se trouver dans les latrines; ils ne peuvent plus retrouver leur lit et se couchent dans le lit d'un camarade; quelques-uns cherchent à s'en aller, à partir, bien que privés de vêtement; ils résistent peu quand on les arrête et retient; leurs idées et sensations sont celles du moment; leur attention est très mobile.

La désorientation dans le temps est aussi marquée que la désorientation dans l'espace. Le malade ignore l'heure du jour, il confond le matin et le soir. Il dit l'année, le mois, la saison, tantôt exactement, tantôt mal. Maintes fois, sur ces questions, il ne fait même aucune tentative de reconnaissance du temps et il répond comme au hasard.

Le malade confond les personnes les unes avec les autres et, quelles que soient les réflexions qu'on lui fasse sur ses erreurs, il ne s'en étonne pas; il ne marque pas de surprise (illusions de fausse reconnaissance non conscientes). Il prend une infirmière pour sa mère, une religieuse pour sa tante, une visiteuse pour sa cousine, sa sœur pour son épouse, etc. Les voix qui lui sont chères réveillent mieux son attention, il les distingue mal quand même les unes les autres. La lumière est perçue, mais il ne la suit pas ou à peine.

Il confond les objets entre eux, au point qu'il ne peut manger seul. Il se sert de sa fourchette comme d'une cuillère, il cherche à saisir avec ses doigts des aliments qui sont liquides; essayant de s'habiller, il engage ses jambes dans les manches d'un paletot; il cherche les ouvertures d'une capote dans une couverture ou dans un drap; il satisfait ses besoins dans un pot à tisane au lieu d'utiliser l'urinal ou le vase de nuit, etc.

Tantôt le malade ne parle pas, ou presque pas, de sorte que l'on ne saurait démêler et suivre les divers courants de sa pensée, ou la forme de ses associations d'idées; tantôt il exprime, par intervalles, sinon d'une manière continue, des paroles qui renseignent sur son état psychique. Dans ce dernier cas, il s'agit presque toujours de ce qu'on a appelé le *délire professionnel*, variété de délire onirique, mais ces expressions sont mauvaises puisqu'il s'agit, en réalité, de confusion mentale vraie. Le thème du discours a trait aux diverses manifestations de l'activité ouvrière quotidienne. Les troubles de la perception ne vont pas jusqu'à l'hallucination; il s'agit d'une sorte d'état illusionnel généralisé. Pendant la guerre, le malade revivait les scènes de la bataille et la vie de tranchées. L'un de nos malades demandait son fusil et, croyant le saisir, sortait de son lit pour se battre contre les Boches. Un autre, dans ses couvertures, cherchait la soupe pour aller la porter à ses camarades de combat. Un troisième, qui se croyait chez lui, parlait de ses travaux de culture et disait, par exemple, une fois : « Il pleut! C'est embêtant, on ne pourra pas arracher les betteraves..., et la charrette qui est attelée!... », etc. Lorsque des hallucinations nettes compliquent ce tableau clinique, c'est l'état de confusion mentale hallucinatoire.

Dans cette forme subaiguë de la confusion mentale, les symptômes psychiques sont ordinairement intermittents, qu'ils se produisent dans la journée ou la nuit. Ils alternent avec des périodes de somnolence, de repos ou de lucidité relative : le malade alors reconnaît les lieux, s'oriente dans le temps, reconnaît les choses et les personnes, etc. Ces alternatives peuvent se répéter durant huit à dix jours.

Les périodes pendant lesquelles se produisent les troubles de la perception et de la reconnaissance (période de confusion mentale réelle) ne laissent, après elles, aucun souvenir (amnésie totale quand le patient est revenu à son état normal). C'est que l'état de confusion mentale s'accompagne d'amnésie de fixation, mais cette amnésie, pendant que dure l'état de confusion, ne peut être analysée par l'observateur, à cause des troubles profonds de l'attention.

b. **La confusion mentale aiguë incohérente et plus ou moins prolongée.** — Dans cette forme de confusion mentale, la non-reconnaissance des lieux, du temps, des personnes et des choses est absolue, en même temps que l'attention provoquée est nulle. Les sensations ne sont pas abolies; les piqûres, les brûlures sont perçues, mais elles ne déterminent guère que des mouvements réflexes simples de protection ou de défense.

Les paroles sont complètement incohérentes. Les questions posées, les appels restent sans réponse. On relève une suite de mots incompréhensibles, de divagations monotones, touchant, semble-t-il, la vie récente ou ancienne du sujet. Quand il y a retour à l'état psychique antérieur, l'amnésie de l'état confusionnel est complète.

En général, le patient est relativement calme; il reste dans son lit, étendu sur le dos, le regard vague, et il marmotte des mots, des phrases sans suite. Cet état est celui qu'on a appelé le *délire tranquille* des états infectieux, délire incohérent, inconsistant, sans thème précis. C'est dans de tels cas qu'on observe la *carphologie* : le malade, en proie à une petite agitation continuelle et plus ou moins automatique des mains et des doigts, semble chercher à saisir des objets, ou il chiffonne ses draps et couvertures. Le délire tranquille, comme le délire professionnel, est une variété d'onirisme ou de délire onirique, mais, pour nous, ces expressions sont à écarter. Il vaudrait mieux dire confusion mentale onirique que de dire délire onirique.

Quelquefois le malade est agité. Il crie, il gesticule violemment des bras, des jambes, défait sans cesse ses draps et couvertures, tombe de son lit (nécessité de l'alitement par terre). Ses mouvements sont très désordonnés, très incohérents; il est incapable de se lever, de se tenir debout ou presque et de se diriger. On note des soubresauts tendineux et des crises à base d'énervement (crises d'hystérie) déterminées très probablement par les douleurs physiques que ressent le sujet. L'insomnie, le refus presque total d'aliments, le gâtisme sont la règle. C'est la forme dite ataxique (ataxie, α, privatif, τασσω, arranger, disposer) de la fièvre typhoïde. Cette agitation désordonnée alterne quelquefois avec de la somnolence, de l'abattement, de la prostration excessive, de la stupeur ou adynamie : c'est la forme ataxo-adynamique des auteurs. Elle se complique presque toujours d'escarres. Notons, en passant, que ce dernier état est à rapprocher de ce qu'on a appelé le coma vigil (1) qui est une variété de confusion mentale.

c. **La confusion mentale hallucinatoire aiguë, durable ou intermittente.** — Il arrive que les troubles spéciaux de la perception, de la reconnaissance, de

(1) Voir COMA, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1876, p. 226, Masson, édit.

l'attention, qui caractérisent la confusion mentale vraie, s'associent à des phénomènes d'ordre psycho-sensoriel : c'est la confusion mentale hallucinatoire. On note à la fois des hallucinations et des illusions. Le malade voit du feu, ou de l'eau, ou des animaux, ou des personnages imaginaires, surtout des ennemis; il entend des menaces de mort, des cris étranges; il ressent des secousses électriques, etc. Pris de peur, il crie, il appelle. Cette agitation à base d'anxiété est en relation directe avec les phénomènes hallucinatoires : ceux-ci sont peu accusés quand le syndrome confusion mentale prédomine dans le tableau clinique; si, au contraire, l'affection mentale tend à évoluer vers le délire, ils passent au premier plan. Les hallucinations sont quelquefois conservées dans la mémoire du sujet; les troubles confusionnels ne le sont jamais. La confusion mentale hallucinatoire peut donner lieu à des alternatives d'agitation et de dépression; l'agitation est en relation avec l'état psycho-sensoriel; cette agitation, très désordonnée, détermine parfois des impulsions violentes (raptus) et décide le médecin, à tort, au placement à l'asile des aliénés.

Généralités. — Cette étude clinique de la confusion mentale chez les typhoïdiques prête à quelques considérations sur ce syndrome si particulier et, encore, si mal précisé par les auteurs.

Il existe deux formes de confusion mentale : la confusion mentale aiguë, avec incohérence profonde du langage et incompréhension totale, pour l'observateur, des discours du patient, forme grave qui peut ne durer que quelques heures, mais qui souvent se prolonge plusieurs jours, et la confusion mentale subaiguë, plutôt intermittente, dans laquelle les troubles de la perception et de la reconnaissance sont bien caractérisés, patents, incontestés. Dans la première forme, on doit faire rentrer ce que les auteurs ont appelé le délire tranquille, la carphologie, l'ataxie, le coma vigil, et le plus grand nombre des cas d'onirisme ou même de délire onirique de Régis. Ce délire onirique ne doit pas être confondu avec le délire, à proprement parler, hallucinatoire. Le mot délire ne convient pas pour désigner de tels états puisqu'aucun système d'idées n'est décelable chez les malades confus. Dans la seconde forme de confusion mentale (confusion mentale subaiguë et intermittente), la non-reconnaissance des lieux, du temps, des personnes et des objets, est le signe essentiel. Le sujet n'est pas conscient de ses troubles de la perception ni de ses erreurs d'identification, ni de ses illusions de fausses reconnaissances, mais il les exprime suffisamment pour que l'entourage et le clinicien les constatent nettement. Ce qu'on a appelé le délire professionnel rentre, à notre avis, dans cette forme de confusion mentale, qu'il s'accompagne ou non de phénomènes hallucinatoires.

La confusion mentale, chez le typhoïdique, se développe sur un état de dépression générale, la dothiénentérie étant une affection particulièrement asthénisante. Cela ne veut pas dire qu'il s'agit de confusion mentale asthénique. Cette expression doit être abandonnée. Il s'agit, ici, d'associations syndromiques psychopathiques : soit d'asthénie typhoïdique compliquée de confusion mentale, soit d'asthénie typhoïdique avec épisodes confusionnels. Asthénie et confusion mentale sont deux syndromes bien différents : dans l'asthénie, il y a confusion consciente dans les idées; dans la confusion mentale, confusion inconsciente dans les perceptions. On pourrait dire que le développement de la confusion mentale est favorisé par l'existence de l'asthénie, mais on sait que la confusion mentale peut se développer sans asthénie, par exemple, chez les alcooliques.

2° **Fièvre typhoïde et délire hallucinatoire aigu.** — Au lieu de dire : fièvre typhoïde et délire hallucinatoire, il serait plus rationnel de dire : fièvre typhoïde et hallucinose aiguë, délirante, anxieuse, puisque ce sont les hallucinations qui déterminent les idées délirantes et l'anxiété. Mais l'expression délire hallucinatoire aigu est actuellement d'un usage courant parmi les observateurs.

Dans les cas purs, sans confusion mentale épisodique associée au délire, le syndrome psychopathique répond au type *délire de persécution*, aigu ou subaigu, hallucinatoire et mal systématisé. C'est le délire commun aux intoxications et infections. Les hallucinations et les illusions de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, représentent la base de la vésanie : les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont les plus importantes. Le patient voit des personnages imaginaires qui l'entourent, se dissimulent, l'approchent, le menacent; il entend des bruits effrayants, des cris de douleur, des cris d'agonie, des appels; il perçoit des injures, des menaces de mort. Quelquefois, c'est la sensibilité générale qui est altérée : le malade accuse dans les membres des piqûres, des morsures; il se sent tiré par les pieds, etc. Terrifié, angoissé, il s'agite, cherche à fuir (d'où les raptus pantophobiques). Il ne peut désigner ses ennemis : ce sont des voisins, des camarades, toujours des personnages vagues, qu'il n'a pu reconnaître exactement. On voit souvent ces idées mal systématisées de persécution se compliquer d'idées de jalousie, d'empoisonnement, etc. Cette forme délirante de la dothiénentérie est encore dite ataxique par les auteurs, quand elle s'accompagne d'agitation incohérente.

Les hallucinations, déterminées par l'état infectieux, peuvent revêtir la forme des hallucinations auto-accusatrices; il en résulte alors des idées de culpabilité, d'indignité, de damnation, de ruine, c'est-à-dire un véritable *délire mélancolique.* Dans ces cas, le malade, maintes fois, se cache sous ses couvertures et se renferme dans un mutisme obstiné. S'il parle, il s'accuse de crimes imaginaires, invraisemblables, fantastiques.

Sous l'influence des illusions et hallucinations, on peut observer, encore, des délires mystiques, ou des délires religieux, toujours mal systématisés.

Lorsque le délire hallucinatoire de la fièvre typhoïde se complique d'épisodes confusionnels, l'analyse psycho-clinique du syndrome est souvent difficile à réaliser. On voit généralement alterner l'agitation (qui correspond au délire) et la dépression (qui correspond à la confusion mentale avec carphologie ou délire dit tranquille).

Le délire hallucinatoire est tantôt intermittent, tantôt durable. Il prédomine souvent le soir, mais il peut persister durant la nuit et durant le jour. Il peut se prolonger après la chute de la fièvre. Ce délire, quand la guérison survient, n'est pas suivi d'amnésie; celle-ci, pourtant, peut exister et être partielle, mais non pas totale, ou, alors, tout à fait exceptionnellement. L'amnésie est complète pour les épisodes confusionnels qui ont accidenté le délire.

Généralités. — On ne peut pas, cliniquement, faire rentrer le délire hallucinatoire des infections dans la confusion mentale, comme le voulait Régis. Il y a là deux syndromes psychopathiques différents : ils sont susceptibles de s'associer, mais on ne saurait pour cela les mêler. Comme nous l'avons dit (1), ils représentent deux états voisins des « maladies » de la perception. On pourrait peut-être les confondre dans une même étude étiologique et anatomique; on doit les distinguer du point de vue clinique, subjectif et objectif. Ajoutons que le délire onirique ou l'onirisme de Régis est avant tout de la confusion mentale, et que cette expression qui ne convient déjà pas pour qualifier la confusion mentale, est également très mauvaise pour désigner le délire hallucinatoire, toujours bien précis, quoique non systématisé.

3° **Fièvre typhoïde, asthénie et délire.** — Les idées délirantes constatées dans la dothiénentérie peuvent être en relation, non plus avec des phénomènes hallucinatoires, mais avec le syndrome asthénique qui accompagne constamment l'infection.

L'asthénie de la fièvre typhoïde est caractérisée, comme toute asthénie vraie, par un état d'amyosthénie (asthénie musculaire) et d'anidéation (asthénie psychique). Cette asthénie atteint souvent un degré élevé qui est la stupeur, la prostration ou l'adynamie. L'insomnie est constante. La céphalalgie et la rachialgie, très vives à la période de début, s'atténuent dès que le patient est alité. Dans quelques cas, cette asthénie générale fébrile s'accompagne de tremblement, d'embarras de la parole; le sujet est pris pour un dément paralytique. Ces erreurs de diagnostic existent, bien qu'il y ait loin de la paralysie générale à l'asthénie fébrile typhoïdique.

L'asthénie de la fièvre typhoïde détermine, chez quelques sujets, des idées hypocondriaques ou même du délire hypocondriaque. Dans le premier cas, le malade se montre préoccupé de sa santé; il accuse une faiblesse extrême ; il se plaint de n'avoir plus de sang; il dit qu'il va mourir; il se sent s'en aller. Comme son état organique est bon, on essaie de le persuader qu'il résistera à l'atteinte de la maladie; il n'en croit rien et répond qu'il ne guérira jamais, que sa fin est imminente. Un de nos patients luttait contre ces sensations et disait, en pleurant, qu'il ne voulait pas mourir, qu'il fallait lui donner des médicaments fortifiants pour le sauver; cependant le médecin devait prévenir son père et son frère de sa mort prochaine, etc. Quelques malades font une sorte de délire hypocondriaque : « Ils ont le sang pourri... Ils ont les poumons bouchés... Ils ont l'estomac coupé... » L'un deux disait: « Je n'ai plus de jambes. Ces jambes-là (les siennes, qu'on lui montrait) ne sont pas à moi. » Un autre déclarait : « Je suis mort... Je ne suis plus en vie » et il refusait tout aliment. Une fois, nous avons noté des idées de négation. Le malade, dont le délire était polymorphe, déclarait : « Je n'ai plus de poumons... Je n'ai plus d'estomac, etc. » Il ajoutait, pris de peur, en voyant des personnages imaginaires : « Les voilà... On va me fusiller ! »

L'asthénie peut être encore la cause d'idées de persécution. Celles-ci sont fondées non pas sur des hallucinations, mais sur des interprétations absurdes. Le malade qui se trouve faible, déprimé, abattu, déclare qu'on agit sur lui, qu'on l'influence, qu'on l'hypnotise, qu'on veut le faire mourir et il pleure ou s'énerve. Il interprète aussi dans le sens de son délire les excitations périphériques d'origine émotionnelle qu'il éprouve : l'épigastralgie, le tremblement, les palpitations, etc. Le délire d'influence, qui conduit au délire de persécution, a sa source dans les sensations d'ordre asthénique ou d'ordre dysthymique que ressent le sujet.

Le suicide a été signalé par les auteurs dans la fièvre typhoïde; il peut être la conséquence : soit d'un état d'asthénie simple, soit d'un état d'asthénie compliqué de délire hypocondriaque ou de délire d'influence, soit, encore, d'un délire hallucinatoire avec auto-accusation, etc.

L'asthénie typhoïdique peut-elle, dans la phase aiguë de la maladie, disparaître pour faire place à un état maniaque ? La chose paraît possible. Les auteurs, dans les traités, indiquent l'excitation maniaque comme complication cérébrale de la dothiénentérie : nous pensons qu'ils qualifient ainsi le délire hallucinatoire avec grande agitation motrice ; or, il s'agit, là, d'agitation anxieuse et non d'agitation hypersthénique. La folie érotique, dont parlent aussi les auteurs, serait-elle de l'excitation maniaque ? Il faudrait dire à quelle période de tels troubles ont été constatés.

4° **Fièvre typhoïde et psychose de Korsakoff.** — La psychose de Korsakoff, au cours de la fièvre typhoïde, paraît assez rare. Elle est signalée par E. Dupré (1) dans l'étude qu'il a faite des psychopathies organiques, pour le Traité de G. Ballet. Nous en avons découvert un cas, relevé par Chantemesse (2), recueilli par Devic et Roux, et qui date d'avant la description que fit Korsakoff de son syndrome dysmnésique spécial; l'observation de ces deux auteurs est de 1886, alors que les premiers travaux du psychopathologiste russe ne datent que de 1887. Quant à nous, nous en avons publié un exemple, récemment (3). La rareté de cette psychose, au cours de la dothiénentérie, n'est peut-être qu'une apparence et le fait s'expliquerait par l'obstruction des auteurs français, et spécialement de Régis (4), à distinguer la psychose de Korsakoff de la confusion mentale.

A quel moment se développent dans l'infection typhoïdique les premiers symptômes de la psychose de Korsakoff? Dans le cas de Devic et Roux, les troubles semblent être apparus à la fin de l'état aigu. Dans notre observation, ils ont été constatés plus tôt, à la fin du premier septénaire, quarante-huit heures avant les taches rosées lenticulaires.

Les symptômes cardinaux de la psychose de Korsakoff, ici, comme dans les autres infections et intoxications, sont : l'amnésie de fixation, la fabulation, les fausses reconnaissances et, aussi, l'euphorie. L'amnésie antérograde de fixation (antérograde par rapport au début de l'infection, point de repère) s'accompagne toujours d'amnésie rétrograde d'évo-

(1) R. Benon. Asthénie et confusion mentale. Etude clinique, *Revue neurol.*, août 1920, n° 8.

(1) E. Dupré. *Traité de pathologie mentale*, G. Ballet, Paris, 1903, Doin, p. 1124.

(2) A. Chantemesse. *Traité de médecine* Bouchard et Brissaud, t. II, p. 105, Paris 1899, Masson. Cite Devic et Roux. *Province méd.*, 1886.

(3) R. Benon. Fièvre typhoïde et psychose de Korsakoff, *Journ. des prat.*, 20 janv. 1923, n° 3, p. 38.

(4) E. Régis. *Précis de psychiatrie*, 1906, 3e édit., p. 642, Paris, Doin.

cation et de localisation, portant sur une ou plusieurs années. Dans notre observation la confabulation était plus accusée que la paragnosie (illusions de fausses reconnaissances); l'euphorie était manifeste.

La psychose de Korsakoff n'est pas du délire; c'est, avant tout, une affection de la mémoire; c'est une dysmnésie spéciale. On chercherait en vain un thème vésanique chez le patient, même un thème confus. Lorsque des illusions et hallucinations compliquent la psychose, on peut observer, par exemple des idées de persécution, mais celles-ci restent accessoires et secondaires dans le tableau clinique. Le syndrome de Korsakoff diffère nettement de la confusion mentale. Les troubles généralisés de la perception, de la reconnaissance, de l'attention, constituent les signes essentiels de la confusion mentale, alors que l'amnésie de fixation, si curieuse, de la psychose de Korsakoff, la fabulation si fantaisiste, la paragnosie, si variée, sont propres au syndrome isolé par le médecin russe. Le confus, très incohérent, très désorienté, est bien plus inconscient que l'autre psychopathe. Il faut noter toutefois qu'on peut observer des épisodes confusionnels au cours de la psychose de Korsakoff. Le typhoïdique, du fait qu'il est asthénique, et notamment asthénique psychique, présente des troubles de la mémoire de fixation, de reproduction et de localisation; mais cela n'est pas la psychopathie spéciale, puisque cet état d'asthénie ne s'accompagne ni de confabulation, ni de paragnosie, ni d'euphorie. La psychose de Korsakoff ne peut être confondue avec un syndrome démentiel : l'erreur ne sera commise que dans la période de convalescence, par exemple si la psychose passe à la chronicité.

5° **Convalescence et troubles mentaux.** — Les séquelles psycho ou névropathiques de la fièvre typhoïde ne sont pas exceptionnelles. Nous citerons : la psychose périodique, la « démence » précoce, les délires systématisés, l'asthénie chronique, l'amnésie.

a. *La psychose périodique.* — Il est rationnel d'observer la psychose périodique ou, mieux, les diverses formes de dysthénies périodiques après la fièvre typhoïde, puisque cette maladie détermine de l'asthénie et que l'asthénie doit, — primitivement, — précéder la manie. La psychose périodique, d'origine typhoïdique, est cependant rare; le facteur d'épuisement nerveux, de beaucoup le plus commun au début de cette affection psychique, est le surmenage musculaire et intellectuel. Il y a asthénie périodique, ou dépression mélancolique intermittente, quand, l'asthénie typhoïdique ayant guéri, cette asthénie reparaît spontanément. Lorsque l'asthénie de la dothiénentérie a disparu pour être remplacée par de la manie ou hypersthénie, l'accès asthénomaniaque constitué peut se terminer par la guérison, mais il peut, aussi, ultérieurement, être suivi d'asthénie-manie alterne, ou d'asthénie-manie circulaire : les syndromes asthéniques et maniaques, toujours, surviennent et se déroulent sans cause connue.

b. *La démence précoce.* — La « démence » précoce post-typhoïdique serait moins rare, à notre avis, que la psychose périodique. Comment se constitue-t-elle? C'est un problème difficile à résoudre. Nous pensons, d'après les quelques cas que nous avons étudiés, que, d'abord, l'asthénie typhoïdique ne se dissipe pas, qu'ensuite elle crée un état hyperthymique avec anxiété, chagrin, énervement et même, délire, et qu'enfin, ce syndrome hyperthymique, délirant ou non, aboutit à l'hypothymie chronique (démence précoce) avec négativisme, catalepsie et stéréotypies.

c. *Les délires systématisés.* — Les délires systématisés, chroniques, qui font suite à la dothiénentérie, paraissent exceptionnels. Ils peuvent avoir leur origine dans le délire hallucinatoire des premières phases de la maladie infectieuse, soit que la vésanie chronique se relie directement à la psychose aiguë, soit qu'elle se développe par l'intermédiaire des souvenirs angoissants laissés par la psychose aiguë. Ils peuvent aussi avoir pour cause l'asthénie durable post-typhoïdique : le sujet interprète son état d'asthénie et ses sensations émotionnelles secondaires, comme des actions mystérieuses exercées sur sa personne, et il en conclut qu'on l'influence et le persécute. Ces délires systématisés sont fondés soit sur des hallucinations, soit sur des interprétations.

d. *L'asthénie chronique.* — L'asthénie chronique post-typhoïdique est plus commune que les affections psychopathiques précédentes : elle est pourtant encore assez rare vu la fréquence de la dothiénentérie. Elle est caractérisée essentiellement par l'asthénie musculaire et l'asthénie psychique, et accessoirement par la céphalée, la rachialgie, l'insomnie (surtout quand le patient se fatigue), les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, les troubles subjectifs de la vue, la lourdeur des digestions, la constipation, etc. Elle est susceptible d'affecter des formes et degrés variés.

e. *L'amnésie.* — Un certain nombre d'anciens typhoïdiques, qui ne sont pas, semble-t-il, des asthéniques chroniques, même légers, se plaignent de l'insuffisance de leur mémoire. Ils accusent simplement de l'amnésie de fixation, ou de l'amnésie d'évocation, partielle, lacunaire, intermittente. Ils exercent sans difficulté leur profession; ils insistent pourtant sur ces petits troubles mnésiques et les décrivent nettement. Leur état sthénique musculaire est normal : ils n'ont pas remarqué, en tout cas, de déficit de ce côté, au point de vue fonctionnel.

6° **Traitement.** — Le traitement des troubles mentaux au cours de la phase aiguë de la fièvre typhoïde est pratiquement le seul intéressant.

En premier lieu, et quel que soit le degré d'agitation du patient, il faut lui éviter le placement dans un asile d'aliénés, à cause des conséquences morales fâcheuses que comporte l'hospitalisation dans un établissement spécialisé et fermé. Les services de psychiatrie dits « ouverts », dont la création est en bonne voie, rendent, dans ces cas, de grands services au point de vue social.

Ensuite, ces malades, confus, délirants ou agités, ne doivent jamais être camisolés. La camisole de force, ou le maillot de Magnan, avec fixation sur le lit dans le decubitus dorsal, sont des instruments de mort. Pour supprimer ces appareils de contention, il faut un personnel infirmier assez nombreux, de jour et de nuit; ce personnel est indispensable afin d'éviter la terminaison fatale, certaine avec la camisole. Si le malade est très agité et si le personnel fait défaut, on alitera le malade par terre, dans une petite chambre d'isolement; on le couvrira du mail-

lot de Magnan, et on lui laissera la liberté de se mouvoir. La liberté, à notre avis, est de beaucoup préférable à la fixation sur le lit, à cause de la lutte prolongée que soutient le sujet contre les moyens de contention.

Dans ces formes graves de la maladie, l'alimentation ne peut se faire qu'à l'aide des liquides ; le lait en constitue la base ; on le coupera avec de l'eau de Vichy, de l'eau de Vals, du café, du thé ; on pourra l'écrémer, le sucrer, l'aromatiser même, légèrement, avec du rhum.

Le bain froid est formellement contre-indiqué ; il est mal supporté par cette catégorie de malades délirants et agités. On préférera le bain tiède et même le bain chaud, plus sédatif.

Le drap mouillé nous a donné souvent de très bons résultats : on obtient ainsi chez des malades privés de tout repos pendant des jours et des nuits, plusieurs heures de calme, sinon de sommeil.

Les médicaments antithermiques, les médicaments antiseptiques peuvent être administrés, comme dans les autres formes de la dothiénenterie, chaque fois qu'il y a indication précise. Mais on sera réservé sur l'emploi des médicaments contre le délire ou l'agitation : ils sont à peu près sans effet, et ils sont souvent dangereux. Les préparations que nous préférons sont celles qui sont à base de valériane ou de véronal : leur emploi doit toujours rester intermittent. Nous nous abstenons, en principe, de prescrire le chloral, la morphine, la codéine, la strychnine, etc., sans oublier pourtant que la médication antityphoïdique est essentiellement symptomatique et éclectique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1924)

Gliome cortical avec hémiplégie gauche. Traitement par la radiothérapie profonde. Amélioration considérable. — MM. Clovis VINCENT et J.-A. CHAVANY. Le malade est un homme âgé de quarante-neuf ans. Il présente une hémiplégie gauche avec troubles mentaux. L'affection a débuté il y a dix-huit mois environ et a évolué en trois périodes : une période de monoplégie crurale gauche ; une période d'hémiplégie gauche sans participation de la face ; une période d'hémiplégie avec troubles mentaux.

La monoplégie crurale est caractérisée par une paralysie des muscles fléchisseurs dorsaux du pied, par de la trépidation spinale, par le signe de Babinski. Les muscles de la cuisse non encore paralysés sont myocloniques.

Progressivement, la cuisse et le membre supérieur se prennent à leur tour. On observe alors une hémiplégie gauche organique avec paralysie complète du membre supérieur. Il existe des troubles du sens musculaire surtout sur les extrémités.

Puis apparaissent des troubles mentaux. Ceux-ci sont caractérisés essentiellement par de la confusion mentale.

La ponction lombaire montre une hyperalbuminose (45 centigrammes) sans lymphocytose, sans réaction de Wassermann.

Traitement spécifique intensif : hydrargyre, bismuth.

A cause de l'évolution lentement progressive et devant l'échec du traitement spécifique, le diagnostic de gliome cortical ou sous-cortical des régions rolandique et postrolandique supérieure est porté et on se décide à pratiquer une opération chirurgicale. Grand volet pariétal droit. Ouverture de la dure-mère. Aspect de gliome diffus ; circonvolutions cérébrales très dilatées ; teinte beurre frais de ces circonvolutions.

Aucune amélioration pendant trois semaines.

Le malade est soumis à la radiothérapie profonde. Il est fait 28.000 rayons en vingt jours environ. Quinze jours après la dernière séance les troubles mentaux disparaissent. Puis, progressivement, la monoplégie brachiale s'améliore et disparaît, la paralysie des muscles de la cuisse régresse.

Actuellement, cet homme est tel que nous l'avons vu lors de notre premier examen ; l'intelligence est normale ; la motilité du membre supérieur est normale ; seule persiste la paralysie des muscles fléchisseurs dorsaux du pied.

Syndrome bulbaire spécial. — MM. BABONNEIX et AZERAD présentent un malade chez lequel on constate, en plus de troubles sensitifs mal déterminés, une paralysie portant sur : 1° la moitié gauche du voile ; 2° le constricteur supérieur gauche du pharynx ; 3° la moitié gauche de la langue ; 4° la corde vocale gauche.

Un tel ensemble implique nécessairement l'atteinte des quatre derniers nerfs craniens à gauche. Le groupement de ces troubles paralytiques, comme l'intégrité de la branche externe du spinal, semblent indiquer qu'il s'agit ici d'une lésion bulbaire unilatérale rétro-olivaire, dont la nature reste incertaine : gliome, syphilis, ou, plutôt, peut-être, syringobulbie.

Suites éloignées d'une encéphalite épidémique à mouvements involontaires. — M. E. KREBS présente une malade qu'il a déjà montrée en décembre 1921 et dont les mouvements involontaires, limités au côté gauche, avaient rapidement disparu sous l'influence d'un traitement de gardénal et de scopolamine associés. A noter chez elle actuellement deux ordres de phénomènes nouveaux également limités au côté gauche : des signes d'hypertonie parkinsonnienne et des crises d'épilepsie bravais-jacksonnienne frustes, apparus les uns plus de sept mois, les secondes deux ans après la disparition des mouvements.

Un cas de syndrome infundibulo-tubérien complet. Guérison par la radiothérapie pénétrante. — MM. ROUSSY et LHERMITTE présentent une jeune fille de vingt-quatre ans chez laquelle, il y a neuf mois, on constatait tous les symptômes afférents au syndrome infundibulaire ; somnolence et narcolepsie, polyurie, polydipsie, adiposité excessive, arrêt de la menstruation, pilosité, crises d'épilepsie généralisée, troubles psychiques. L'intégrité de la selle turcique et l'absence d'hémianopsie indiquaient que l'hypophyse n'était pas en cause et qu'il s'agissait très probablement d'une néoplasie du ventricule médian à point de départ infundibulaire. Le traitement par la radiothérapie pénétrante fut immédiatement mis en œuvre et, en l'espace de six mois, la malade reçut la valeur de 10.000 rayons sur la région basilaire du cerveau. Une amélioration survint assez rapidement et, aujourd'hui, tous les symptômes morbides ont disparu. La malade a, de plus, présenté des crises comitiales, la somnolence s'est évanouie, la polyurie a cessé, les règles ont reparu régulièrement et l'adiposité a régressé. Les auteurs insistent tout particulièrement sur les modifications de la sphère mentale lesquelles étaient, dans ce cas, particulièrement accusées : asthénie psychique, hébétude, torpeur, modifications profondes du caractère et de l'humeur, indifférence affective, tendance aux idées de persécution. Aujourd'hui, tous ces phénomènes se sont effacés complètement et l'ancienne malade est redevenue un sujet aux fonctions psychiques normales. Ce fait semble extrêmement intéressant en ce qu'il témoigne qu'une lésion très localisée, dans la région infundibulo-tubérienne, peut modifier du tout au tout la personnalité morale et intellectuelle comme si, ainsi que l'a défendu Jean Camus, la région basale du cerveau comprenait un centre régulateur de notre vie psychologique.

Les douleurs à type de décharge électrique provoquées par la flexion de la tête dans la sclérose en plaques. — MM. LHERMITTE, BOLLACK et M. NICOLAS présentent une malade offrant le tableau d'une sclérose multiple à symptomatologie sensitive. Les perturbations de la sensibilité consistent ici en un prurit abdominal et brachial intermittent, dans des douleurs spontanées dans les membres, surtout intenses

dans les bras et dans les mains. Survenus depuis un an, ces phénomènes algiques s'exacerbèrent il y a deux mois, en même temps qu'apparaissait une névrite rétro-bulbaire droite sévère. Bien que plus atténués, les troubles sensitifs objectifs ne font pas défaut; ils consistent dans une anesthésie profonde aux membres inférieurs et en une hypoesthésie cutanée bilatérale dans le territoire de C8 D1 avec affaiblissement des perceptions stéréognostiques.

Mais le symptôme le plus intéressant et le plus nouveau, puisqu'il n'a pas encore été signalé au cours de la sclérose multiple, tient dans l'apparition de douleurs d'un type particulier déterminées par la flexion spontanée ou provoquée de l'extrémité céphalique. Ce mouvement détermine, en effet, chez la malade, une sensation douloureuse ressemblant à celle que produit le passage d'un courant faradique et irradie aux quatre membres en suivant la ligne rachidienne. Un phénomène analogue a déjà été observé chez les commotionnés de la guerre par Babinski et Dubois.

Lhermitte, qui en a publié également plusieurs observations, pense que ces douleurs à type de décharge électrique consécutives à l'élongation de la moelle sont à rapprocher du signe du fourmillement décrit par Tinel et à rapporter aux altérations des gaines myéliniques et des cylindre-axes qui sont communes à la commotion spinale et à la sclérose multiple.

Critère radiographique. Signes humoraux et transit lipiodolé au cours du cancer vertébral métastatique. — MM. Sicard, Haguenau et Coste montrent, à l'aide de nombreuses radiographies, que la métastase rachidienne consécutive à des cancers du sein, de la prostate, du tube digestif, avec ou sans paraplégie douloureuse, se caractérisent par des signes radiologiques pathognomoniques (amincissement progressif du corps vertébral, intégrité des disques des vertèbres adjacentes, sans ostéophytes) qui la différencient des autres processus d'ostéite vertébral, mal de Pott ou spondylites infectieuses. Ils font voir, en outre, que la dissociation albumino-cytologique n'apparaît que très tardivement au cours de l'évolution métastatique rachidienne et que le transit lipiodolé reste normal pendant les premiers mois du début, avant la phase paraplégique. Plus tard, le passage épidural est bloqué alors que la voie sous-arachnoïdienne reste libre.

Ce n'est que lors de la dernière étape que le lipiodol est franchement arrêté dans les deux départements, épidural et sous-arachnoïdien.

A propos du malade de MM. Guillain et Alajouanine. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 33, p. 549.) — M. Vincent. Chez les malades atteints de lésion de la région sous-optique tels que le sujet présenté par MM. Guillain et Alajouanine, il existe parfois des phénomènes cérébelleux purs ou presque purs, parfois aussi les phénomènes cérébelleux et les phénomènes ataxiques sont en quelque sorte intriqués.

Dans la région sous-optique, le ruban de Reil et le noyau rouge sont à côté l'un de l'autre et l'une des artérioles principales de la région, branche de la cérébrale postérieure, passe entre la capsule du noyau rouge et le ruban de Reil. Le foyer de ramollissement qui se développe dans le territoire de cette artère frappe, tantôt à la fois la capsule du noyau rouge et le ruban de Reil, tantôt d'une façon prédominante le ruban de Reil ou la capsule du noyau rouge.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

LIVRES NOUVEAUX

Les régimes fondamentaux (1), par MM. Paisseau, P. Carnot, A. Lemierre, A. Baudouin, G.-Ch. Roux, Rathery, M. Labbé (cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris).

Le professeur P. Carnot a eu l'heureuse idée de publier les cours qu'il professe et qu'il fait professer par des collaborateurs choisis sur les applications de l'alimentation à la thérapeutique. Le premier volume a paru sous le titre : *Problèmes actuels de diététique*. Celui-ci, qui est le second, s'occupe des *Régimes fondamentaux*. Il faut entendre par là l'étude des divers principes fondamentaux et de leur usage dans le traitement de certaines maladies. C'est ainsi que M. Paisseau parle de l'eau dans le régime, de la diète hydrique, des cures de diurèse; M. P. Carnot, des sels minéraux, du rôle du chlorure de sodium, des alcalins, des carences minérales; M. Lemierre, de la ration d'albumine et des régimes hyper et hyposucrés; M. J.-Ch. Roux, des graisses et de leur emploi dans différentes maladies; M. Rathery, des régimes d'équilibre, des vitamines et de l'influence des déséquilibres alimentaires en pathologie et, enfin, M. Labbé, de la cure de jeûne chez les diabétiques, les obèses, les goutteux et des avantages que peut présenter parfois un jeûne absolu et prolongé. Cette trop brève analyse indique au moins le haut intérêt pratique des sujets traités, dans cet ouvrage, par des spécialistes vraiment autorisés. Le médecin aura donc grand avantage à le lire et à le consulter; il y trouvera de nombreux renseignements dont il retirera grand avantage auprès de sa clientèle. J. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

CHORÉE DE SYDENHAM

(SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC.)

La chorée de Sydenham est une affection qui se voit presque exclusivement dans l'enfance. Elle est fréquente, surtout de six à douze ans, et en particulier chez les petites filles dans les années qui précèdent la puberté.

SYMPTOMES. — **Début.** — Quelquefois *brusque*, à la suite d'une émotion, d'une frayeur, ordinairement lent et progressif, se caractérisant par :

Des *troubles psychiques* (enfant grognon, irascible, instable, inattentif).

Des *troubles moteurs* (l'enfant devient *maladroit*; c'est souvent le premier symptôme qui frappe; il laisse tomber les objets qu'il tient à la main, tache ses habits en mangeant, etc.).

Des *troubles généraux* (faiblesse, douleurs vagues dans les membres et surtout dans les articulations, quelques troubles digestifs, insomnies, rêves, incontinence d'urine nocturne).

Peu à peu on voit apparaître quelques secousses dans les muscles de la face, des gestes brusques et bizarres. Bientôt se constitue le tableau complet.

Période d'état. — 1° Les mouvements choréiques. — *A la face*, jeux de physionomie bizarres se succédant sans arrêt; les paupières clignent, les sourcils se froncent ou s'élèvent. La bouche fait la moue ou s'entr'ouvre brusquement; par moment la langue est projetée hors de la bouche, etc. Il en résulte une série d'expressions diverses de la *mimique*.

La parole est très gênée, parfois même *aphonie* (mais non aphasie). La déglutition, la mastication deviennent difficiles.

Aux *membres supérieurs* ce sont des gestes brusques, amples, sans aucune régularité. Si on dit à l'enfant de boire un verre d'eau « avant que de porter le verre à sa bouche il fait mille gestes et mille détours ne pouvant y porter en ligne droite, jusqu'à ce que les lèvres se trouvant par hasard à portée du verre, il avale rapidement sa boisson d'un seul trait; on dirait qu'il ne cherche qu'à faire rire les spectateurs » (Sydenham).

Aux *membres inférieurs*, ce sont des gesticulations ana-

(1) Un vol. in-8°. — Paris, 1924, J.-B. Baillière.

logues. L'enfant « ne peut tenir en place ». Quand il marche, des mouvements brusques apparaissent *déformant la marche*. Il en résulte une sorte de sautillement, de boiterie bizarre.

Les *autres muscles* (nuque, tronc, diaphragme) participent plus ou moins à cette véritable *folie musculaire*.

Analyse des mouvements choréiques. — Ce sont des mouvements *involontaires* apparaissant au repos, à *grande amplitude*, *rapides*, désordonnés et surtout *illogiques*, c'est-à-dire ne répondant pas à un acte déterminé; ils prédominent souvent d'un côté réalisant l'*hémichorée*, mais il est rare que l'autre côté soit absolument indemne.

Ces mouvements sont modifiés sous certaines *influences* :

Influence *psychique* : ils s'exaspèrent sous l'influence des émotions. La volonté a une certaine prise sur eux; on arrive, en donnant un ordre avec autorité, à les faire diminuer, mais non à les faire disparaître.

Influence du *repos* (qui les calme).

Influence du *sommeil*. Ils s'arrêtent pendant le sommeil, ce qui est un caractère commun avec tous les mouvements involontaires.

Outre ces grands mouvements choréiques, on voit ordinairement de *petites secousses clonico-toniques* (André Thomas) qui sont surtout nettes quand les mouvements choréiques sont discrets.

2° Examen neurologique. — La chorée n'est plus considérée comme une névrose, mais comme une maladie organique; on en trouvera souvent la preuve dans un examen neurologique complet.

Motilité. — On trouve de l'*hypotonie musculaire*, des *parésies* incomplètes et transitoires survenant de façon épisodique.

Réflexes tendineux. — Normaux ou affaiblis, ou même abolis de façon transitoire.

Dans les chorées intenses on peut voir un état d'*hypertonie réflexe* : le réflexe patellaire est normal, mais la contraction qu'il détermine se prolonge quelques secondes sous forme d'une tétanisation passagère (Weill).

On voit, de plus, *quelquefois*, des petits signes d'irritation de la voie pyramidale (signe de Babinski, etc.) et de petits signes cérébelleux.

Ponction lombaire. — Liquide normal ou avec une légère lymphocytose.

3° Signes généraux et signes viscéraux divers. — L'enfant est fatigué, pâle; il s'amaigrit. Son caractère est instable; il ne peut fixer son attention. Il a quelques troubles digestifs (anorexie, etc.) qui entravent sa nutrition. Au cœur, on constate souvent des troubles du *rythme* (arythmie respiratoire avec souffles anorganiques). On a même prononcé le mot de « chorée du cœur ».

Urines. — Augmentation des phosphates et de l'urée.

ÉVOLUTION. — La chorée guérit spontanément, sans séquelles, en un mois à six semaines. Certaines formes se *prolongent* : il y a souvent des rechutes, des récidives.

FORMES. — 1° **Fruste.** — Tout se réduit à de la maladresse. C'est un examen attentif qui permet de déceler de petites contractions musculaires anormales (au visage, aux extrémités des bras).

2° **Forme grave.** — Agitations choréiques incessantes ne laissant aucun repos au malade. Insomnie. Fièvre élevée. Excoriations; infections cutanées. Complications fréquentes.

Evolution. — Souvent la mort survient par adynamie progressive.

3° **Chorée molle.** — En quelques jours s'établit un état paralytique à peu près généralisé. L'enfant est complètement inerte. C'est une paralysie *flasque* avec *abolition des réflexes*.

Mais, même dans les formes les plus intenses, on retrouve quelques petites secousses à la face et aux doigts.

L'évolution se fait en général vers la guérison.

4° **Chorée gravidique.** — C'est ordinairement le réveil d'une chorée de l'enfance.

Caractérisée par la fréquence des formes graves. Fréquence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

COMPLICATIONS. — 1° **Cardiaques.** — Fréquentes. Endocardite ressemblant de tous points à l'endocardite rhumatismale. Bénigne, mais peut laisser après elle une lésion valvulaire. Les endocardites infectieuses, les péricardites sont *beaucoup plus rares*.

2° **Infections secondaires.** — Cutanées (à cause des excoriations dues aux mouvements). Septicémies. Broncho-pneumonies. Pleurésies purulentes, etc. Ces complications ne se voient que dans les formes graves.

3° **Séquelles nerveuses.** — Se voient très *rarement* (troubles moteurs ou psychiques. Passage à l'état chronique).

DIAGNOSTIC. — 1° **Différentiel.** — *Les tics.* — Ce sont des mouvements coordonnés, systématisés, limités, et non pas illogiques comme les mouvements choréiques.

Lorsque plusieurs tics s'associent, il peut en résulter un état d'agitation dont le diagnostic exige une certaine attention.

Les myoclonies. — Contractions brusques, intéressant un muscle ou un groupe musculaire, ne provoquant pas des mouvements à grande amplitude comme la chorée. Elles sont plus ou moins rythmées.

L'*athétose* et les *tremblements* ne ressemblent pas aux mouvements choréiques.

La chorée électrique de Dubini. — Secousses se rapprochant des myoclonies avec état infectieux grave. C'est probablement une forme de l'encéphalite épidémique.

La chorée électrique de Bergeron. — Secousses brusques rythmiques disparaissant spontanément en quelques jours.

La chorée fibrillaire de Morvan. — Ce sont de simples tressaillements et non des mouvements.

L'*hystérie* peut simuler la chorée. La guérison par suggestion, la coexistence d'autres manifestations hystériques permettent le diagnostic.

En *présence d'une chorée molle*, le diagnostic est difficile dans certains cas (éliminer la paralysie infantile, une polynévrite). Il faut déceler les petits mouvements choréiques frustes.

2° **Etiologique.** — Souvent on ne peut déceler aucune cause à la maladie. C'est la *véritable chorée de Syndenham*, maladie autonome, à virus probablement spécifique mais encore inconnu, à peu près cyclique dans son évolution.

Mais il y a des syndromes choréiques analogues que l'on peut appeler des *chorées symptomatiques* et dont il faut rechercher la cause.

Le *rhumatisme* articulaire aigu est souvent retrouvé dans les antécédents, et il y a parfois coïncidence des deux syndromes (G. Sée, H. Roger).

Toutes les maladies infectieuses de l'enfance (rougeole, scarlatine, varicelle, etc.).

La *syphilis*, pour la majorité des auteurs, a un rôle très effacé. Milian cependant considère que son rôle est considérable.

L'*encéphalite épidémique*, outre les myoclonies, peut réaliser le syndrome typique de la chorée de Sydenham. Il faut rechercher les signes de l'encéphalite qui peuvent être frustes (paralysies oculaires, hypersomnie, hyperglycorachie, etc.).

Bibliographie. — 1° L'article de Tinel dans le *Traité* de Sergent, t. XXV.

2° *La Pratique des maladies des enfants*, t. V.

3° *Traité des maladies de l'enfance* de Hutinel.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de province. — Dieppe. — Le poste d'interne en chirurgie à l'hôpital de Dieppe est vacant.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

— Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 20 novembre 1924. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

Pour être admis au concours, les élèves en médecine appartenant aux écoles ou facultés françaises doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration, avant le 3 novembre 1924, à midi.

Facultés de médecine. — Lyon. — M. le docteur Dechaume aîné vient d'être nommé, après concours, chef de clinique médicale (service du professeur Roque).

— M. le docteur Colrat vient d'être nommé après concours chef de clinique ophtalmologique.

Ministère du travail, de l'hygiène et de la prévoyance sociales. — Le *Journal officiel* du 8 août (n° 212, p. 7252) publie un décret abrogeant le décret du 20 novembre 1923 et modifiant les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920 (sanatoriums publics).

Médailles de la mutualité. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées aux personnes dont les noms suivent pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Le Vionnois (de Cherbourg), Savoire (de Paris).

(Mutualité militaire.) M. le docteur Rouget (de Paris).

(Colonies, pays de protectorat et pays étrangers.) MM. les docteurs Marcelle, Muls et van Campenhout (de Bruxelles).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bec et Bidel (de Paris), Decoopman (de Lille), Desmier (de Paris), Guizol (de Cannes), Masingue, Monscourt, Richard d'Aulnay, Rodet, Roncé, Rosenthal et Roy (de Paris), Tomey (de Carcassonne), Verdelet (de Bordeaux).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Artaud (de Cormeilles-en-Parisis), Bonnet-Cassin (d'Avignon), Brisson et Cattier (de Paris), Franchin (de Nice), Fenestre (de Choisy-le-Roy), Gauthier (du Raincy), Houzel (de Paris), Lahaise (de Tournai), Mircouche (de Paris), Ollivier (de Contes), Perreau (d'Ivry-sur-Seine), Perrimond (de Grasse), Rouyé (de Paris).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Dumant (de Paris), Gantier (de Royan), Rallier, Sabot et Vouzelle (de Paris).

Le programme d'action sanitaire dans l'Afrique équatoriale française. — On sait que l'Afrique équatoriale française, dont la superficie représente quatre fois celle de la France, est ravagée par de redoutables endémies : trypanosomiase, paludisme, filariose, etc., qui dépeuplent peu à peu le pays et mettent en péril toute l'œuvre de notre colonisation.

Poursuivant l'exécution de son programme, qui tend essentiellement et tout d'abord à l'amélioration des conditions d'existence de l'indigène, M. Daladier, ministre des Colonies, vient de donner des instructions énergiques pour intensifier la campagne déjà entreprise dans ce sens. En voici les grandes lignes d'après *le Temps* :

« Afin de marquer l'importance toute particulière des services sanitaires en Afrique équatoriale française, il en a confié la direction à un officier général qui possède en la matière la plus grande expérience.

Une série de mesures ont été prises pour parer à la pénurie du personnel médical, uniquement représenté jusqu'ici par des médecins militaires coloniaux, et créer un mouvement de médecins volontaires qui deviendront des spécialistes de l'Afrique équatoriale. Il est prévu des avantages pécuniaires représentés par des indemnités de séjour et de risques professionnels; des améliorations d'installation permettant aux médecins mariés de se faire suivre de leurs familles; enfin, des avantages de carrière de toutes sortes.

Déjà, le nombre des médecins, qui était seulement de 17 il y a quelques mois, a été porté à 37; à la sortie des aides-

majors stagiaires de l'Ecole de santé coloniale de Marseille il sera porté à 45 et augmenté par la suite dans toute la mesure où les ressources budgétaires de la colonie le permettront.

Enfin, le ministre, faisant appel à la solidarité intercoloniale, a demandé au gouvernement général de l'Afrique occidentale de mettre à la disposition de l'Afrique équatoriale française un certain nombre de médecins indigènes de l'Ecole de médecine de Dakar.

En ce qui concerne les auxiliaires indigènes, formés dans les laboratoires de Libreville et de Brazzaville, le nombre va en être accru et leur instruction sera poussée de telle sorte que, sous la direction d'un médecin, ils puissent pratiquer eux-mêmes les recherches microscopiques des trypanosomes et faire les injections d'atoxyl.

Dans ces conditions, la lutte contre la maladie du sommeil pourra être menée avec chances de succès, le contrôle des populations sera réellement effectué et le traitement des malades poursuivi d'une manière méthodique. Ces questions viennent d'ailleurs de faire l'objet d'une mise au point minutieuse par une Commission de la Société de pathologie exotique composée de médecins coloniaux et de savants de l'Institut Pasteur.

Les autres causes de mortalité et de dépérissement des populations ne seront pas négligées : on multipliera les dispensaires qui sont à la fois des organes de dépistage, de traitement et d'éducation hygiénique. Le mouvement démographique sera suivi avec le plus grand soin... »

PROPAGANDE SCIENTIFIQUE FRANÇAISE. — Un certain nombre de professeurs français font actuellement des cours à l'Université de Rio de Janeiro. Le professeur Brumpt (de Paris) vient de terminer un cours de parasitologie.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. WIDAL). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (5 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle. Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, urée, albumine. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° *Etude des ictères.* — Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° *Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses. Réactions de floculation.

Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours auront lieu chaque jour, à 14 heures, à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 6 octobre et seront terminés le 28.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Gustave RICHELOT

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre distingué collègue, Gustave Richelot, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, membre et ancien président de l'Académie de médecine, membre et ancien président de la Société de chirurgie, ancien rédacteur en chef de l'*Union médicale*, commandeur de la Légion d'honneur.

A peine au sortir de l'internat, Richelot se fit remarquer par des travaux importants et originaux, sa thèse de doctorat sur la péritonite herniaire, sa thèse d'agrégation sur les tumeurs kystiques, ses recherches sur le tétanos, ses nombreuses publications dans l'*Union médicale*, particulièrement sur l'hystérectomie vaginale, attirèrent promptement sur lui l'attention et lui procurèrent de rapides succès dans la clientèle.

Au moment où Péan venait de créer le traitement des fibromes et des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale, Richelot comprit que c'était là une méthode d'avenir et apporta à la Société de chirurgie de nombreuses observations et de non moins nombreux succès. Il suffirait de parcourir les colonnes de l'*Union médicale* pour se rendre compte du parti qu'il a su tirer de cette opération, un peu trop abandonnée aujourd'hui. Il en modifia assez heureusement la technique en remplaçant les pinces laissées sur les ligaments larges par la ligature. C'est ainsi qu'il devint un des gynécologistes les plus marquants de son époque. Il souleva, à la Société de chirurgie, une longue discussion sur les avantages qu'il trouvait à l'hystérectomie abdominale totale sur l'hystérectomie subtotale, alors surtout en faveur. Son principal argument était qu'on mettait ainsi les opérées à l'abri d'une dégénérescence cancéreuse parfois possible sur le col restant après la subtotale.

Richelot était un écrivain élégant, et toutes ses communications, écrites ou verbales, étaient marquées au coin d'un style chatié et même parfois un peu précieux.

Nous avons connu Richelot, alors que pendant son internat il venait passer ses vacances au Mont-Dore où son frère était médecin consultant. Le charme qui s'exhalait de toute sa personne, sa grande distinction de manières, son amabilité, son grand talent de musicien, toutes ces qualités mondaines, jointes à une vive intelligence et à une grande facilité de travail, car il a beaucoup produit, expliquent ses succès précoces et sa brillante carrière.

Nous adressons à sa famille et particulièrement à son gendre, notre collaborateur et ami A. Lemierre, nos bien sincères condoléances.

A. BROCHIN.





REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE CŒLIAQUE

(CŒLIAC DISEASE)

Par M. le docteur R. LEVENT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La maladie cœliaque est une affection frappant surtout l'enfant et caractérisée dans sa forme typique par des selles d'un aspect particulier et anormalement riches en graisses. L'évolution en est chronique, atteint gravement l'état général et arrête la croissance.

Historique. Pathogénie. — Gee (1) est le premier qui ait séparé la maladie cœliaque d'autres diarrhées graves et les travaux ultérieurs ont peu ajouté à sa description. Mais il confond encore cette affection avec la sprue et avec certaines formes d'atrophie infantile. Il ignore la stéarrhée, attribue la pâleur des selles à l'absence de bile et faute de lésions décelables conclut à un trouble purement fonctionnel.

Cheadle, en 1903, constate la stéarrhée et montre l'analogie des formes rapides et des formes lentes de la maladie. Il incrimine un trouble hépatique relevant du système nerveux et donne à ce syndrome le nom d' « acholie ». Il met en cause l'arrêt de la sécrétion biliaire et mentionne le premier l'absence de sels biliaires.

En 1902, Bramwell (2) observant des cas d'infantilisme avec diarrhée les avait, à cause de la stéarrhée, attribués à un trouble pancréatique. Thomson, Rentoul, et d'autres se rangent à ses vues mais la constatation anatomique et les échecs de l'opothérapie font admettre à Bramwell lui-même en 1915 que certains infantilismes avec stéarrhée ne relèvent pas du pancréas. Aussi tend-il à les rattacher à l'infantilisme intestinal.

En 1908, en effet, Herter (3) avait observé des cas de stéarrhée persistante avec infantilisme. Semblant ignorer les travaux anglais, il invoquait comme pathogénie la non-absorption des graisses par une entérite due à l'exagération ou à la persistance anormale de la flore intestinale du nourrisson. Malgré des confirmations partielles apportées par Freeman (1911) ces idées ne furent pas admises pour des considérations bactériologiques. La première autopsie qui semble en faveur de cette thèse est publiée par Moorhead (1920) mais peut-être ne s'agit-il que de lésions intestinales secondaires.

Des cas semblent se présenter où le trouble de croissance relève d'une diarrhée chronique sans maladie cœliaque mais ils sont rares et toutes les formes intermédiaires ont été observées (Freeman, Stoos, Bernheim-Karrer, Moorhead).

En 1913, Poynton, Armstrong et Nabarro (4) publient des cas de diarrhée à rechutes à propos desquels on oppose maladie cœliaque et infantilisme intestinal.

(1) S. GEE. *St. Barth. Hosp. Records*, 1888, XXIV, 17.
(2) BRAMWELL. *Clin. Stud. Edin*, 1902-1903, I. 157.
(3) C. A. HERTER, *Infantilism from chronic intestinal infection*, N.-York, 1908.
(4) POYNTON, ARMSTRONG et NABARRO. A group of cases of chronic recurrent diarrhœa in childhood. *Proc. Roy. Soc. med.*, 1913, VII, n° 1, med. sect., p. 10.

Still (1) passant en revue observations et pathogénies se prononce pour l'entérite sans fournir de preuves bien convaincantes. L'année suivante, Mac Carrison incrimine des troubles par carence sans rallier beaucoup de partisans.

En 1920, Miller, Webster et Perkins publient plusieurs observations où les tests sont peu en faveur de troubles pancréatiques. L'examen coprologique fait pratiquer dans trois cas le traitement par les sels biliaires.

En 1921, enfin Miller (2) publie une nouvelle autopsie où manque toute lésion décelable.

Aussi, faute de pouvoir arriver par la clinique et l'anatomie pathologique à une solution, est-il sans doute préférable de revenir à la dénomination de « cœliac disease » qui ne préjuge de rien et mentionne seulement la localisation du principal symptôme (χοιλια = entrailles); demeurant admis que ce syndrome ou d'autres analogues peuvent relever de troubles intestinaux ou pancréatiques. Si l'absence de lésions constatées ne permet aucune conclusion absolue, il faut avouer cependant que cette absence même est en faveur des idées de Miller. Pour cet auteur en effet, troubles généraux et locaux seraient dus à la non-absorption des graisses du contenu intestinal. Ces graisses ont subi l'action du suc pancréatique mais l'absence de sels bilaires les laisserait non émulsionnées. Secondairement naîtrait l'entérite par infection surajoutée ou par irritation due au contenu anormal de l'intestin. La cause du trouble de sécrétion biliaire reste à expliquer.

Étiologie. — La maladie cœliaque apparaît en général vers un an. Still fixe une époque plus précoce, de neuf mois à deux ans; les âges extrêmes notés sont de huit mois et de trois, quatre ans ou plus.

Elle frapperait plus souvent la petite fille; sur 41 cas, Still ne trouve en effet que onze garcons.

Il est en tout cas à noter qu'on n'a jamais rencontré cette affection chez un enfant nourri au sein, pendant l'allaitement.

Elle semble rare, puisqu'en cinq ans, à Londres, sur 14.800 enfants au-dessous de douze ans admis dans les hôpitaux, Still n'en a vu que 17 cas. Peut-être est-elle moins rare en ville où Still en a observé 24 cas pendant le même temps. Les conditions hygiéniques défectueuses auraient donc peu d'influence.

Il en est autrement du passé du malade.

Souvent on note une alimentation défectueuse.

Taylor note que six malades sur sept ont eu un régime mal compris : lait de vache en excès, œufs à discrétion, pommes de terre, pain beurré. Une alimentation trop riche en lait, graisses ou farineux peut donc être nuisible à certains enfants fragiles vers la deuxième année.

L'éruption dentaire et les vers intestinaux semblent sans influence. Il en est autrement des maladies générales surtout infectieuses; on a signalé en effet le rôle éventuel d'une variole, d'une bronchopneumonie, d'une coqueluche. Le rôle de la syphilis est encore obscur; il n'y a le plus souvent aucun stigmate de syphilis héréditaire. On ne peut tenir compte des résultats trop discordants du Wasser-

(1) STILL, Lymleian Lectures. *Lancet* 1918, II, p. 163 sqq.
(2) MILLER. On the cœliac and allied types of Infantilism; a retrospect and Bibliography (*Brit. Journ. of Childr. Diseases*, 1921, XVIII, 11), (où l'on trouve une bonne bibliographie).

mann, et dans les cas où il a usé du mercure, Still a obtenu des résultats nettement mauvais.

Clinique. — La maladie cœliaque peut commencer brusquement par une crise de diarrhée semblable à celle des infections intestinales aiguës et accompagnée de vomissements, de douleurs épigastriques et d'une ascension thermique à 40 degrés.

Mais cette diarrhée initiale est inconstante. Le plus souvent le début est insidieux. Les symptômes apparaissent et s'aggravent progressivement sans éveiller l'attention. L'aspect typique des selles n'apparaît qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il y a surtout perte de forces, amaigrissement et pâleur.

Exceptionnellement enfin, c'est par une crise de constipation que commence la maladie.

Ce n'est souvent qu'au bout d'un temps très long que les troubles intestinaux persistant et les troubles généraux s'aggravant, le petit malade est soumis à l'examen médical. Cette période initiale peut durer plusieurs mois ou plus, avant que se constitue le tableau clinique de la période d'état.

On est à ce moment en présence d'un enfant pâle, aux membres amaigris, à l'abdomen volumineux. Le visage semble moins émacié que le reste du corps; un léger œdème s'y montre souvent, ainsi qu'aux extrémités. Ce n'est parfois qu'au palper qu'on apprécie bien la fonte des masses musculaires, qui sont molles, flasques et un peu sensibles à la pression.

La croissance du malade est aussi gravement influencée que l'augmentation de son poids, c'est là un trait caractéristique de la maladie cœliaque. A mesure que le temps passe, la taille de l'enfant restant stationnaire est de plus en plus inférieure à la normale. C'est ainsi qu'un enfant de vingt-trois mois ne mesurait que 0m82 au lieu de 0m90, et un autre de trois ans et demi, 0m82 au lieu de 1 mètre. Le premier ne pesait que 3kg200 au lieu de 12, le second avait le poids d'un enfant d'un an. L'évolution des dents s'arrête.

La faiblesse musculaire provoque le retard de la marche; un malade de Still n'a marché qu'à six ans et demi.

Au contraire, le développement intellectuel est presque celui des enfants normaux du même âge. On note tout au plus un peu de lenteur des réponses, d'autant plus marquée que l'anémie est plus prononcée. L'enfant est apathique, joue peu, de caractère plutôt difficile avec un peu de tendance à l'hypochondrie, tous symptômes qui s'atténueront quand s'améliorera le fonctionnement intestinal mais qui laisseront parfois un déficit durable.

Il n'y a généralement pas de fièvre quoique Miller signale de brefs accès de température nocturnes et une élévation de la température locale de l'abdomen.

L'augmentation de volume du ventre n'est pas moins importante. La distension, permanente, donne au palper une sensation de souplesse mollasse et sans élasticité. Dans quelques cas il est au contraire assez ferme et tendu du fait du météorisme. L'ascite est rare.

Caractéristique, aussi, l'aspect des matières. Elles sont spumeuses, molles, non moulées sans être pourtant liquides, ni constituer une diarrhée, au sens courant. Elles sont surtout d'une extrême abondance, sans proportion avec la quantité des aliments, puisqu'on a signalé chez un enfant des selles dépassant 400 et même 600 grammes. La couleur en est pâle et la fétidité extrême. Elles ont l'apparence d'une bouillie épaisse (porridge très cuit) de teinte un peu sale et d'aspect luisant. Leur réaction est acide et leur densité inférieure à celle de l'eau. Les évacuations ne sont guère plus fréquentes que normalement. En dehors des crises paroxystiques de diarrhée, le malade n'a le plus souvent qu'une seule selle par jour, rarement deux ou trois. Au bout d'un certain temps il arrive même que les matières perdent leur aspect particulier. Leur apparence varie du reste d'une selle à l'autre, et même au cours d'une même selle.

L'appétit est très variable, avec de brusques alternatives d'anorexie et d'appétit vorace; le régime alimentaire le régularise souvent très vite. Les vomissements et les douleurs sont rares, le malade se fatigue vite.

Le foie est diminué de volume, sa matité n'occupant que les deux tiers ou la moitié de la surface normale; son bord inférieur, normalement débordant chez le jeune enfant, est en général masqué par le rebord costal.

La rate est petite.

Les urines sont normales; exceptionnellement on y a trouvé de l'indican ou un peu d'albumine; une seule fois dans un cas déjà avancé, une albuminurie notable sans autre signe de néphrite. La réaction de Cammidge est presque toujours négative; de même la recherche de l'amylase excrétée par les reins n'a montré aucune anomalie.

L'examen aux rayons montre le retard du développement squelettique. La transparence osseuse n'est pas augmentée mais l'ossification des épiphyses est en retard sur l'âge réel du malade; les déformations rachitiques sont exceptionnelles. On note souvent de l'atonie des côlons avec distension.

L'examen bactériologique des selles n'a fourni aucun résultat probant; par culture ou par recherche de l'agglutination, on a trouvé les germes les plus divers. Le bifidus, les bacilles du groupe coli et les divers dysentériques ont peut-être été les plus fréquents. Mais on ne peut encore faire la part du saprophytisme ou de l'infection secondaire.

L'examen chimique des fèces est, au contraire, l'une des bases du diagnostic. La quantité des graisses fécales est considérablement augmentée, donnant aux matières leur aspect luisant et leur pâleur. Le microscope montre de nombreuses gouttelettes graisseuses et une abondance anormale de cristaux d'acides gras.

Au lieu de 25 p. 100, chiffre normal, on a trouvé 47 p. 100 des graisses dans les selles; Cammidge et Still ont vu 73 p. 100. Le rapport $\frac{\text{graisses des fèces}}{\text{graisses ingérées}}$ a été trouvé de 20 à 40 p. 100 au lieu de 5 à 8 p. 100 normalement (Herter). La plus grande partie de ces graisses non absorbées est formée d'acides gras et de savons; la transformation chimique normale a donc eu lieu. Still et Miller ont montré que dans la forme habituelle les acides gras prédominent de beaucoup.

Dans tous les cas, la recherche dans les matières de fibres musculaires non digérées a été infructueuse; celle des pigments biliaires a donné des résultats divers et n'a le plus souvent rien montré d'anormal. Quant aux sels biliaires on est peu renseigné sur leur taux normal qui semble peu élevé, mais les résultats thérapeutiques permettent de

les supposer insuffisants en qualité ou en quantité.

On a signalé, enfin, dans les selles, une perte en calcium que ne saurait expliquer la quantité des acides gras, des acides volatils ni des phosphates.

L'analyse du suc gastrique a montré de l'hypo ou de l'anachlorhydrie persistant même pendant la convalescence. Dans le suc duodénal, on a trouvé de la bilirubine, des sels biliaires, de l'amylase et de la trypsine; une seule fois de l'urobilinogène.

L'examen du sang n'a montré de façon constante que l'abaissement du taux de l'hémoglobine. Le nombre des hématies est à peu près normal; celui des globules blancs, en général, un peu augmenté, mais sans modification nette de l'équilibre leucocytaire. Le métabolisme basal, enfin, serait diminué.

L'évolution est très longue, durant plusieurs mois ou plusieurs années. L'état général suit habituellement d'assez près les variations de l'état fonctionnel, mais la faiblesse, la fatigue, la distension abdominale persistent souvent longtemps malgré une amélioration durable; de même une déconcertante variabilité du poids d'un jour à l'autre. Les rémissions de quelques jours à quelques semaines sont séparées par des reprises. Le caractère des selles tend à changer à mesure que l'affection évolue; leur couleur fonce, leur consistance se raffermit, leur quantité diminue et elles prennent un aspect presque normal. Malgré ces apparences, la stéarrhée, trouble fondamental, persiste, mais les acides gras font place aux savons.

De temps à autre survient une reprise : selles plus abondantes, plus fréquentes, jusqu'à huit dans les vingt-quatre heures et qui pendant quelques jours ou quelques semaines reprennent les caractères typiques de la diarrhée cœliaque.

D'autres fois, surtout dans des cas anciens, surviennent des poussées d'entérite; on trouve alors dans les fèces du mucus, du pus et parfois, dans les cas graves, du sang.

Dans les cas favorables, les rechutes s'espacent et perdent de leur gravité; la guérison de la maladie est aussi insidieuse que son apparition. Mais les rechutes sont fréquentes et ce n'est qu'après plusieurs années et des examens coprologiques répétés qu'on peut affirmer la réalité et la solidité d'une guérison; il est, en effet, de nombreuses guérisons incomplètes.

La fatigue rapide à la marche dure longtemps; la croissance est lente à reprendre, aussi le retard est définitif et le sujet restera toujours de petite taille.

La guérison spontanée est exceptionnelle. Abandonnée à elle-même, la maladie évolue avec lenteur vers la mort. Les crises de diarrhée se rapprochent, l'état général décline, la cachexie apparaît. Des œdèmes s'installent, peu marqués, en général. Des poussées d'entérite cholériforme surviennent, accompagnées de vomissements, de douleurs abdominales, de selles sanglantes et peuvent emporter le malade. Ou bien, il meurt cachectique ou succombe à une complication.

Complications. — Les œdèmes peuvent se généraliser ou se compliquer d'une ascite de moyenne abondance.

Le purpura a aussi été souvent observé, surtout dans la cachexie terminale des formes graves. On peut cependant le voir aussi à la période d'état, mais lorsqu'il ne s'accompagne pas de troubles généraux, il ne semble pas aggraver le pronostic.

Le scorbut infantile paraît plutôt un accident d'origine thérapeutique.

Les accidents tétaniformes ont été plus souvent notés; de gravité variable, ils peuvent cependant provoquer la mort, mais paraissent céder assez vite à un régime soigneusement réglé.

On a enfin signalé des accidents buccaux, glossite chronique en particulier. La langue prend un aspect vernissé avec, sur les bords, des ulcérations fissuraires rebelles qui peuvent, des mois durant, empêcher toute alimentation solide. Plus rarement on aurait observé des aphtes.

Il faut enfin noter la possibilité d'une entérite grave, sans doute, par infection secondaire, avec fièvre, des selles muqueuses et sanguinolentes, et susceptible d'amener la mort.

Formes cliniques. — Elles se distinguent selon leur évolution, formes rapides graves, formes lentes plus bénignes; selon les complications, selon les associations même (rachitisme). Plus importante est la forme sans diarrhée, de Miller et Perkins (1) qui semble une forme atténuée. Elle débute avec une insidiosité particulière. L'abdomen est peu distendu, la croissance peu influencée et parfois tout se réduit à une insuffisante augmentation de poids. L'appétit est, en général, mauvais, parfois perverti; on observe de temps à autre des accès fébriles. Les selles sont très différentes des selles typiques : abondantes mais peu fétides, moulées, parfois dures, bien colorées, il y en a rarement plus de deux en vingt-quatre heures. L'examen chimique y montre des graisses qui forment 20 à 50 p. 100 du poids et sont surtout constituées par des savons qui ont entraîné des pigments biliaires.

En dépit de l'aspect presque normal des selles, la stéarrhée se décèle à la coupe : les fèces présentent un aspect graisseux et une couleur grisâtre.

Très comparable aux formes typiques dans leurs périodes d'accalmie ou à la convalescence cette forme paraît assez bénigne.

Miller a enfin décrit des cas simulant le mégacôlon. On observe alors une diarrhée graisseuse typique. Le côlon très distendu est parfois le siège d'un péristaltisme visible à l'extérieur et peut sans gêner le malade contenir plus de deux litres de liquide. La radioscopie, après lavement opaque, montra dans un cas que l'anse sigmoïde traversant obliquement le bassin, atteignait la fosse iliaque droite. Dans un des cas la mort survint par obstruction intestinale. Miller le compare au syndrome décrit par Langmead (2) : Dilatation colique avec péristaltisme, selles fétides à caractères cœliaques, retard de croissance, crise de tétanie et rapproché par cet auteur de l'infantilisme intestinal type Herter.

Pronostic. — Il est donc grave, bien que les connaissances moins imprécises sur la pathogénie aient permis d'en atténuer la grande sévérité. Il varie naturellement avec les formes, surtout avec la continuité du traitement. Le pronostic fonctionnel reste assez sérieux.

---

(1) MILLER et PERKINS. The non diarrhœic type of cœliac disease, a form of chronic fat indigestion in children, *Lancet*, 1923, XXV, 46 sqq.

(2) LANGMEAD. Colonic tetany, *Trans. med. Soc. Lond.*, 1911, XXXIV, p. 332.

Anatomie pathologique. — Elle est encore bien obscure. Il semble que les lésions macroscopiques les plus souvent rencontrées soient de l'épaississement et de la congestion de l'ensemble des tuniques digestives pouvant affecter même l'estomac. La muqueuse présente quelques taches congestives et un peu de desquamation superficielle; follicules clos et plaques de Peyer sont parfois un peu turgescents. Mais les auteurs attribuent ces lésions à l'entérite intercurrente si fréquente. Au microscope on voit une infiltration de petites cellules rondes dans la muqueuse et la sous-muqueuse, plus prononcée sur l'estomac et le grêle que sur le côlon, et quelques hémorragies interstitielles. Pancréas, duodénum et foie ne présentent aucune lésion constante. Certains auteurs ont décrit une infiltration de petites cellules et de la fibrose au niveau du pancréas, surtout autour des canaux excréteurs; mais cette lésion semble très inconstante.

Ce ne sont là que des lésions banales peut-être dues à une complication; l'évolution même prolongée d'une maladie cœliaque, même riche en symptômes, ne semble donc dépendre d'aucune lésion massive du foie, du pancréas ni de l'intestin.

Miller a plusieurs fois noté la surcharge graisseuse anormale de la paroi abdominale et de l'épiploon à laquelle s'ajoute parfois un peu d'œdème.

Ryle, enfin, constata au cours d'une appendicectomie la dilatation des chylifères intestinaux. La malade quelque temps améliorée par le régime finit par mourir à vingt-trois ans. L'autopsie ne montra plus de dilatation ni de lésion du système chylifère. Le même auteur aurait plusieurs fois constaté ces lésions que Miller malgré des recherches systématiques n'a jamais pu retrouver.

Diagnostic. — Le diagnostic positif est basé sur les trois signes cardinaux : diarrhée graisseuse, distension abdominale, troubles de croissance. Aisé dans les formes typiques il est plus délicat dans les cas frustes et les stéarrhées latentes. L'examen de laboratoire est donc indispensable et renseignera en même temps sur le fonctionnement du foie et du pancréas.

Il sera parfois délicat de distinguer des entérites banales ou des dysenteries les poussées aiguës d'entérite compliquant une maladie cœliaque. Les antécédents, l'histoire de la maladie, l'état général pourront seuls indiquer la vraie orientation, d'autant plus qu'on a trouvé dans les selles cœliaques les microbes les plus divers, et même les divers types dysentériques.

La maladie cœliaque présente bien des traits communs avec la diarrhée de Cochinchine (sprue) surtout chez un adulte. Cette affection est caractérisée par des selles impérieuses, survenant exclusivement le matin au lever; elles sont pâles, spumeuses, abondantes et fortement acides. Le taux des graisses y atteint jusqu'à 80 p. 100; on constate en même temps sur la langue et la muqueuse buccale une éruption aphteuse très douloureuse. L'anémie très marquée prend parfois un caractère pernicieux.

La cause la plus habituelle de stéarrhée est l'insuffisance du pancréas au cours des inflammations, des kystes, et des cancers de cet organe. L'examen chimique des selles les montre, dans certains cas au moins, formées de graisses neutres, non transformées et les repas d'épreuve permettent d'identifier des fibres musculaires et des noyaux cellulaires peu modifiés. Ce sont également l'examen physique et le laboratoire qui permettront de dépister les stéarrhées par insuffisance hépatique qui paraissent habituellement moins intenses.

Le diagnostic sera surtout délicat avec les autres causes de stéarrhée propres à l'enfant (atrophie, intolérance à certains laits).

Les formes sans diarrhée sont d'un diagnostic non moins malaisé. Le malade se présente alors comme un infantile. Mais l'arrêt de croissance contraste avec un développement intellectuel à peu près normal. Cette discordance devra provoquer l'examen des fonctions endocriniennes et faire éliminer les autres infantilismes, les hypotrophies, les atrophies infantiles. L'examen coprologique fera découvrir la stéarrhée.

Dans les cas exceptionnels enfin où l'on rencontre un syndrome de mégacôlon, il faudra distinguer la maladie cœliaque des formes tardives et des formes localisées de la maladie de Hirschprung.

Traitement. — Efficace sans être curatif, les médicaments y sont l'accessoire et n'ont en général que des indications passagères.

Le régime alimentaire est au contraire le principal. On doit, au début, avant tout diminuer la ration de graisses; lorsqu'une amélioration suffisante aura été obtenue, on augmentera la ration alimentaire, sans graisses; on ne les permettra que tardivement en choisissant les mieux tolérées et en se guidant sur l'examen coprologique. On devra faire varier le régime selon la tolérance du malade, afin d'atténuer le plus possible les troubles digestifs tout en permettant à la croissance de se faire ou de reprendre. Comme l'ont écrit Miller, Webster et Perkins, il faut calquer le régime d'entretien sur les besoins du malade et non sur l'état de ses fèces.

L'alimentation par le lait de vache frais est le régime à proscrire (Gee). Si l'âge du malade et les circonstances le permettent il pourra être utile de recourir à l'allaitement au sein qui semble protéger le nourrisson contre la maladie cœliaque. On peut ainsi obtenir une sédation très rapide des poussées aiguës. On a obtenu aussi de bons résultats en prolongeant l'allaitement au sein très au delà du délai normal. Still l'a fait continuer dans un cas jusqu'à trois ans. Mais c'est une méthode d'exception.

Il faut donc recourir au lait d'ânesse, qui ne contient en effet que 1 p. 100 de graisses ou encore au lait écrémé, au petit lait frais ou bouilli. Les laits peptonisés semblent de peu d'utilité.

Les autres graisses alimentaires dans un but de remplacement sont en général mal tolérées; l'huile de foie de morue a pu rendre quelques services; le jaune d'œuf donne plus de mauvais que de bons résultats.

Les hydrates de carbone sont inégalement supportés. L'amidon, le pain ordinaire sont à proscrire; certains biscuits spéciaux pauvres en hydrates de carbone peuvent être employés; les biscottes sont en général préférables ou à leur défaut du pain grillé. La revalescière, le riz bouilli trois ou quatre heures, les pommes de terre farineuses longtemps bouillies et passées au tamis sont autorisés, en petite quantité.

Quand l'usage de la viande redeviendra possible, on devra la donner crue ou à peine cuite, la râper, ou en extraire le suc à la presse. Les œufs seront à peine cuits. On n'usera de poisson que très tard. Dans un cas cependant Gee a obtenu une amélioration par l'usage des moules qui sont riches en

protéines, pauvres en hydrates de carbone et en graisses (1 p. 100).

Les fruits, le jus d'orange ou de citron permettent de lutter contre l'avitaminose.

On devra doser les graisses fécales avant tout régime. On réduira alors les graisses alimentaires au minimum (laits écrémés avec ou sans acide lactique, riz, pommes de terre). Pour aider le fonctionnement intestinal et hépatique on donnera un peu de rhubarbe ou quelques alcalins.

Lorsque les symptômes s'amenderont nettement et que les selles ne contiendront plus que 20 à 30 p. 100 de graisses le régime approprié aura été réalisé.

On doit pratiquer la pesée hebdomadaire et la mensuration trimestrielle et contrôler toutes les trois semaines au moins la composition des selles.

On pourra alors, avec une prudence extrême et en revenant au régime strict lors de toute poussée aiguë ou rechute, augmenter la ration alimentaire en y ajoutant des protéines mais non des graisses auxquelles le malade demeure toujours très vulnérable. Sous l'influence de cette alimentation l'enfant doit grandir et augmenter de poids.

Ces prescriptions doivent être suivies, sous contrôle, des mois et parfois des années. Ce n'est qu'ensuite, que guidé par les analyses, on pourra essayer très prudemment des graisses, sous forme d'œufs, de poissons, de légumes. Si, à ce moment, les symptômes étant absents le poids diminue, on doit, par une très lente progression, augmenter la quantité des graisses permises.

Ce n'est qu'une fois le régime bien établi que Miller conseille d'en compléter l'action par celle des sels biliaires en capsules kératinisées, ou chez l'enfant en solution.

La dose usuelle est d'un grain (0g065) de glycocholate avec autant de taurocholate de soude au début de chacun des trois repas. Chez des malades plus âgés on a donné une dose double. Les résultats se font parfois attendre, ne fût-ce qu'en raison des troubles intestinaux. Dans quelques cas néanmoins le succès a été rapide et a même pu être obtenu chez un malade en dehors de tout régime. La diarrhée diminue, l'utilisation des graisses augmente. Mais d'autres auteurs sont moins affirmatifs.

On a enfin employé diverses autres médications symptomatiques : l'opothérapie, la transfusion même au cas d'anémie grave.

Les prescriptions habituelles d'hygiène générale, le repos, ne devront pas être négligés non plus que toutes précautions contre la stase intestinale facteur d'entérite. Mais tout dépend avant tout du régime et surtout de sa continuité.

Tels sont les traits d'une maladie, rare semble-t-il, que les cliniciens anglais et américains ont eu le mérite de décrire les premiers. Mais y a-t-il là de quoi donner à cette affection le rang d'entité pathologique? Cela nous paraît discutable.

Outre qu'on n'a pu encore opter parmi les pathogénies proposées; qu'avec des arguments d'égale valeur on a pu tour à tour incriminer divers organes, accuser la perturbation fonctionnelle ou l'infection, il est indéniable que les lésions qui causent des troubles aussi graves sont bien minimes. Il semble donc légitime de réserver le jugement pour le jour où physiologie et anatomie pathologiques fourniront des éléments plus probants. Il paraît donc s'agir plutôt d'un syndrome que d'une affection autonome.

Et encore les caractères cliniques du syndrome sont-ils peu nombreux. Parmi les signes de premier plan, l'augmentation de volume du ventre se rencontre assez analogue dans bien des affections de l'enfance, ne fût-ce que le rachitisme. De plus, comme l'a remarqué M. Comby, on ne saurait légitimement appeler infantilisme un trouble du développement corporel à l'exclusion du retard intellectuel. Les causes d'un retard de croissance sont nombreuses et la diversité des pathogénies invoquées en est un aveu implicite. Sans aller jusqu'à individualiser avec Herter un infantilisme intestinal, on a souvent constaté, du fait de troubles intestinaux graves des troubles de la croissance. Quant à la stéarrhée elle est fréquente en pathologie infantile à des degrés divers (rachitisme, entérites aiguës, atrophie infantile).

Les fautes alimentaires, l'abus du lait de vache en particulier pousseraient à rapprocher la maladie cœliaque de la dyspepsie au lait de vache qui dans ses formes graves donne aussi une stéarrhée abondante et des troubles de croissance marqués. Il est enfin bien difficile d'établir une distinction d'avec la sprue. Dans les deux cas il y a stéarrhée et crises tétaniformes; certaines observations de cœliac disease mentionnent des accidents buccaux intenses et une anémie ayant nécessité la transfusion. La maladie cœliaque ne serait-elle qu'une forme de sprue particulière au jeune enfant?

En somme si le mécanisme demeure obscur, la physionomie clinique a peut-être une netteté plus apparente que réelle et il semble prudent d'attendre un complément d'informations avant de réserver à la maladie cœliaque une place particulière dans la pathologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1924)

Hypertension artérielle infantile et hérédo-syphilis. — MM. Génévrier et Brenniel ont observé au cours de la seconde enfance et de l'adolescence des cas d'hypertension artérielle qui doivent être imputés à l'hérédo-syphilis : ces hypertensions, qui se chiffrent par des pressions dépassant de 2 centimètres au moins la pression normale, peuvent apparaître en dehors de toute manifestation rénale ou cardio-vasculaire, ou au contraire être associées à des états pathologiques frappant le rein ou le système cardio-artériel.

Dans tous les cas ces malades hypertendus présentent des troubles généraux qui consistent surtout en retard de développement physique et parfois intellectuel et en une anémie assez accentuée. Ce sont d'ailleurs ces troubles de développement ou cette anémie qui attirent d'abord l'attention; et la plupart de ces malades ont été d'abord traités comme des anémiques, des adénopathiques ou des hypoglandulaires.

Le traitement spécifique, mercuriel ou arsenical, n'amène pas de modification appréciable de la tension artérielle. Par contre, il agit très favorablement sur l'état général de l'enfant. Le régime diététique, peu azoté, et la réduction de la fatigue physique empêchent ces hypertensions de s'aggraver.

On peut admettre que ce traitement intervenant dès l'enfance éviterait chez l'adulte jeune les complications graves à l'occasion desquelles le diagnostic d'hypertension est posé de façon trop tardive.

Il s'agit ici, bien entendu, des cas où cette hypertension artérielle de l'adulte ne peut être imputée à la syphilis acquise ou à une autre cause pathologique.

Oxycéphalie avec arriération intellectuelle et amaurose. — MM. Robert Debré, Semelaigne et Mme Vulpesca. L'enfant présenté par ces auteurs a tous les caractères de l'oxycéphalie ou crâne en tour. Comme dans les cas précédemment publiés de ce syndrome rare l'enfant est arriéré et aveugle. Dans le cas présent la cécité est due, non à une névrite par stase, mais à des lésions des centres visuels.

Affection de nature indéterminée se traduisant par des troubles paralytiques, intellectuels, trophiques. — MM. R. Debré et Mlle Petot présentent un enfant atteint d'une affection singulière ayant évolué en trois phases :

La première caractérisée par des troubles psychiques : insomnie, baisse intellectuelle marquée des troubles sensitifs, anesthésie généralisée des troubles moteurs, diminution de la force musculaire des membres inférieurs.

A cette phase d'une durée de deux mois succède une deuxième phase de trois mois caractérisée par l'accentuation de tous les symptômes précédents auxquels s'ajoutent des troubles trophiques : des lésions des doigts du type maladie de Morvan, des lésions de la bouche caractérisées par une gingivite expulsive avec carie dentaire.

Enfin, une troisième phase avec régression de tous ces symptômes laissant comme séquelles des cicatrices, des panaris avec perte de la phalangette de quatre doigts. Le diagnostic d'encéphalite épidémique et de syringomyélie, de polynévrite ont été successivement envisagées, mais aucun diagnostic précis n'a pu être établi.

Deux cas d'endocardite scarlatineuse grave. — MM. Roudinesco et Aris présentent l'observation d'un enfant chez lequel, au huitième jour d'une scarlatine de moyenne gravité, on voit se développer les signes d'un rhumatisme polyarticulaire (hémoculture négative), puis apparaît un souffle à la pointe. Le rhumatisme régresse assez rapidement, mais les phénomènes d'endocardite persistent sous la forme d'une insuffisance mitrale. Chez une deuxième malade de dix-sept ans les phénomènes d'endocardite ont débuté aussi au cours d'une scarlatine peu grave, puis quelques jours après les symptômes de rhumatisme scarlatin, l'endocardite progresse et finit par entraîner la mort le dix-huitième jour. L'autopsie montre une forme ulcéreuse et végétante siégeant sur les valvules mitrales.

Discussion. — M. Nobécourt a pu observer des cas analogues qui confirment l'ancienne division de Jaccoud. Il y a deux variétés d'endocardite postscarlatineuse : 1° une forme bénigne compliquant le rhumatisme scarlatin; 2° une forme infectante, végétante, ulcéreuse, accompagnant ou non des manifestations articulaires et souvent mortelle. Dans un de ces cas, M. Nobécourt a trouvé du staphylocoque dans le sang.

Statistique hospitalière de l'hôpital Hérold. — MM. Barbier et Luton exposent les résultats statistiques du service pendant les dix dernières années. Ils divisent les malades en deux groupes : 1° de zéro à deux ans ; 2° de deux à quinze ans. Dans ce second groupe la mortalité est surtout élevée de deux à cinq ans.

La statistique globale montre que la mortalité élevée correspond avec des années d'épidémies, comme celle de grippe en 1918 (12,8). La moyenne des dix années donne une mortalité de 9,04 p. 100.

Dans le groupe de deux à quinze ans, la mortalité globale s'élève à 2,5 p. 100 avec 302 décès, dont 200 sont dus à la tuberculose, chiffre énorme.

Dans le groupe des nourrissons, la mortalité a été de 25 p. 100, 457 morts sur lesquels figurent 108 tuberculoses vérifiées à l'autopsie et 38 enfants morts le jour de l'entrée.

M. Barbier insiste sur ces faits que dans les salles de nourrissons on a reçu les enfants quel que soit leur état à leur entrée; que son service est divisé en boxes; qu'il a pu obtenir constamment du lait d'ânesse qui rend de grands services; que son personnel a présenté un dévouement admirable ce qui joue un rôle capital ici ; que les grosses mortalités sont dues à des épidémies surajoutées. Il n'a trouvé d'autre moyen de lutter contre les épidémies de rougeole que l'évacuation de la salle après les premiers cas.

Discussion. — M. Ribadeau Dumas est frappé du nombre énorme d'enfants apportés mourants à l'hôpital. Si on les défalque de la statistique de M. Barbier, les chiffres qu'il donne sont égaux ou meilleurs que ceux obtenus en Allemagne où on ne pratique pas l'isolement dans les crèches.

Il insiste sur le rôle capital du personnel dans la lutte contre les infections intérieures et demande que le personnel mis dans les crèches soit un personnel spécialisé ayant reçu une éducation particulière.

Deux cas de pseudo-appendicite vermineuse terminés par la mort. — MM. J. Dayras, A. Tierny et M. Fèvre apportent deux observations d'enfants amenés à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite, présentant en effet le tableau de l'appendicite toxique, qui sont morts quelques heures après leur arrivée et chez qui l'autopsie n'a révélé que la présence d'ascaris dans l'intestin.

Chez ces deux malades, dont l'ascaridiose ne s'était jamais manifestée jusque-là, début brusque en pleine santé par des coliques violentes avec vomissements incessants. Amenés vingt-quatre et quarante-huit heures après le début, avec le diagnostic de péritonite, ils présentaient un facies péritonéal très net, teint terreux, yeux excavés et cernés, narines pulvérulentes. L'examen du ventre montre dans les deux cas un abdomen souple, mobile à la respiration, et la palpation ne donne que la sensation d'une vague masse mollasse allongée verticalement dans l'hypocondre droit.

L'un a été opéré d'urgence, l'autre ne l'a pas été. Tous deux sont morts quelques heures après leur entrée à l'hôpital. L'autopsie a montré l'intégrité de tous les organes. La seule constatation pathologique est la présence de nombreux ascaris dans la région cæco-appendiculaire chez l'un, dans la terminaison de l'iléon chez l'autre.

Ces malades présentaient le tableau classique de la pseudo-appendicite vermineuse, mais ce qui étonne c'est la terminaison mortelle, car il est habituel de voir céder ces accidents à l'administration d'un vermifuge.

Gravité et fréquence de certains états acétonémiques chez les enfants de Bogota (Colombie). — M. C. Torrès Urmana présente une communication sur les états acétonémiques à Bogota, où ils sont particulièrement fréquents chez les nourrissons. Il analyse sa statistique particulière, se montant à 61 cas observés en quatre années. Il les divise en trois formes cliniques : forme à vomissements incoercibles, forme dépressive, forme méningitique.

Le pronostic dépend de la forme clinique et de l'âge du malade. Les formes dépressive et méningitique sont les plus graves. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est mauvais. La mortalité est de 31 p. 100 ; et, chez les enfants de moins d'un an, de 57 p. 100.

L'auteur a pratiqué chez ses malades différentes épreuves de laboratoire. Parmi elles, en plus de la recherche de corps acétoniques, de l'acidité de l'urine et de l'hyperammoniurie, il attache une grande importance, dans les travaux de recherche, à la diminution de la capacité sanguine vis-à-vis du CO^2 ; sous quelques réserves, c'est là, pour lui, l'épreuve qui démontre l'acidose et résoud d'une manière indirecte le problème de la détermination de l'acidité du sang. La détermination de la tension alvéolaire du CO^2 peut aussi la remplacer; mais les manipulations qu'elle demande exposent à des causes d'erreur, particulièrement chez les enfants, dont l'inquiétude peut déterminer un abaissement trompeur de la tension, par hyperventilation pulmonaire.

Chez beaucoup de malades, l'auteur trouve des preuves évidentes d'insuffisance hépatique, mais se demande si cette insuffisance est la cause ou un effet de la production de corps cétoniques et de l'acidose qui accompagne toujours cette production.

Dans tous les cas il trouve des signes évidents d'acidose; il considère les corps cétoniques, et l'acide β-oxybutyrique en particulier, comme des facteurs importants de la production de cette acidose, mais n'écarte pas la possibilité de l'existence d'autres facteurs de nature indéterminée qui contribueraient à la produire.

Bogota est située à 2.400 mètres au-dessus du niveau de la mer. Si on fait la comparaison avec ce qui se passe dans d'autres régions situées plus bas, on voit que les nourrissons sont rarement attaqués et que la mortalité n'est jamais aussi

élevée qu'à Bogota. L'auteur pense que l'altitude peut être un facteur de gravité dans ces états d'hypooxydation, qu'il propose d'appeler acidose infantile primitive pour la distinguer d'autres acido-acétonémies se présentant au cours de troubles intestinaux, dans quelques pyrexies, dans l'inanition, etc.

Discussion. — M. DORLENCOURT rappelle qu'il a présenté en 1922, à la Société, l'observation d'un enfant mort en dix-huit heures d'accidents acétonémiques suraigus. Or, il s'agissait de Chiliens ayant perdu déjà un enfant à deux ans avec des phénomènes analogues, et le troisième enfant, âgé de sept mois, présentait déjà une insuffisance hépatique nette.

Accidents anaphylactiques (maladie de Quincke) survenus à la suite d'ingestion de viande crue de cheval. Orchite sérique. — MM. LESNÉ et Maurice LÉVY rapportent l'observation d'un enfant atteint de bacillose pleuro-péritonéale qui, à la suite d'ingestion de viande crue de cheval, a présenté des accidents anaphylactiques, en particulier des œdèmes partiels, disséminés, à répétition, du type de la maladie de Quincke.

Cette observation est intéressante parce que le malade avait été sensibilisé par une simple injection de sérum antidiphtérique, un an auparavant, et que la viande crue de cheval d'un emploi si courant a déchaîné les accidents.

Le preuve de cette sensibilisation au sérum de cheval a été mise en évidence par la recherche de l'anaphylaxie passive chez le cobaye et par l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube de sérum antidiphtérique qui a déterminé un phénomène d'Arthus très net et a provoqué trois jours après une orchite sérique qui a évolué en huit à dix jours vers la guérison complète.

Au contraire, l'injection sous-cutanée d'un sérum antidiphtérique, privé d'une partie de ses albumines, n'a déterminé aucun accident. C'est là une preuve de plus qui montre l'intérêt qu'il y a à employer ce sérum ainsi modifié.

L'hypersensibilité extrême de ce malade paraît avoir été favorisée par la tuberculose dont il est atteint.

Nouveau cas d'orchite aiguë, accident sérique. — M. DUVAL-ARNOULD présente une nouvelle observation de cette singulière localisation de la maladie sérique décrite en 1920 par MM. G. Blechmann et Stiassnie. C'est le sixième cas actuellement signalé.

Un cas de réanimation du cœur par injection intracardiaque d'adrénaline chez une enfant en état de syncope au cours du tubage. Mort ultérieure en hyperthermie avec convulsions. — MM. P. LEREBOULLET, Marcel LELONG et COURNAND rapportent l'observation d'une petite fille de trois ans atteinte de laryngite morbilleuse avec grands accès de dyspnée ayant nécessité plusieurs fois le tubage. Au cours du dernier tubage, l'enfant présenta brusquement une syncope blanche avec mydriase, arrêt du pouls, cessation des battements cardiaques. Une injection intracardiaque d'un milligramme d'adrénaline, faite quinze minutes environ après le début de la syncope et alors que l'enfant pouvait être considérée comme morte, ramena en quelques minutes les battements cardiaques, la recoloration du visage et — combinée à la respiration artificielle — le rythme respiratoire spontané.

Malgré ce succès indiscutable, l'enfant est décédée vingt-deux heures après, avec une température extrêmement élevée et un état de mal convulsif.

Les auteurs admettent que ces convulsions sont peut-être dues à l'emploi d'une dose trop forte d'adrénaline, chez une enfant nerveuse, par ailleurs prédisposée. Ils pensent que, convenablement maniée, l'injection intracardiaque d'adrénaline est une méthode simple qui doit prendre rang définitivement dans le traitement de la syncope diphtérique et des accidents du tubage et de la trachéotomie. Toutefois ils insistent sur la nécessité de ne pas dépasser chez l'enfant une dose d'un quart à un demi-milligramme, à renouveler en cas de besoin.

Application des rayons ultraviolets dans les affections de la première enfance. — M. J. SAIDMAN et Mme M. HENRY exposent les résultats de traitements faits à la Maternité dans le service de M. Ribadeau-Dumas.

Pour le rachitisme, ils confirment les résultats remarquables donnés par les ultraviolets et ils indiquent l'action stimulante des rayons sur l'éruption des dents accélérée dans certains cas et se faisant presque sans douleur. Par contre, l'anorexie et la courbe de poids ne sont pas toujours améliorées chez les hypotrophiques. Les ultraviolets sont un adjuvant précieux pour améliorer l'état général et régulariser la courbe de poids. Les prématurés supportent bien les rayons qui améliorent leur croissance.

Chez les nourrissons infectés porteurs de pyodermite, érythème fessier ou pemphigus, l'action des ultraviolets directe bactéricide et indirecte sur l'état général accélère la guérison. Il en est de même pour l'otite traînante où intervient l'action stimulante sur l'état général. Les auteurs ont essayé l'actinothérapie dans les broncho-pneumonies des nourrissons. Les résultats ont été encourageants : sur treize enfants traités, quelques-uns ont bénéficié très nettement des rayons, trois seuls sont morts. Le mode d'action semble être indirect, comme stimulant de l'état général.

Les auteurs rapportent des guérisons d'asthme et de tétanie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1924)

L'action hypoleucopédétique et hypersécrétante de l'ésérine sur l'estomac. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL étudient l'action leucopédétique et sécrétoire de quatre substances, assez antagonistes de l'atropine, l'adrénaline, l'antipyrine, la pilocarpine et l'ésérine.

La première excite la leucopédèse et les trois autres la paralysent.

Mais de toutes l'ésérine est celle qui, par injection hypodermique ou par ingestion, donne les résultats les plus constants.

Elle abaisse dans tous les examens, la leucopédèse et accroît au contraire la sécrétion chlorhydrique.

Cette dissociation est aussi franche que celle produite par l'atropine mais de sens opposé, puisque l'atropine est un leucopédétique puissant et un hyposécréteur. Le fait est d'autant plus intéressant que l'action de l'ésérine sur le vago-sympathique est assez antagoniste de celle de l'atropine.

Leucopédèse et toxicité alimentaire. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL insistent à nouveau sur le rôle défensif de la leucopédèse dans les déterminations générales des intoxications alimentaires.

L'adjonction chez un sujet sensible d'un produit leucopédétique comme l'atropine empêche la réaction cutanée alors que l'adjonction d'ésérine, produit paralysant, l'exagère ou la favorise.

Cette action défensive réside dans la leucopédèse et non directement dans le système nerveux. Elle peut être réalisée en effet avec des substances sucrées qui sont des excitants de la leucopédèse mais n'ont pas d'action nerveuse marquée.

Aussi concluent-ils que la toxicité pour un organisme d'un produit alimentaire est inversement proportionnelle à la leucopédèse; et que cette toxicité peut être atténuée par l'accroissement artificiel de la leucopédèse comme elle peut être accrue par sa diminution.

Section de deux pneumogastriques et hyperleucopédèse gastrique. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL citent des observations cliniques et thérapeutiques où s'affirme l'influence du tonus vago-sympathique sur les variations de la leucopédèse gastrique.

Ils signalent l'énorme leucopédèse que permet ou favorise la section des deux pneumogastriques et qui peut atteindre des chiffres six fois plus considérables que les chiffres normaux.

Ils concluent donc que l'afflux des leucocytes dans l'estomac au cours de la digestion dépend en partie de l'équilibre vago-sympathique et se montre d'autant plus important que l'inhibition du nerf vague est plus complète.

Kérato-conjonctivite expérimentale à bacille pyocyanique. De l'action d'un bactériophage antipyocyanique. — MM. Chr. ZŒLLER et MANOUSSAKIS, poursuivant leurs recherches sur les kératites infectieuses expérimentales décrivent les lésions oculaires produites par le bacille pyocya-

nique, caractérisées par de la congestion et une exsudation verdâtre caractéristique.

Une première lésion oculaire confère une immunité relative. Cette immunité est strictement locale; elle n'est pas spécifique.

L'inoculation sous-conjonctivale d'un bactériophage; pratiquée à titre préventif ou curatif, paraît aggraver la lésion oculaire.

Excrétion des corps cétoniques et de l'acide β-oxybutyrique chez les chiens dépancréatés. — MM. H. Bierry et F. Rathery rapportent les résultats de leurs expériences portant sur des chiens ayant subi l'ablation partielle ou totale du pancréas; avant et après l'ablation de la greffe. Les animaux étaient mis à un régime de viande maigre; les expériences concernant les animaux soumis à un régime lipéique ou mixte seront publiés ultérieurement. L'acide β-oxybutyrique apparaît rapidement dans l'urine des chiens ayant subi la dépancréatectomie totale; l'excrétion de cet acide est donc antérieure à celle des corps cétoniques (acétone et acide diacétique) et lui reste supérieure; elle varie en quantité avec chaque animal. L'élévation des corps cétoniques seuls ne peut donc donner qu'une idée très incomplète de l'acétonurie.

Variations de la glycémie chez le chien après splenectomie. — MM. H. Bierry et F. Rathery et Mlle L. Levina. Les animaux étaient mis à un régime fixe composé d'une quantité déterminée de viande dégraissée et de pain. Les résultats concernent des animaux suivis pendant des laps de temps variant de quelques jours à trois mois. La splénectomie a une influence très nette sur l'équilibre glycémique; elle provoque une augmentation plus ou moins persistante du sucre libre et du sucre protéidique. L'hyperglycémie apparaît parfois dès le troisième jour, parfois seulement au huitième jour et même plus tard. L'augmentation du sucre protéidique peut précéder celle du sucre libre.

Note sur le traitement de la syphilis nerveuse par la tryparsamide — MM. H. Claude et R. Targowla ont expérimenté pendant un an le nouvel arsenical mis à leur disposition par l'Institut Rockefeller. Ils l'ont associé au bismuth et au cyanure de mercure, sans obtenir des résultats supérieurs à ceux que donnent ces agents employés isolément. Lorsqu'une association médicamenteuse est indiquée, la tryparsamide est inférieure aux dérivés du salvarsan.

(séance du 26 juillet 1924)

Infection diphtérique et immunité locale. — MM. Chr Zœller et Manoussakis, ont étudié l'immunité antidiphtérique locale chez le cobaye. Ils ont tenté de la provoquer par des instillations répétées d'émulsions concentrées de bacilles diphtériques, tués par la chaleur; les cobayes, ainsi traités, soumis ensuite à l'inoculation de bacilles de Loëffler virulents présentent une lésion oculaire typique.

Les cobayes guéris d'une kérato-conjonctivite diphtérique restent susceptibles de présenter ultérieurement sur le même œil une lésion de même intensité.

Ni les contacts microbiens répétés et prolongés, ni l'infection locale ne sont susceptibles de créer l'immunité antidiphtérique locale.

Les cobayes ainsi traités n'acquièrent de ce fait aucune sensibilité aux protéines diphtériques analogue à celles que décèle chez l'homme l'anatoxi-réaction.

Action du liquide de perfusion rénale sur l'élimination de l'eau, des chlorures et de l'urée. Modifications de la perméabilité rénale. — MM. Charles Richet fils et Gournay ont étudié l'action du liquide de perfusion rénale sur l'élimination de l'eau, des chlorures et de l'urée. Ils ont vu que l'augmentation absolue était sensiblement comparable pour ces trois éléments. D'autre part ils ont étudié les modifications de la perméabilié rénale et par divers calculs ont vu qu'elle était augmentée tant pour l'urée que pour les chlorures.

Essais de thérapeutique du cancer expérimental des plantes. — MM. A. Gosset, Gutmann, Lakhovski et Magrou ont pu obtenir par l'application des ondes magnétiques produites par le radio cellulo oscillateur G. Lakhovsky (oscillations de $\lambda = 2$ mètres, correspondant à 150.000.000 de vibrations par seconde) la guérison du cancer expérimental des plantes provoqué sur le pelargonium par le bacterium tumefaciens. Ces résultats n'ont pu être obtenus ni par l'exérèse chirurgicale, ni par le radium ou les rayons X.

PRATIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'ACTION DU GLUCOSIDE CRISTALLISÉ, ISOLÉ DU BULBE DE LA SCILLE (SCILLARÈNE) DANS L'AZOTÉMIE (1).

Par M. A. Tilmant.

Stoll et Suter ont isolé en 1912, du bulbe de la scille, un alcaloïde cristallisé, principe actif de la plante et qui, sans danger d'accumulation, sans inconvénient pour le rein et l'estomac, présente des propriétés cardio-toniques et diurétiques puissantes. Après le professeur Gabriel Perrin (2) et le docteur Calac (3), M. A. Tilmant étudie l'action de ce principe actif, le scillarène, dans la néphrite azotémique et apporte une contribution intéressante aux travaux de Pic, Bonnamour, et Luquet, sur la question de la scille envisagée comme diurétique azoturique.

Se basant sur six observations personnelles l'auteur montre que l'administration du scillarène a déterminé des modifications thérapeutiques importantes. Voici comment il s'exprime à ce sujet.

« La pression sanguine se trouve heureusement influencée par les petites doses même, on note un abaissement rapide de la tension maxima qui s'abaisse régulièrement sans l'adjonction d'aucune autre médication ni de moyens physiques. Chez l'un des malades, la disparition des troubles vertigineux fut rapide et suivie de la disparition d'hémorroïdes.

Nous ne reviendrons pas sur l'action diurétique du glucoside déjà si bien étudiée ailleurs, mais nous noterons la confirmation formelle de l'action diurétique puissante de ce principe actif.

Chez aucun de nos malades nous n'avons remarqué de signes d'intolérance ou de saturation.

L'action sur l'azotémie est notable et aussi régulière que la marche descendante de la pression et d'augmentation du débit urinaire. Secondairement, on constate une amélioration notable de la constante d'Ambard.

Comment expliquer ces modifications favorables? Si l'on étudie les courbes jointes aux observations, on remarque que la courbe de l'azotémie et celle du débit urinaire suivent une marche inverse. Il est donc logique d'admettre que le scillarène agit sur le rein en déterminant une diurèse abondante, constituant une sorte de lavage de sang, nous avons remarqué, à l'appui de cette hypothèse, l'augmentation de la consommation des liquides chez la plupart des malades. Dans ces conditions, l'élimination de l'urée sanguine se fait de façon plus intense, diminuant les troubles toxiques. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PRÉPARATION PHARMACEUTIQUE

ABSENCE DE VERTU CURATIVE

Dans quel cas une substance constitue-t-elle une préparation pharmaceutique dont la fabrication et la vente sont réservées aux seules personnes pourvues du diplôme de pharmacien? C'est une question de fait qui est laissée à l'appréciation des juges.

La Cour d'appel de Rouen, dans un arrêt du 8 février 1924, avait décidé qu'une lotion pour les cheveux préparée avec des substances du tableau A du décret de 1916 et présentée comme lotion ayant la propriété de détruire les poux et lentes ne constituait pas une préparation pharmaceutique que seul le pharmacien diplômé peut fabriquer et vendre.

Pourvoi en Cassation a été formé contre cette décision. La Cour suprême a rejeté ce pourvoi par un arrêt du 10 mai 1924:

(1) *Les Sciences méd.*, 31 mars 1924.
(2) *Gaz. des hôpit*, 1923, n° 55, p. 884.
(3) *Th. de Toulouse*, 1923.

« Attendu, dit-elle, qu'il appartenait au juge du fait qui a statué après expertise, d'examiner si, dans les circonstances de la cause, la substance fabriquée et mise en vente par X... sous le nom de *lotion M...* constituait une préparation pharmaceutique en tenant compte à la fois de sa composition, des conditions dans lesquelles elle était débitée et de sa destination.

Attendu que la Cour d'appel a constaté que le produit appelé *M...* est une infusion de pied de griffon, plante indigène; que si on y trouve de la vératrine, de la verveine et de l'elléborine en quantité minime, ces substances ont pu se produire par suite de réaction indépendante de la volonté du fabricant; que par sa composition cette substance n'est pas un remède, mais une lotion pour cheveu, un produit d'hygiène et de propreté; que X... présente au public la lotion *M...* comme étant propre à la destruction des poux et lentes, mais qu'il ne lui attribue aucune vertu curative ou préventive d'un état morbide quelconque; que d'ailleurs la présence des parasites dont il s'agit, sur le cuir chevelu, ne constitue pas une maladie.

Attendu qu'en l'état de ces constatations l'arrêt attaqué a pu légitimement décider que la lotion *M...*, qui ne possède aucune propriété médicamenteuse, n'était pas une composition ou une préparation pharmaceutique dont la fabrication et la vente sont réservées aux seules personnes munies d'un diplôme de pharmacien ».

LIVRES NOUVEAUX

L'état actuel du problème du cancer. Science et civilisation (1), par le docteur G. Roussy.

Il meurt, de cancer, chaque année, au moins 40.000 personnes en France, et 500.000 de par le monde. Il y a donc une question du cancer, qui intéresse non seulement les spécialistes, mais encore les hygiénistes, les sociologues, et, d'une manière générale, tous ceux qui sont curieux et des choses de la vie, et des innombrables causes qui peuvent en troubler le rythme normal.

C'est cette question que nous expose, dans la collection *Science et civilisation* l'un de ceux qui la connaissent le mieux, M. G. Roussy.

Il rappelle, pour commencer, l'évolution des idées médicales relatives au problème du cancer, depuis l'antiquité. Hippocrate distingue parmi les néoformations qui ne guérissent pas, et dans lesquelles il fait rentrer les hémorrhoïdes, les cancers durs et les cancers ouverts, et attribue aux uns comme aux autres une origine humorale. La même théorie est admise par nombre de ses successeurs : Galien, qui explique le développement des tumeurs par l'existence d'une « bile noire qui ne bouillonne pas », et par Descartes qui, après avoir révoqué en doute l'existence de l'atrabilis, met en cause la lymphe extravasée et coagulée. A. Paré décrit le sarcome, « excroissance de chair qui vient de l'élément propre de la partie où elle naist » et le squirrhe, lequel appartient aux tumeurs qui « sont faites de mélancolie ». Morgagni, au XVIIIe siècle, montre, le premier, l'importance des autopsies, et la valeur des renseignements qu'elle fournit à l'étude de la pathologie. Dès la fin du même siècle, les théories humorales, galliéno-hippocratique et cartésienne ont vécu. Au début du XIXe siècle, deux théories s'opposent : tissulaire et phlegmasique, soutenues, celle-là, par Bichat et Laennec, celle-ci, par Broussais. Mais bientôt, deuxième étape, histologique ou cellulaire. J. Müller décrit la structure de diverses tumeurs, Virchow développe la théorie de l'indifférence cellulaire, Renak, celle de la spécificité cellulaire.

Quelle est la délimitation du cadre du cancer? Par ce nom, faut-il entendre, comme les Allemands et les Anglo-Saxons, les tumeurs malignes d'origine épithéliale, ou, comme en France, toutes les tumeurs malignes, aussi bien conjonctives qu'épithéliales? Est cancer, toute tumeur maligne, n'ayant pas la structure des processus inflammatoires ou parasitaires connus, qui a tendance à persister et à s'accroître, qui est douée de propriétés envahissantes et destructrices, fait des métastases, récidive après ablation, tue par cachexie et peut être inoculée en série à une même race animale.

(1) In-18, 192 p. — Paris, 1924, Gauthier-Villars.

Quelle est l'origine du cancer? Trois théories pathogéniques principales : vice de développement au cours de la vie embryonnaire : théories embryonnaires; intervention d'un élément exogène : microbes, parasites; théories microbiennes ou parasitaires; troubles dans l'évolution et dans la multiplication cellulaire : théories cellulaires. Chacune s'appuie sur des arguments solides ou ingénieux, mais aucune n'est entièrement satisfaisante pour l'esprit, et tout ce qu'on peut dire, en matière de conclusion, c'est que le cancer ne peut, au point de vue pathogénique, être assimilé aux maladies infectieuses ordinaires : c'est une maladie à part.

Abordant ensuite le problème étiologique du cancer, M. Roussy démontre que : 1° ses causes ne sont pas uniques, mais multiples; 2° qu'il frappe le plus souvent des tissus ou des organes antérieurement lésés. Les causes prédisposantes générales n'ont plus aujourd'hui l'importance qu'on leur attribuait jadis : elle est considérée comme nulle par ceux qui ne considèrent pas le cancer comme une affection contagieuse ou héréditaire; par contre, grand paraît le rôle des irritations locales, des états précancéreux.

Quels sont les principaux aspects anatomo-cliniques des cancers? Cliniquement, trois périodes : une de début, où le cancer est une maladie circonscrite, limitée : c'est la plus importante à connaître, puisqu'il est curable s'il est traité à temps et comme il convient : ses signes varient, naturellement, selon que la localisation est cutanée ou profonde : à noter que souvent, au début, il est indolore; — une d'état, correspondant à l'accroissement, la prolifération et l'envahissement du cancer, et à l'apparition des métastases; — une terminale, de cachexie.

A cette division clinique, fait suite une description anatomo-pathologique, envisageant tour à tour les cancers épithéliaux; les sarcomes; les cancers embryonnaires.

Comment arriver au diagnostic? Par les renseignements cliniques, d'abord, mais, aussi, par les méthodes de laboratoire, et, surtout, par la biopsie, laquelle fournit des indications de premier ordre, et ne doit jamais être négligée.

L'étude de la question du cancer a fait de grands progrès depuis qu'on sait réaliser le cancer expérimental, soit en faisant des greffes chez les souris, soit par des frictions à base de goudron, soit à l'aide de rayons X, soit en faisant intervenir certains parasites, soit en inoculant le filtrat de certaines tumeurs (sarcome infectieux des poules).

Les données précédentes permettent de poser sinon de résoudre entièrement le problème biologique du cancer, qu'il s'agisse de la cellule cancéreuse, du tissu cancéreux ou de l'organisme cancéreux. Pour la première, bouleversement des fonctions normales, rupture de l'équilibre en faveur des phénomènes d'accroissement et de réparation, peut-être de cause physico-chimique. Pour le second, accroissement ou multiplication de ses propres éléments, troubles des tissus voisins, dont le cancer prend progressivement la place, généralisation, tendance aux récidives, après traitement; pour le troisième, réactions diverses et complexes.

Toute la thérapeutique du cancer est dominée par deux notions : 1° Il est à son début, une maladie locale; 2° il est curable à sa phase locale. D'où la nécessité de le traiter de bonne heure. Pour cela, plusieurs méthodes : les unes, directes; exérèse chirurgicale, radiothérapie, électrothérapie; les autres, indirectes, cherchant à modifier le terrain, et dont les plus connues sont la chimiothérapie et l'opothérapie.

Le cancer pose aussi un problème social, celui de la lutte anticancéreuse qui a été instituée, pour la première fois, en 1792, au Middlesex Hospital, et qui, maintenant, est organisée méthodiquement dans tous les pays civilisés.

Telles est, en quelques lignes, l'ordonnance de ce petit livre, où le lecteur trouvera toutes les notions essentielles relatives au cancer. Histologiste, M. Roussy s'est bien gardé de verser dans la morphologie; lettré, il ne nous accable pas sous le poids de son érudition. Il ne dit pas tout. Mais il sait ce dont il parle. Et il en parle avec tant d'agrément qu'on le suit jusqu'au bout, sans s'apercevoir un instant qu'il s'agit de questions ardues qu'on ne comprend d'habitude qu'à une seconde ou à une troisième lecture.

L. BABONNEIX.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Un concours s'ouvrira, le 8 décembre 1924, à l'hôpital Laënnec, à Paris, pour une place de médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Limoges.

— M. le docteur Gougoule, inspecteur de l'Assistance publique, passe, sur sa demande, du département du Gard dans le département de la Haute-Garonne.

M. le docteur Favette, inspecteur de l'Assistance publique, passe, sur sa demande, du département de l'Ardèche dans le département du Gard.

MINISTÈRE DES PENSIONS — Le *Journal officiel* du 15 août 1924 (n° 218, p. 7674) publie une instruction relative à l'application du décret du 8 août 1924 modifiant le décret du 17 octobre 1919 sur l'indemnisation des tuberculeux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919, et au rôle : 1° des médecins chefs de centres de réforme; 2° des médecins experts; 3° des commissions de réforme; 4° des médecins surexperts.

GUERRE. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1924, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à ce concours seront nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1924. Ceux d'entre eux qui ont subi un retard dans leurs études du fait de la guerre bénéficieront d'une rétroactivité de prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, dans les conditions fixées par le décret du 1er avril 1923. (*J. O.*, 10 avril 1923.)

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois sus-visés ont été insérés au *Journal officiel* sous forme d'arrêté (*J. O.*, 26 juillet 1924) et d'instruction (*J. O.*, 25 juillet 1924).

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du Corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministère de la Guerre (8e direction, 3e bureau).

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE a voté les crédits suivants :

Pour travaux complémentaires d'adduction d'eau à l'annexe du Laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie (189, rue Vercingétorix), 20.000 fr.; pour l'achat et l'installation d'appareils d'électricité médicale au même Laboratoire, 300.000 fr.; pour compléter l'installation du service libre de prophylaxie mentale, 63.750 fr.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Travail et de l'Hygiène. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Pierre Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ministère des Pensions. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs M.-E. Lenglet et Louis Sibut (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Iulg (de Beaucourt), Lavigne (de Besançon), Léon Mabille (de Paris).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ministère de l'Instruction publique. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Casse (d'Aix), Chatin (de Lyon), Chevallier (de Loudun), Delabost (de Rouen), Dufour (de Fécamp), Duverger (de Strasbourg), Duvergey (de Bordeaux), Fillion (de Vertou), Forster (de Strasbourg), Fournier (d'Avesnes-le-Sec), Garrelon et Gautret (de Paris), Guy (de Bonneville), Hannebelle (de Friville-Escarbotin), Langle (de Brive), Lautier (de Toulon), Lemeignen (de Rennes), Leuret (de Bordeaux), Maisonnay (de l'Isle-Jourdain), Melliès (de Paris), Merleau-Ponty (de Neuilly), Mouzels (de Marseille), Mutel (de Nancy), Nux (de Toulouse), Pambrun (de Bayonne), Payre (de Grenoble), Petitjean (de Dijon), Peyronie (de Château-Chinon), Peytard (de Corps), Pfersdorff (de Strasbourg), Picqué (de Bordeaux), Pointin (d'Amiens), Rafinesque et Rieux (de Paris), Roger (de Levroux), Samalens (d'Auch), Sarvonat (de

Lyon), Stolz (de Strasbourg), Trillat (de Lyon), Voillenün (de Langres).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aimes (de Montpellier), Alex (de Roanne), Abric-Bourges (de Castelnaudary), Binet (de Châteaurenault), Bocquillion (de Châlons-sur-Marne), Boudet (de Montpellier), Bouissou (de Marseille), Bouvier (de Reims), Brun (de Bordeaux), Cambon (de Marseille), Canazzi (d'Olmeto), Chalier (de Lyon), Chanal (d'Aurillac), Cordier (de Lyon), Coudray (d'Alger), Cromback (de Saverne), Dufourt (de Lyon), Froelicher (de Sissonne), Gascon (de Redon), Gaudemet (de Dijon), Gaudin (de Marennes), Mlle Giraud (de Montpellier), MM. Goinard (d'Alger), Golse (de Bordeaux), Guérain (de Dijon), Guillaume et Jacob (de Rouen), Jean (de Toulouse), Jullich (de Saulces-Monclin), Koenig (de Colmar), Lapeyre (de Montpellier), Le Grand (de Rouen), Lelièvre (de Paris), Mahoudeau (d'Amboise), Mathieu (de Wassy), Mollière (de Lyon), Montigny (de Clary), Montpellier (d'Alger), Motheau (de Saint-Maixent), Olivier (de Lille), Pasquier (de Nantes), Paysant (de Nancy), Rathery (de Paris), Richard (d'Yvetot), Sauze (de Levallois-Perret), Troller et Verliac (de Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. — M. le professeur Prenant fera personnellement un cours élémentaire de technique histologique qui aura lieu tous les jours, de 14 à 18 h., du 1er octobre au 1er novembre.

Il convient à tous ceux qui desirent acquérir la pratique des méthodes de la technique histologique : docteurs français et étrangers, étudiants ayant satisfait à l'examen d'histologie afférent à leur scolarité et notamment ceux qui ont déjà accompli les exercices de technique réduits dirigés par M. le professeur agrégé Mulon. Mais ce cours n'est nullement préparatoire aux examens de fin d'année parce qu'il suppose l'histologie connue, et qu'il consiste uniquement en manipulations que l'examen de fin d'année ne comporte pas. Un autre cours, dirigé par M. le professeur agrégé Branca, sera fait au mois d'octobre, pour les étudiants tenus à la réparation de leurs travaux pratiques, pour raisons d'absence ou d'insuffisance.

On insistera surtout sur les méthodes générales capables de mettre l'élève à même de pratiquer dans de bonnes conditions l'examen histologique d'un organe ou tissu quelconque. Mais, en outre, on passera en revue les principales méthodes spéciales : examen du sang, procédés de coloration des fibres conjonctives et élastiques, méthodes d'imprégnation métallique, techniques du système nerveux, méthodes cytologiques, etc.

Le droit afférent à ce cours est de 100 fr. — Le nombre des places est limité à vingt.

Les intéressés devront se faire inscrire au guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES, organisé avec la collaboration de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, par MM. Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris; L. Blum, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Burnand, privatdocent à la Faculté de médecine de Lausanne; Canuyt, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Debré et Lemierre, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris; Merklen, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg; Vaucher, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Lundi 13 octobre. — M. Canuyt : Les voies aériennes supérieures et les voies aériennes inférieures; — Le traitement de l'insuffisance respiratoire, la gymnastique respiratoire.

Mardi 14 et mercredi 15 octobre. — M. Lemierre : La gangrène pulmonaire (2 leçons).

Jeudi 16 octobre. — M. L. Blum : Le traitement de l'asthme.

Vendredi 17 et samedi 18 octobre. — M. Debré : La tuberculose du nourrisson (2 leçons).

Lundi 20 octobre. — M. Burnand : Le diagnostic du début évolutif de la tuberculose pulmonaire et les différentes formes anatomo cliniques.

Mardi 21 octobre. — M. Burnand : Indications et résultats du pneumothorax artificiel.

Mercredi 22 octobre. — M. Vaucher : Tuberculose et grossesse.

Jeudi 23 octobre. — M. Vaucher : Quels sont les tuberculeux qu'il faut admettre dans les sanatoriums.

Vendredi 24 octobre. — M. Merklen : Les erreurs de diagnostic relatives à la tuberculose pulmonaire.

Samedi 25 octobre. — M. Bezançon : La dilatation des bronches.

Lundi 27 octobre. — M. Vaucher : La lutte antituberculeuse et les statistiques de mortalité par tuberculose en Alsace et en Lorraine.

Les heures des cours seront publiées ultérieurement.

COURS DE VACANCES DE STOMATOLOGIE. — Un cours de vacances de stomatologie (théorique et pratique) aura lieu à l'hôpital Saint-André de Bordeaux tous les matins, du 1er au 15 octobre, sous la direction du docteur Delguel, avec le concours de MM. les docteurs Blanchereau et Despin, stomatologistes des hôpitaux.

Ce cours de vacances est réservé à MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants en médecine désireux de se perfectionner dans la spécialité.

Le cours est gratuit. Pour se faire inscrire s'adresser au service de stomatologie de l'hôpital Saint-André ou bien à M. Despin, 15, rue Lafaurie-de-Montbadon.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 g. de lait et 30 g. de pain. — A midi, 200 g. de viande sans sel, 250 g. de légumes sans sel, fruits cuits, 80 g. de pain. — A 4 heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 g. de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : 20 jours par mois, un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours, chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 g. pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

RENSEIGNEMENTS

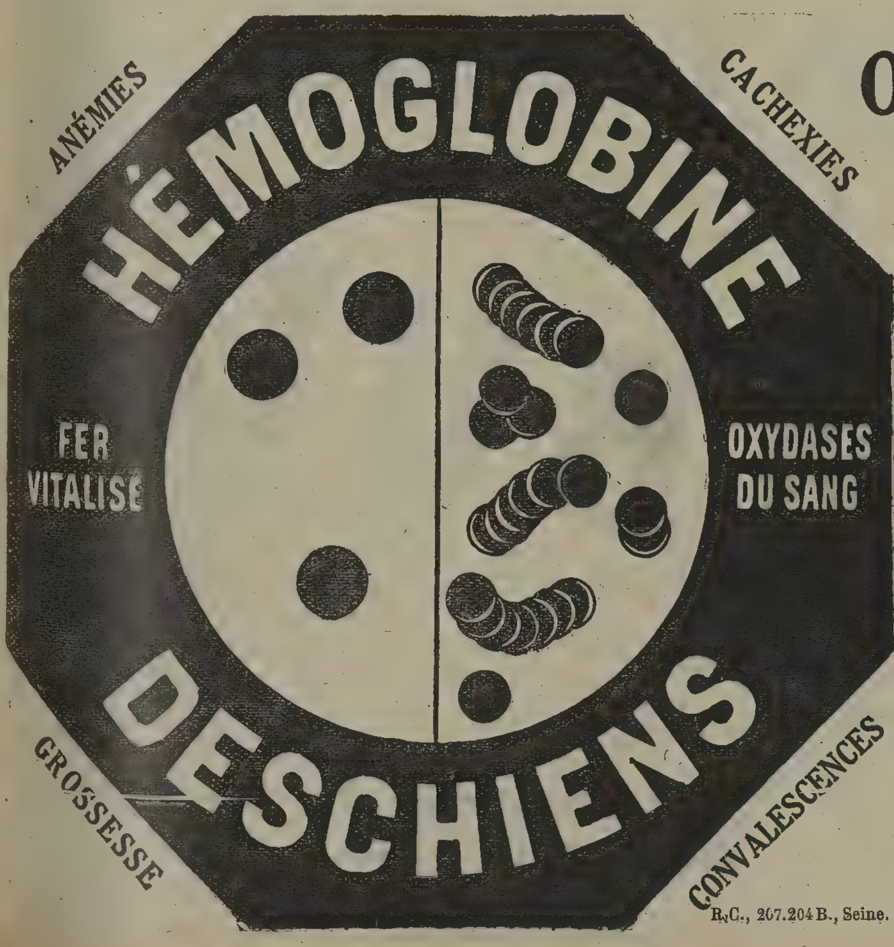
CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CIRCUITS AUTOMOBILES DU JURA. — Aux services automobiles de la route du Jura qui fonctionnent chaque jour entre Genève, Besançon et Belfort, se rattachent plusieurs services annexes parmi lesquels il convient de citer :

Le circuit du Doubs : Besançon, Lac de Malbuisson, La Chaux-de-Fonds, Consolation, Besançon;

Le circuit de l'Ain : Genève, Col de la Faucille, Nantua, Le Pailly, Genève;

Le circuit du Jura : Lons-le-Saunier, Grottes de Baume Poligny, Champagnole, Lons-le-Saunier.

Ce dernier circuit, qui a été créé cette année et fonctionne les dimanche, mardi et jeudi jusqu'au 15 septembre, permet de visiter les merveilleuses grottes de Baume et la région si intéressante des lacs Narlay, Ilay, Bonlieu, Val, Chambly, Chalain, etc. Il est spécialement recommandé aux touristes des régions avoisinantes, notamment de Dijon et Lyon, qui ont ainsi l'occasion de faire une excursion des plus attrayantes.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le jeudi 5 juin, brillante réunion, au 7 de la rue de l'Ecole-de-Médecine. Devant une élite de physiologistes et de biologistes, deux savants, dont les noms font honneur, l'un à la Faculté de Bruxelles, l'autre, à l'École de Strasbourg, MM. Terroine et Edg. Zuna exposaient, dans de lumineux rapports, les notions actuellement acquises sur le métabolisme basal (1).

Pour M. Terroine, accepter la notion de « métabolisme de base », c'est admettre par là-même l'existence, dans la vie normale, de deux catégories distinctes de dépenses énergétiques : les unes, contingentes et variables, les autres, au contraire, nécessaires et irréductibles, expression de la vie elle-même. Définir le métabolisme de base, c'est atteindre le taux irréductible d'une dépense inéluctable, « l'apport absolument nécessaire pour l'entretien d'une vie normale (Magnus-Lévy) », le minimum de dépense énergétique de l'organisme considéré. Si, chez un homéotherme, on dissocie la dépense énergétique totale en ses divers éléments : activité vitale elle-même, d'origine cellulaire; réactions provoquées par l'arrivée des substances nutritives dans l'intimité des tissus; fonctionnements intermittents (digestion; travail extérieur; régulation de la température), on voit que les trois derniers sont contingents, et que, par contre, les dépenses portées sous les numéros 1 et 2 présentent un caractère d'absolue nécessité.

Pour mesurer cette dépense inéluctable, il faut :

1° *Supprimer les dépenses contingentes*, condition sur laquelle tout le monde est d'accord, mais qu'il est difficile de réaliser en pratique, et dont l'étude soulève encore bien des discussions. Il y a lieu d'envisager séparément :

a. *Le travail de la digestion.* — Il est capital, à ce sujet, de bien distinguer (Rubner), parmi les dépenses énergétiques consécutives au repas, celles qui sont dues : 1° Au travail digestif (mouvements du tube digestif et activité de ses glandes); et 2° au métabolisme de base. Pour séparer ces deux activités que Bénédict et Carpenter ont eu le tort de confondre, un seul moyen : l'ingestion de substances sans valeur nutritive, non absorbables, mais n'en provoquant pas moins un fonctionnement intense de l'appareil digestif.

b. *Le travail extérieur.* — L'exécution d'un léger travail musculaire occasionne-t-il un surcroît de dépenses importantes ou négligeables? De ces deux opinions, la première a été soutenue par Magnus-Lévy et Falck, Tigerstedt, Benedict, la seconde, par Lefèvre. Si l'on admet celle-là, on comprend la règle imposée : position couchée, relâchement musculaire complet, élimination absolue de tout mouvement. Lefèvre lui objecte que, d'une part, les dépenses d'un léger travail sont négligables, que, de l'autre, elle est fondée sur un vice de raisonnement évident ou sur une erreur de calcul, puisque, en l'exprimant en chiffres, balancer simplement ses bras sans bouger réaliserait un travail égal au tiers de celui d'un ouvrier produisant 25.000 kilogrammètres par heure. Peut-être ces résultats extraordinaires sont-ils dus, à ce qu'on n'a jamais pris soin, dans ces déterminations, de se placer au point de neutralité thermique et qu'une partie de la chaleur résiduelle résultant du travail servant à maintenir la température constante, on ignore encore, et contrairement à ce que l'on croyait, la valeur réelle du rendement du travail. En tout cas, puisque la question est encore discutée, soyons prudents, et recommandons une résolution musculaire aussi complète que possible.

c. *La régulation de la température.* — Lefèvre a démontré (1896-1908) qu'en dehors des périodes de digestion et tout travail musculaire écarté, la dépense d'énergie se résout en deux parts distinctes : l'une variable, fonction de la température extérieure, comprenant la mise en jeu de tous les mécanismes régulateurs de la température interne, déperditeurs, si la température extérieure est trop élevée (thermolyse), producteurs, si elle est trop basse (thermogenèse); l'autre fixe, correspondant à la vie même des tissus et des organes et à leur fonctionnement « chaleur non réglable, dépense du service physiologique ». Pour obtenir la valeur de cette chaleur non réglable, il faut éliminer toute dépense de thermogenèse et de thermolyse, c'est-à-dire placer l'organisme dans des conditions telles que n'ayant besoin d'aucune combustion pour lutter contre le froid, il puisse, dans le même temps, perdre la chaleur résultant du travail physiologique sans travail supplémentaire. Ces conditions sont réalisées, chez l'homme, par le bain à 36 degrés (état de neutralité thermique). Or, fait surprenant, et pourtant exact, la plupart des auteurs, dans leurs déterminations de métabolisme basal, oublient de noter la température extérieure. Ils substituent à une notion scientifique, celle de chaleur non réglable, une notion empirique, de métabolisme de base, qu'ils obtiennent en additionnant un élément constant et un élément variable, selon la température extérieure. Erreur contre laquelle proteste, après Lefèvre, M. Terroine, et d'autant plus inadmissible que la dépense de thermogenèse est loin d'être négligeable. « Une mesure de métabolisme basal chez un homéotherme, ne peut être utilisée dans ces comparaisons interspécifiques que si elle représente uniquement la dépense du service physiologique ; si, par conséquent, elle a été réalisée au point de neutralité thermique de l'espèce considérée. »

Il faut reconnaître, d'ailleurs, que les discussions ont uniquement pour base des faits de physiologie humaine, les uns disant : l'homme civilisé, exception parmi les homéothermes, ne règle plus sa température par des mécanismes physiologiques ; les autres estimant que le bain à 36 degrés constitue un procédé inutilement compliqué. Discutant ces opinions, M. Terroine conclut, pour la première — peut-être provisoirement — que, comme il y a, parmi les hommes, des sujets qui règlent physiologiquement leur température par une augmentation des échanges, alors que d'autres ne le font pas, on courrait un grand risque en ne tenant pas compte de la température extérieure. Pour la seconde, il admet que, chez l'homme, la mise en état de neutralité thermique sera réalisée par le bain à 36 degrés, avec respiration d'air à la même température et saturé d'eau.

2° *Abaisser les dépenses inéluctables au minimum.* — Pour cela, il faudrait supposer résolues les questions suivantes :

a. L'augmentation de l'intensité des échanges après les repas est-elle due à une transformation préalable des aliments en glucose? Cette question, certains la tranchent affirmativement (Rubner, G. Weiss, Terroine), et ce dernier admet qu'autant la perte d'énergie est faible, si l'hydrate de carbone se forme aux dépens d'un autre hydrate de carbone, autant elle est considérable s'il se forme aux dépens des graisses et des protéiques. Accepte-t-on cette conception, force est donc, dans la mesure du métabolisme basal, de couvrir les besoins énergétiques uniquement à l'aide d'hydrates de carbone.

b. L'augmentation des dépenses après les repas est-elle due à une excitation provoquant une augmentation de la combustion cellulaire (Voit, Graham, Lusk)? Si oui, le moment des repas devra être pris en considération.

c. Les deux causes interviennent-elles simultanément? S'il en est ainsi, ce qui est vraisemblable, la seconde paraît médiocre, la première, beaucoup plus importante. Conclusion : pour se rapprocher le plus possible de la vérité, prescrire, pour le repas qui précède la détermination du métabolisme basal, des hydrates de carbone, et placer ce repas douze heures avant l'épreuve.

3° Les dépenses contingentes supprimées, les dépenses inéluctables ramenées à leur taux minimum, a-t-on réellement, avec la dépense résiduaire, une valeur fixe, incapable de subir aucune modification? Autrement dit, le métabolisme basal représente-t-il au minimum irréductible, une dépense non réglable? Si oui, cela suppose d'une part, qu'il représente, pour un même individu, une constante caractéristique, de l'autre, qu'il ne saurait être modifié ni par l'inanition, ni par une sous-alimentation, ni par une suralimentation préalable.

Malheureusement, il n'est nullement prouvé que le méta-

(1) Ces rapports, avec leurs discussions et les communications qui ont été faites sur le même sujet, ont été réunis en plaquette, publiée par la librairie Masson, et qui a été mise en vente dès juillet.

bolisme basal d'un adulte soit une constante. Il est vrai que la plupart des auteurs n'ont pas tenu compte de la température et qu'ainsi, peut-être, s'explique la variabilité de leurs résultats.

Envisageons maintenant la deuxième condition exigée. Des chiffres et expériences fournis par les auteurs, il semble bien que si le métabolisme basal n'est en rien modifié par l'inanition, ce même métabolisme basal, chez un individu normal, ne représente nullement une valeur fixe, un minimum irréductible, que, pour expliquer un tel résultat, on invoque une amélioration dans le rendement du travail, une diminution de la grandeur du travail intérieur, ou une variation d'intensité de la respiration élémentaire des cellules. D'où la nécessité, puisque les états antérieurs influent sur la dépense du service physiologique, d'administrer, pendant un temps assez long avant la mesure du métabolisme basal une alimentation quantitativement normale.

La deuxième partie du rapport de M. TERROINE est intitulée *unité de mesure*. On sait que, pour mesurer la dépense énergétique, on a été amené à formuler la *loi des tailles* : les dépenses augmentent à mesure que la taille s'abaisse, et à la compléter par la *loi des surfaces*, due à Rubner et à Ch. Richet, d'après laquelle tout homéotherme présente la même dépense d'énergie par mètre carré de surface. C'est cette loi des surfaces qui a longtemps été appliquée au métabolisme basal. Avant d'accepter l'unité de surface comme mesure rationnelle du métabolisme basal, il faut résoudre deux questions :

La loi des surfaces vaut-elle pour le métabolisme basal? Y a-t-il réellement, au point de neutralité thermique, identité de production calorique, chez tous les homéothermes, par unité de surface? L'imperfection des mesures rend difficile l'étude de la validité interspécifique. Mais que conclure de sa validité intraspécifique? Les recherches de Benedict et Harris aboutissant à des résultats en contradiction formelle avec la loi des surfaces, on a proposé diverses solutions (Benedict) :

1° Rejet pur et simple de cette loi, et recherche d'une nouvelle mesure de métabolisme basal.

2° Recherche d'une mesure de métabolisme autre que les surfaces.

3° Recherche d'un procédé plus exact d'évaluation des surfaces.

Tous les physiologistes sont donc d'accord pour refuser à la loi des surfaces sa signification primitive. Doit-on la rejeter complètement.

Quand on étudie sa signification réelle, on voit qu'elle comporte deux postulats distincts et indépendants :

1° L'intensité de la thermogenèse est rigoureusement commandée par l'intensité de la thermolyse, laquelle :

2° Est fonction de la surface cutanée; le corps se refroidit d'autant plus vite que le rapport de sa surface à sa masse est plus grand, conformément à la loi de Newton. Il faut, pour admettre l'application, à ce cas, de la loi de Newton, que :

a. L'organisme ne perde de chaleur que par rayonnement cutané, ce qui est loin d'être prouvé.

b. La déperdition cutanée soit réellement proportionnelle à la surface de la peau. Il n'en est certainement pas ainsi.

c. La loi de Newton soit applicable aux homéothermes.

Or, « son application à l'être vivant est illusoire (Lefèvre) ». Et cependant, d'après M. TERROINE, dans tout organisme, le rapport de la surface à la masse ne peut pas ne pas jouer un rôle de premier ordre dans la déperdition.

Cette seconde question résolue, revenons à la première : les variations de la thermogenèse suivent-elles nécessairement celles de la thermolyse? Pour qu'il en soit ainsi, deux faits devraient être établis : 1° Dans toutes les circonstances qui obligent l'organisme à dépenser pour maintenir sa température constante, la loi des surfaces doit s'observer : elle doit donc être exacte pour toute température inférieure à celle de la neutralité thermique; 2° lorsque sont réalisées des conditions telles que l'organisme n'a pas à effectuer des dépenses spéciales pour le maintien de sa température, la loi des surfaces n'a plus aucune raison d'être. En est-il réellement ainsi? Pour la première question, la loi ne se vérifie pas pour toute température, alors que la déperdition devrait varier régulièrement avec la température extérieure. Pour la seconde, des expériences récentes de Zunz, on ne peut tirer aucune justification de la loi des surfaces, en ce qui concerne les poïkilothermes; quant aux homéothermes à neutralité thermique, la loi des surfaces semble bien régir le fond même de leur dépense énergétique. Elle doit donc, nécessairement, se traduire par l'existence de caractères typiques permanents. Quels sont les caractères propres à l'organisme et qui commandent l'intensité du métabolisme de base? Ils sont d'ordre chimique, physiologique et anatomique.

Chimique. — La grandeur de la dépense est-elle proportionnelle à sa teneur en matières protéiques?

Cela est bien douteux, même si l'on admet, avec Le Breton et Schaeffer, que, seule, une partie de substances azotées intervient dans les combustions. A sa teneur en substances lipoïdiques? Ce n'est pas encore démontré. A sa teneur en substances nucléiniques? Même réflexion. A sa teneur en substances minérales! C'est encore pure hypothèse. Aux variations qualitatives des constituants cellulaires? Mais celles-ci sont minimes. Impossible par suite d'attribuer un rôle aux variations de la masse active.

Physiologique. — Il existe une relation évidente entre les rythmes respiratoire et surtout circulatoire, d'une part, et la grandeur des dépenses.

Anatomique. — Ce qui doit être en rapport avec l'intensité de la dépense, c'est à la fois le débit de l'air dans le poumon et le débit sanguin dans les tissus. Ce sont ces débits qui doivent être proportionnés à la production calorique. Or, toute une série de faits récents montre précisément le rôle considérable que jouent les dispositifs anatomiques dans l'intensité des échanges. A ce sujet, M. TERROINE formule une hypothèse ingénieuse qui le conduit à la loi suivante : la grandeur de la dépense énergétique de tout homéotherme est directement proportionnelle au produit de nombre de contractions cardiaques pendant le même temps par le nombre des capillaires d'un tissu homologue évalué par millimètre carré de section.

De toutes ces considérations, que conclure, si ce n'est que la loi des surfaces règle la grandeur de la dépense de base des homéothermes (Rubner) cette loi ayant marqué son empreinte définitive sur les organismes par la présence de caractères permanents qui sont essentiellement d'ordre anatomique et fonctionnel?

Conclusion générale : La mesure du métabolisme basal par unité de surface est légitime, l'intensité de la production calorique restant régie, à la température de neutralité thermique, par la loi des surfaces. Elle est rationnelle, car la production calorique est réglée par des dispositifs anatomiques et des caractères fonctionnels permanents, dispositifs et caractères dont la fixation dans les homéothermes, au cours de l'évolution, a précisément permis la réalisation d'une température constante, bien voisine chez tous ces êtres, malgré des différences considérables dans la déperdition.

LES MÉTABOLISMES DE BASE EN PATHOLOGIE. — M. ZUNZ. Par cette expression, on entend la *quantité de chaleur, exprimée en grandes calories, produite par heure et par mètre carré de surface du corps, lorsque le sujet est au repos complet, à jeun depuis quatorze ou seize heures, dans une atmosphère à température moyenne de 16 degrés, suffisamment couvert pour n'avoir à réagir, ni contre le froid, ni contre la chaleur du milieu extérieur*. Cette notion résulte des travaux effectués par Fr. G. Benedict, d'une part, et, de l'autre, par Graham Lusk et Eugène Dubois.

Pour certains, il représenterait la quantité minime de chaleur produite par l'unité de surface dans l'unité de temps; c'est donc une partie de la dépense de fond ou de la « dépense minimum » de divers auteurs français.

La conception du métabolisme basal, ainsi définie, a été critiquée par M. J. Lefèvre pour qui l'énergie d'entretien, c'est-à-dire la dépense totale en calories de l'homme normal comprend : 1° l'*énergie physiologique minima* ou chaleur propre au mécanisme vital intérieur servant à l'entretien de l'activité des tissus; 2° la *chaleur de thermogenèse*, ou chaleur de dépense complémentaire de défense contre le froid, utilisée par l'organisme pour maintenir sa température malgré

les différences entre la température interne d'un corps et celles de l'air ambiant. Ce que l'on détermine dans l'air à 16 degrés, c'est la chaleur de thermogenèse; dans l'eau à 36 degrés (neutralité thermique parfaite sans réaction calorique sur le milieu), ce que l'on mesure, au contraire, c'est l'énergie physiologique minima qui, seule, représente le *véritable métabolisme des bases*. Pour M. Labbé et pour M. Janet, la cause d'erreur constituée par la méthode de la chambre à 16 degrés n'entraîne pas de grosses erreurs, en pratique : inversement, la méthode du bain à 36 degrés se heurte, en clinique, à des objections de divers ordres.

Krogh propose de substituer, à l'expression de métabolisme basal, celle du métabolisme étalon. Le métabolisme basal d'un organe ne représente nullement, en effet, une quantité constante. De plus, la conception américaine comprend, sous une même dénomination, deux choses différentes : 1° métabolisme réel de base, correspondant à l'*énergie physiologique minima* de J. Lefèvre; 2° dépense énergétique résultant de l'influence coordonnée des diverses activités fonctionnelles de l'organisme à l'état de repos. Le métabolisme réel de base ou métabolisme étalon est, par suite, exprimé par des valeurs inférieures à celles qui mesurent le métabolisme basal habituel, dont il ne représente que les trois quarts environ.

Comment le mesurer? Soit par calorimétrie directe, soit par calorimétrie indirecte. La première méthode consiste à mesurer directement la chaleur dégagée; la seconde, à déterminer les échanges respiratoires et à calculer, en partant de cette donnée, la quantité de calorique émise par l'organisme.

La calorimétrie *directe* exige l'installation délicate et coûteuse d'une chambre calorique et ne peut être employée que dans de rares hôpitaux ou instituts scientifiques.

La calorimétrie *indirecte* utilise des appareils de deux types : appareils à circuit fermé : le sujet respire dans une enceinte fermée. On absorbe le CO^2 éliminé au fur et à mesure de sa production et on remplace l'oxygène consommé au fur et à mesure des besoins; il en existe plusieurs types imaginés par Benedict, P. Roth, Krogh, Hannoud, Lyman, etc.; appareils à circuit ouvert, où le sujet respire librement à l'air; on recueille l'air expiré dans un récipient approprié; on prélève des échantillons de l'air expiré pour y doser la teneur en CO^2 et en O. On a aussi employé, pour déterminer le métabolisme basal, la méthode spectroscopique (Guillaume).

Il importe aussi de mesurer les surfaces des corps. On utilise d'habitude, pour cela, la formule d'E et de D. Du Bois :

$S = P \times 0.425 \times H\ 0.725 \times 71.84.$

P représentant le poids et H, la taille.

Une question capitale est également celle des valeurs normales de comparaison, différentes selon qu'il s'agit : 1° d'adultes; 2° d'enfants et d'adolescents; 3° de nouveau-nés. Ces valeurs normales, ne sont, malheureusement, pas encore établies avec certitude.

Quel que soit le procédé employé pour évaluer l'intensité du métabolisme de base, il convient de se placer dans des conditions expérimentales toujours identiques, et on contrôle de temps à autre, par des recherches sur des sujets normaux, l'exactitude de chiffres obtenus dans les états pathologiques.

Quels sont les facteurs influençant le métabolisme de base? Ce sont :

1° *L'état de nutrition du sujet*. — Jeûne qui peut être moins absolu qu'on ne le croyait jadis; régime antérieur, dont la composition doit être bien connue; hyper ou hyponutrition; jeûne prolongé. L'état de nutrition antérieur du sujet intervient donc, pour une large part, dans l'intensité du métabolisme de base au moment de sa détermination;

2° *L'activité ou la résolution musculaire*. — Le métabolisme basal est moins élevé chez un sujet qui dort que chez un sujet au repos, moins élevé chez un sujet au repos que chez celui qui s'est préalablement livré à quelque travail musculaire. L'état du système nerveux doit aussi être pris en considération.

3° *L'âge*. — Chez le nouveau-né, troubles importants, le premier jour, de la régulation thermique. Du deuxième au troisième jour, la production journalière, moyenne de chaleur reste constante. Vers le huitième jour accroissement brusque de cette production.

Puis la dépense de fonds croît rapidement la première année, et, ensuite, plus lentement, pour atteindre son maximum au milieu de la seconde année. Il diminue peu à peu jusqu'à la puberté, et reste ensuite constant de vingt à quarante ans, pour s'abaisser ensuite très lentement.

Le *sexe*, dont l'influence se fait sentir dès que l'enfant pèse 10 à 12 kilogs. La menstruation ne modifie que peu le chiffre du métabolisme, la grossesse l'accroît. D'après Baer, dont les méthodes ont d'ailleurs été critiquées, la recherche du métabolisme permettrait de diagnostiquer la mort du fœtus, ou la présence de jumeaux; dans le premier cas, chute de la courbe, qui, dans la seconde, s'accroît très considérablement. La lactation exerce une action stimulante de même ordre.

Les climats et les races. — Noirs et blancs auraient le même métabolisme, mais celui-ci serait très inférieur chez ceux qui vivent sous les climats tropicaux, cette réduction des échanges étant l'expression d'une véritable adaptation aux températures élevées *serait*, car ces résultats, obtenus par O. de Almeida, ont été contestés par Eykman. D'ailleurs, même dans les pays tempérés, le métabolisme peut varier avec l'influence du genre de vie (L. Hill). A noter, enfin que, pour des individus appartenant à diverses races, mais vivant dans un même pays, les chiffres sont identiques.

L'activité circulatoire. — En même temps que le métabolisme augmente, on constate de la tachycardie et une élévation de la pression différentielle. Le calibre des vaisseaux cutanés doit aussi jouer un rôle dans l'intensité de cette valeur.

La fièvre. — Le métabolisme est accru de 20 à 30 p. 100 dans les processus fébriles (Magnus-Lévy); de nombreux et importants travaux ont été consacrés à ce sujet.

Les *médicaments*, dont certains (caféine), modifient d'autres (salicylates, cocadylates, etc.) laissent indifférent le métabolisme basal.

Abordons, enfin, ses variations dans les états pathologiques.

Le *corps thyroïde* est l'agent principal qui règle la production de chaleur. L'ablation de cette glande détermine une diminution notable des échanges respiratoires; son administration, *per os*, les élève. Ces propriétés sont dues à la présence, dans les corps thyroïdes, d'une hormone spéciale, la thyroxine très voisine du tryptophane, et étudiées expérimentalement par Aub, Bright et Aridit.

C'est donc dans les affections du corps thyroïde, qu'il existera des modifications importantes du métabolisme basal. Avec Plumner, dont la classification a été universellement adoptée, il faut distinguer les états suivants :

1° *Myxœdème*, où il y a toujours gros abaissement du métabolisme basal, lequel remonte sous l'influence de la thyroxine.

2° *Crétinisme*. — Mêmes résultats.

3° *Goitre simple*. — Métabolisme en général abaissé (Plumner). La maladie est due au manque d'iode assimilable; il s'élève si on administre aux malades, soit de l'iode, soit de la thyroxine. Les goitres simples, même quand ils s'accompagnent de quelques symptômes nerveux ou cardiaques, ne doivent pas être confondus avec la maladie de Basedow, car chez eux, l'intervention chirurgicale est absolument contre-indiquée : un seul moyen d'arriver, parfois, au diagnostic : la détermination du métabolisme basal diminuée dans le goitre simple, accrue dans la maladie de Basedow, sauf à la période terminale.

4° *Adénome du corps thyroïde sans hyperthyroïdie*. — Le métabolisme basal est normal. L'énucléation n'est indiquée que s'il existe de gros phénomènes de compression.

5° *Goitre adénomateux avec hyperthyroïdie ou goitre thyrotoxique*. — Chaque fois que le corps thyroïde lance dans le sang un excès de thyroxine, la dépense de fond s'accroît. Tel est le cas des goitres adénomateux avec hyperthyroïdie, où le métabolisme basal croît lentement, la thyroïdectomie la fait baisser en deux semaines.

6° *Goitre exophtalmique ou maladie de Basedow*. — Le métabolisme basal y est toujours très augmenté (quelquefois plus de 100/100, généralement 75 p. 100 (Marcel Labbé et

Stévenin), et d'autant plus que le cas est plus grave. Il est diminué par le repos au lit, mais reste très élevé pendant le sommeil et n'est pas abaissé par la morphine. Chirurgicalement, ne jamais intervenir dans les périodes d'accroissement du métabolisme basal et, ensuite, opérer avec prudence et en plusieurs étapes. La radiothérapie serait contre-indiquée quand une crise approche, ou quand le métabolisme basal reste stationnaire à 80 p. 100. Dans les goitres exophtalmiques, la sécrétion thyroïdienne aurait changé de nature (Kendell et Plumner).

7° *Hyperthyroïdie de la ménopause.* — Elle est généralement passagère.

Les glandes parathyroïdes interviennent-elles dans la détermination du métabolisme basal? Cela n'est pas encore certain. De même, on ne sait rien de certain relatif au *thymus* qui, pour Asher et Ruchti, agirait synergiquement à la thyroïde. L'ablation de l'hypophyse abaisse le métabolisme basal qu'accroissent les injections intraveineuses de pituitaire. Le métabolisme basal est accru dans les syndromes d'hyperpituitarisme (acromégalie), diminué, dans ceux d'hypopituitarisme (M. Labbé, Stévenin et V. Bogaert).

Pour les *surrénales*, si leur ablation laisse subsister une quantité suffisante de tissu chromaffine, augmentation des échanges respiratoires, qui sont diminués, dans le cas contraire. Cette action ne serait pas due à l'adrénaline. Pour les *glandes génitales*, résultats expérimentaux et cliniques contradictoires.

Dans le diabète *pancréatique* expérimental, élévation considérable de la dépense de fond. L'administration d'insuline accroît le métabolisme basal, et d'autant plus que la dose d'insuline injectée est plus grande. L'action de cette substance serait, d'ailleurs, tout à fait indirecte.

Chez les diabétiques, le métabolisme basal diminue proportionnellement à la perte en poids. Ce régime suivi par les malades avant l'épreuve joue un grand rôle dans la détermination des résultats. Le degré de dénutrition des malades intervient également. Ainsi s'expliquent, par la complexité des causes, les divergences dans les résultats obtenus par les auteurs. Dans l'acidose et dans le coma diabétique, augmentation précoce du métabolisme basal.

On a encore étudié le métabolisme basal dans ses rapports avec le *foie* : diminution en cas d'anhépatie expérimentale, absence de modifications dans les affections de cet organe; avec la *rate*, qui intervient probablement dans le métabolisme basal (Ch. Richet, Asher) : ne s'accroît-il pas après splénectomie? avec les *organes respiratoires* : la dyspnée accroît le métabolisme basal; avec le *cœur* : le métabolisme basal reste normal dans les affections cardiaques à lésions compensées; avec les *reins* : dans l'urémie, aucune modification du métabolisme basal; avec le *sang* : élévation légère du métabolisme basal après une saignée copieuse; absence de modification dans la chlorose; effets variables des médicaments; accroissement dans la leucémie, modéré par la radiothérapie; avec la *peau* : le métabolisme basal est généralement normal dans les dermatoses.

Dans les *maladies infectieuses*, il y a des variations multiples du métabolisme basal accru dans la tuberculose, surtout au début ou chez les femmes, pendant la période menstruelle : dans la fièvre typhoïde; dans le paludisme; dans l'érysipèle; normal dans la syphilis où il a, d'ailleurs, été peu étudié.

Passons en revue d'autres *états morbides*. Le métabolisme basal est accru dans certaines arthrites, reste normal dans la goutte, dans le diabète insipide, dans l'obésité, dans le nanisme, diminue dans les avitaminoses, semble légèrement augmenté dans l'hypertension artérielle, et variable dans les tumeurs malignes.

M. Lucien DAUTREBANDE adresse quelques *critiques essentielles aux méthodes à circuit fermé utilisant l'oxygène pur*, et considère la méthode de Guillaume comme inutilisable, la saturation oxyhémoglobinée du sang veineux du bras dépendant de nombreux facteurs qui ne modifient pas sensiblement le métabolisme. MM. MARANON et CARRASCO procèdent à *quelques remarques sur la valeur clinique du métabolisme basal*, qui rend des services dans les cas cliniquement douteux : sujets ayant l'apparence clinique d'hyperthyroïdiens, et dont le métabolisme basal est normal; sujets avec hyperthyroïdisme certain quoique discret, et chez lesquels le métabolisme basal atteignait les valeurs suivantes + 11; + 14; + 19; + 19. Peut-être, dans ces cas, l'hyperthyroïdisme est-il combattu sous l'influence antagoniste de l'ovarine; sujets amaigris, sans que la cause de cet amaigrissement apparaisse nettement; malades à métabolisme basal élevé avec symptomatologie hyperthyroïdienne très accusée; malades chez lesquels on pensait à de l'hypothyroïdisme, et dont le métabolisme basal n'était pas bas; sujets très peu hypothyroïdiens, mais à métabolisme basal franchement bas; cas où le tableau clinique était plutôt celui de l'hyperthyroïdien, le métabolisme basal est bas, ce qui conduit à faire un traitement thyroïdien très actif. M. NOYONS propose de *déterminer le métabolisme basal par la calorimétrie différentielle*. MM. NOYONS et STRICKER étudient le *métabolisme basal du diabétique après injection d'insuline* : cette substance, chez les diabétiques, n'augmente pas les combustions, mais en modifie le caractère. La combustion se fait non aux dépens du sucre, mais de substances formées elles-mêmes aux dépens du sucre. M. L. DAUTREBANDE montre que, *chez les sujets atteints de goitre exophtalmique vrai*, il existe souvent *un rapport inverse entre la hauteur du métabolisme basal et le quotient respiratoire*. Le même auteur signale *l'influence de la résistance inspiratoire faible sur la ventilation pulmonaire et la détermination du métabolisme basal*. MM. E. et L. HÉDON établissent que si un chien incomplètement dépancréaté et non glycosurique, mis au régime lacté exclusif, est encore capable de maintenir son métabolisme basal dans des limites normales, il ne le peut plus lorsque la pancréatectomie est complétée, même quand sa glycosurie est supprimée par l'insuline; mais que l'intensité de la dépense redevient absolument normale dès qu'on lui donne des hydrates de carbone qu'il peut utiliser grâce à l'insuline, ce qui lui permet l'épargne de ses protéiques; après accumulation suffisante de ces substances, le retour au régime carné peut être supporté un certain temps sans élévation des échanges. MM. LAIGNEL-LAVASTINE et DAUPTAIN étudient *le métabolisme basal dans quelques syndromes neuro-endocriniens*. De nombreux facteurs interviennent dans la détermination des chiffres, et il faut être très prudent dans l'interprétation des résultats, d'autant que les causes d'erreur sont multiples. Un repos très prolongé doit précéder l'expérience, surtout lorsqu'il s'agit de parkinsonniens. Il existe cependant un certain nombre de syndromes neuro-endocriniens, et les auteurs en citent des exemples, où la recherche du métabolisme basal peut être d'un certain appoint pour le diagnostic. M. J. COTTI et A. PÉAN communiquent leurs *observations sur le métabolisme basal de la mouche domestique*. M. Marcel LABBÉ estime comme eux que, malgré toutes les critiques qui lui ont été adressées, le métabolisme basal peut rendre des services au clinicien. M. LAPICQUE, tout en rendant hommage au brillant exposé fait par M. TERROINE, lui reproche amicalement d'avoir, à certains moments, oublié le conseil que leur donnait jadis leur commun maître DASTRE : « Méfiez-vous des hypothèses implicites! »

L. BABONNEIX.

ACTUALITÉS

L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE & LE RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

M. W. Jullien vient de publier (1) un important mémoire sur l'inégalité des pupilles dans la tuberculose pulmonaire. On sait que les mouvements de l'iris sont commandés par le sympathique et que le sympathique cervical, qui fait dilater la pupille, se trouve, pendant une partie de son trajet, en contact avec la plèvre, pouvant donc être influencé par des lésions pleuro-pulmonaires. Si les fibres irido-pupillaires du sympathique sont touchées d'un seul côté, on constatera des symptômes pupillaires unilatéraux

(1) W. JULLIEN. Inégalité pupillaire et tuberculose pulmonaire. *Th. de Paris*, 1923 et *Annales de méd.*, fév. 1924, p. 149.

qui orienteront le diagnostic; à l'irritation du nerf correspondra de la mydriase, à sa destruction du myosis.

Mais d'abord comment rechercher l'inégalité pupillaire? En chambre noire, avec un éclairage faible, les deux yeux recevant la même quantité de rayons lumineux et le sujet regardant au loin, dirigeant son regard droit en avant, car l'anisocorie dans le regard latéral est la règle. On aura soin d'éliminer les cas dans lesquels l'inégalité pupillaire dépend d'une lésion de la cornée, d'altérations de l'iris, d'une abolition unilatérale de la vision; il faudra aussi vérifier les réflexes à la lumière, à l'accommodation, le réflexe consensuel. En ce qui concerne la mesure d'une inégalité pupillaire, on a proposé des appareils compliqués, essayé même la photographie, mais ces moyens ne peuvent être employés dans la pratique courante. Comme le dit M. Jullien « avec un peu d'habitude, on arrive à diagnostiquer à l'œil nu des inégalités pupillaires, même légères; celles qui n'apparaissent pas dans ces conditions méritent d'être considérées comme négligeables. »

L'inégalité pupillaire étant reconnue, il faut l'interpréter, reconnaître quel est le côté pathologique, celui où l'on observe du myosis, ou celui où l'on constate de la mydriase. Lorsque l'écart entre les dimensions des pupilles est très accentué, on ne peut guère se tromper; mais, dans les cas les plus fréquents, il s'agit d'apprécier des nuances. Si l'inégalité pupillaire existe seule, c'est, le plus souvent, la pupille la plus grande qui est pathologique, et l'on diagnostique une mydriase par irritation du sympathique; dans les autres cas, il y a myosis paralytique, par destruction du nerf. Parfois la dilatation de la pupille s'accompagne de troubles vasomoteurs, de rougeur de la pommette et de l'oreille de ce côté, qui est le côté malade. Enfin, plus rarement, on est en présence d'un syndrome oculo-pupillaire avec myosis paralytique, diminution de la fente palpébrale et rétraction du globe oculaire; c'est le syndrome de Claude Bernard-Horner; cette anisocorie très importante est d'un diagnostic facile. Tous ces faits ne comportent pas le même mécanisme et, pour les expliquer, il faut admettre plusieurs théories; certaines inégalités des pupilles tiennent à des altérations du dôme pleural avec excitation ou destruction du sympathique; les autres, quand les lésions pleuro-pulmonaires ne siègent pas au sommet du poumon, doivent être interprétées avec la théorie réflexe, l'irritation des plexus pulmonaires se transmettant par les filets sympathiques au tronc du nerf, ou remontant le long du pneumogastrique pour impressionner le centre bulbaire qui actionne les fibres irido-dilatatrices supérieures (Pernot, Chauffard et Lœderich).

W. Jullien rappelle ensuite que, depuis les essais de Roques (1873), depuis surtout les travaux de Cantonnet (1909), on admet qu'il existe parfois une inégalité pupillaire latente, en puissance, susceptible d'être extériorisée; en d'autres termes, on arrive à provoquer, chez certains malades, une inégalité pupillaire en instillant un collyre (myotique ou mydriatique) en quantités égales dans les culs-de-sac conjonctivaux, mais la technique de l'épreuve est compliquée; si le malade larmoie, on n'a plus aucune certitude sur l'égalité de la dose de collyre dans les deux yeux; aussi, d'après M. Jullien, il subsiste très souvent un doute sur les résultats fournis en provoquant l'inégalité pupillaire.

Après avoir indiqué les travaux antérieurs sur l'inégalité pupillaire chez les tuberculeux, M. Jullien donne les résultats de ses observations : examen des pupilles chez 61 tuberculeux présentant des lésions pulmonaires strictement unilatérales et chez 21 tuberculeux atteints de lésions bilatérales. Les cas les plus intéressants sont ceux des tuberculeux à lésions unilatérales; or, chez ces malades, W. Jullien a trouvé l'inégalité pupillaire dans une proportion de 26 p. 100; en faisant l'épreuve de la mydriase provoquée, il arrive au chiffre de 71 p. 100 d'anisocories.

Discutant enfin la valeur de l'inégalité pupillaire dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, W. Jullien insiste sur la multiplicité des causes d'anisocorie, sur le grand rôle que joue toujours la syphilis dans les modifications dont les pupilles peuvent être atteintes. Des faits étudiés par lui, il dégage deux autres conclusions : c'est d'abord que le siège apical d'une lésion n'est pas indispensable à la production de l'anisocorie; on peut observer l'inégalité pupillaire chez des malades ayant des lésions au hile ou à la base; toutes les affections parenchymateuses du poumon (dilatations bronchiques, kyste hydatique, tumeur) sont susceptibles d'influer sur la pupille du côté qui leur correspond. La seconde conclusion, c'est que toute lésion apicale n'occasionne pas une inégalité pupillaire; on voit des malades présentant des altérations importantes du tiers supérieur d'un de leurs poumons et n'ayant aucune inégalité pupillaire.

*
* *

L'examen des pupilles n'aurait donc, d'après W. Jullien, qu'une valeur médiocre pour aider à faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Obtiendrons-nous des résultats plus importants en recherchant le réflexe oculo-cardiaque? Pour être fixés, nous allons lire un article de Maurice Perrin et Radmilo Yovanovitch (1). Chez les sujets sains, la compression oculaire détermine, par réflexe, un ralentissement du cœur, de quatre à dix pulsations par minute. Les types anormaux du réflexe oculo-cardiaque sont : le réflexe exagéré et fortement exagéré (ralentissement de 12, 15, 20 pulsations et au delà); le réflexe aboli, pas de modifications du rythme cardiaque sous l'influence de la compression oculaire; le réflexe inversé, avec accélération du pouls.

Ayant recherché le réflexe oculo-cardiaque chez 45 tuberculeux, MM. Perrin et Yovanovitch ont trouvé le réflexe normal dans dix cas, le réflexe exagéré et fortement exagéré dans vingt-deux cas, le réflexe aboli dix fois et enfin le réflexe inversé trois fois. C'est chez les tuberculeux dont l'organisme est peu intoxiqué que l'on trouve le réflexe oculo-cardiaque normal; dans les cas plus avancés, avec des poussées évolutives, le réflexe est exagéré et devient fortement exagéré, avec les progrès de l'imprégnation toxique de l'organisme. Le petit nombre de cas, trois seulement, avec réflexe inversé, ne permet pas de dire à quel type clinique correspond cette modalité; quant aux malades ayant le réflexe aboli, c'étaient des tuberculeux cachectiques, avec des lésions très étendues et l'abolition du réflexe est alors due, d'après Mougeot, à une imprégnation toxique des centres du vague. Il semble donc que la

(1) Le réflexe oculo-cardiaque chez les tuberculeux pulmonaires. *Revue de la tub.*, 1924, n° 1, p. 46.

recherche du réflexe oculo-cardiaque peut donner quelques indications pour le pronostic; mais ce travail de M. Perrin et R. Yovanovitch est surtout intéressant au point de vue de la pathologie générale; c'est une contribution à l'étude des troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires (1).

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1924)

Sur l'allergie diphtérique. — M. Ch. Zoeller apporte de nouveaux faits concernant la notion de l'allergie diphtérique qu'il a précédemment définie.

Il étudie les résultats qu'a réalisés la vaccination par l'anatoxine sur six sujets réceptifs et allergiques et sur six sujets réceptifs et neuf étudiés parallèlement. La première inoculation d'anatoxine immunise trois sujets allergiques et aucun des sujets non allergiques; la seconde inoculation immunise les trois derniers sujets allergiques et trois autres sujets non allergiques.

Il semble donc que les sujets allergiques se vaccinent plus rapidement que les sujets non allergiques, ce qui est conforme aux premiers résultats apportés par l'auteur.

M. Zoeller a étudié comparativement avec l'anatoxi-réaction les résultats obtenus par l'injection intradermique d'émulsion de bacille d'Hofmann ou de bacterium cutis commune, germes voisins du bacille diphtérique (sur 27 sujets). D'une façon générale, les réactions produites n'ont aucun rapport avec l'anatoxi-réaction dont la spécificité s'enrichit de cet argument, ajouté aux autres précédemment publiés.

L'auteur propose que les sujets allergiques et réceptifs désignés par l'anatoxi-réaction soient étudiés à l'occasion d'une application de sérothérapie préventive; il serait intéressant de voir avec quelle fréquence ils réalisent une immunité spontanée.

Il répond, enfin, aux critiques récemment apportées à l'interprétation qu'il a donnée de l'anatoxi-réaction. « Ce serait un processus de réaction banale de l'organisme vis-à-vis d'un colloïde hétérogène. » Or, la réaction n'est banale ni quant au facteur qui crée la sensibilisation, ni quant au réactif qui la révèle; il apparaît, au contraire, que ces deux éléments sont spécifiques. On peut en particulier constater une anatoxi-réaction négative chez un sujet qui présente des accidents sériques généralisés. Les contradicteurs affirment la fréquence de la sensibilisation vis-à-vis du bacille de Loeffler au cours de la diphtérie; ils jugent de cette fréquence sur 4 cas publiés ; 2 sont d'interprétation contestable. M. Zoeller rappelle qu'il a publié 55 cas de réactions chez des convalescents de diphtérie ou porteurs de germes dont 43 positives; il a montré, d'autre part, la fréquence moindre de réactions positives chez les convalescents d'autres maladies infectieuses. Il renvoie à ses précédentes communications où il a formulé lui-même d'une façon explicite les réserves qui lui ont paru devoir être faites à propos de cette question de l'allergie diphtérique pour laquelle il a donné une définition, une technique et un ensemble d'éléments d'interprétation.

L'anisotension artérielle. — MM. Babinski et Donzelot présentent un malade dont la tension artérielle humérale est de 12cmc5 à gauche, tandis qu'elle atteint 18 centimètres cubes à droite. Après avoir discuté la possibilité d'un abaissement au bras gauche, ils émettent l'hypothèse d'une élévation de la tension au bras droit, en se basant, d'une part, sur l'existence de violentes crises douloureuses de ce côté, et, d'autre part, sur le chiffre même de la tension systolique plus éloigné de la normale à droite qu'à gauche. Dans cette hypothèse, il s'agirait d'une vaso-dilatation avec hyperpression unilatérale. Les auteurs envisagent la possibilité d'incriminer un trouble du sympathique dans ces faits d'anisotension artérielle.

De la fréquence et de l'importance des lésions rénales dans l'hypertension artérielle permanente. — MM. C. Lian et R. Barrieu ont exploré les fonctions rénales par la recherche de la constante d'Ambard et de l'azotémie chez 206 hypertendus et formulent les conclusions suivantes :

1. Les fonctions rénales sont troublées dans 90 p. 100 des cas d'hypertension artérielle permanente.

2. L'azotémie n'est assez marquée pour noircir le pronostic que dans à peine 1/10 des cas d'hypertension artérielle permanente.

3. Les faits précités incitent à prescrire le régime hypoazoté et les diurétiques chez les hypertendus.

4. L'atteinte des reins n'est donc pas un phénomène accessoire dans l'hypertension, mais un facteur quasi-constant.

Les auteurs estiment que l'hypertension est un syndrome endocrino-sympathique déclanché, tantôt directement par une néphrite, tantôt directement par une infection, une intoxication ou une perturbation nerveuse, tantôt et le plus souvent par une maladie générale agissant sur l'appareil endocrino-sympathique et causant aussi une néphrite qui exagère le trouble endocrino-sympathique hypertenseur.

Un cas de diabète infantile traité par l'insuline avec accidents cutanés graves : l'érythrodermie œdémateuse insulinienne. — MM. P. Lereboullet, Marcel Lelong et R. Frossard, à propos d'une observation personnelle, insistent sur les accidents d'intolérance cutanée, heureusement exceptionnels, qu'on peut rencontrer au cours du traitement du diabète par l'insuline.

Chez leur malade, âgée de quatre ans et demi, atteinte d'un diabète grave évolutif, les accidents ont commencé vingt et un jours après le début des injections. Ils se sont aggravés progressivement, obligeant à rendre discontinu et inefficace le traitement. Ils ont été en grande partie responsables de la mort de la malade.

A leur complet développement ils présentaient un double caractère :

Les uns étaient des accidents locaux, au point d'injection : rougeur, œdème, aspect pseudo-phlegmoneux, parfois escarre.

Les autres étaient généralisés : urticaire, érythèmes morbilliformes et scarlatiniformes, fugaces, développés sur un fond permanent et progressif d'érythrodermie œdémateuse; en même temps la fièvre était élevée et l'état général très mauvais.

Par leur apparence clinique, ces symptômes se rapprochent des formes graves de la maladie sérique et même de l'érythrodermie œdémateuse arsenicale.

Leur interprétation est complexe. Ils peuvent être considérés comme des réactions de sensibilisation aux impuretés protéiniques de l'insuline ou à l'insuline elle-même. D'autre part, l'insuline a une action certaine sur le métabolisme de l'eau et prédispose aux œdèmes. Enfin, le terrain joue de toute évidence un rôle primordial, la peau du diabétique étant particulièrement fragile et peu résistante aux infections secondaires.

Essai de détermination quantitative de l'urobiline dans le liquide duodénal prélevé par tubage et recherche parallèle de l'urobilinogène. — MM. M. Chiray et R. Benda, après avoir rappelé leurs premières recherches sur la détermination qualitative de l'urobiline dans le suc duodénal prélevé par tubage, exposent comment ils ont été amenés à modifier leur technique initiale pour établir un procédé de détermination quantitative permettant par ailleurs l'étude parallèle de l'urobiline et de l'urobilinogène. Après avoir passé en revue les différentes méthodes employées jusqu'ici, ils adoptent le procédé américain qui mesure l'urobilinocholie duodénale par le coefficient de dilution alcoolique nécessaire à l'extinction de la bande spectroscopique de l'urobiline. Quant à l'urobilinogenocholie duodénale elle peut être constatée et appréciée par l'intensité plus ou moins grande de l'aldéhyde-réaction d'Ehrlich plutôt que par la méthode spectroscopique.

Chez les sujets normaux il y a toujours de l'urobiline dans la bile duodénale et son taux varie pour les divers échantillons fournis par l'épreuve de Meltzer-Lyon. Les dosages

(1) Yovanovitch. Troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires. *Th. de Nancy*, 1922.

parallèles de l'urobiline et de la bilirubine donnent les moyennes suivantes :

	UROBILINE	BILIRUBINE
Bile A	40 à 60 unités.	12 unités Hijmans v. d. Bergh.
Bile B	60 à 80 unités.	40 unités Hijmans v. d. Bergh.
Bile C	20 à 30 unités.	8 unités Hijmans v. d. Bergh.

Les variations de l'urobiline duodénale sont d'ailleurs beaucoup moins fixes que celles de la bilirubine et ne suivent pas fatalement celles-ci. Il y a hypo-urobilinocholie dans la leucémie et hyperurobilinocholie dans l'anémie pernicieuse et l'ictère hémolytique. Quant à l'urobilinogène les auteurs concluent à sa présence constante en proportions notables dans la bile vésiculaire et à son absence habituelle dans la bile cholédocienne et la bile hépatique où il peut tout au plus exister à l'état de traces très légères. Chaque fois que la réaction d'Ehrlich met en évidence la présence du chromogène dans la bile cholédocienne et la bile hépatique, on peut affirmer qu'il s'agit d'un cas pathologique, sous réserve que la bile en question soit réellement une bile hépatique. L'urobilinogène duodénal paraît avoir une valeur sémiologique considérable, soit comme élément du syndrome de stase biliaire, soit comme manifestation de l'infection biliaire latente.

Purpura chronique, seul symptôme apparent d'une endocardite infectieuse lente. — MM. AUBERTIN et RIMÉ rapportent un cas d'endocardite lente développée sur une lésion aortique ancienne et dont le symptôme essentiel fut un purpura chronique récidivant. Ce purpura s'accompagnait d'hépatomégalie et de splénomégalie. L'autopsie seule permit de le rattacher à l'endocardite végétante qui avait provoqué des embolies viscérales.

Evolution des réactions biologiques chez les paralytiques généraux non traités. — MM. SÉZARY et BARBÉ.

Maladie osseuse de Paget. Gomme du maxillaire. Aortite. Tabes. — MM. Mathieu-Pierre WEILL et Robert AZOULAY rapportent l'observation d'une malade de cinquante et un ans, syphilitique ancienne, aortique et tabétique chez laquelle il y a quatre ans, en même temps qu'une gomme ulcérée du maxillaire supérieur qui a rapidement guéri sous l'influence du traitement spécifique, s'est développée une maladie osseuse de Paget, actuellement généralisée avec participation des petits os de la main et hyperthermie locale du niveau des déformations.

L'importance de la syphilis chez cette malade permet d'admettre son intervention dans l'éclosion des déformations pagétiques. D'autre part, une hérédité osseuse bien particulière semble d'ailleurs avoir contribué à la localisation lésionnelle (mère atteinte d'incurvation des tibias, tante atteinte de rhumatisme chronique, sœur atteinte de suppuration intermittente des pieds). Mais les auteurs se refusent à admettre la nature exclusivement syphilitique de la maladie de Paget et se rallient à l'opinion selon laquelle ses déformations sont liées à un trouble que la syphilis peut engendrer mais qui ne lui appartient pas en propre.

Valeur pronostique de la réserve alcaline dans l'acidose diabétique. — MM. M. LABBÉ, F. NEVEUX et J. SLOSSE. Rien n'est plus difficile que le pronostic de l'acidose diabétique et la prévision du coma ; rien n'est plus nécessaire à établir avec précision puisque la guérison du coma dépend avant tout de la précocité d'application du traitement. Les auteurs rapportent deux observations : 1° la première dans laquelle une jeune fille de vingt ans, atteinte de diabète grave, tombe brusquement dans le coma et meurt malgré le traitement par l'insuline; le coma n'avait été précédé d'aucun symptôme prémonitoire et l'excrétion de corps acétoniques était forte mais non excessive (17 à 37 grammes par jour), mais le dosage de l'acide carbonique du sang indiquait seulement 29 volumes, puis 21,4 volumes ; 2° la seconde où un diabétique gravement atteint ayant depuis plusieurs semaines des doses de 60 gr. de corps acétoniques, arrive à Paris après un voyage de 1.000 kilomètres et ne présente aucun symptôme prémonitoire du coma diabétique; le dosage du CO^2 donnait à son arrivée 57,9 volumes et au sixième jour 66,4 volumes. Il ressort de ces faits que la réserve alcaline donne dans quelques cas un pronostic plus exact que la cétose; les deux procédés d'examen doivent être associés.

Volumineux diverticule duodénal près de l'angle duodéno-jéjunal. — MM. P. CARNOT et N. PÉRON. Les diverticules duodénaux ont été assez rarement signalés en France et ceux de la quatrième portion de l'organe sont des plus exceptionnels. A l'examen radioscopique d'un homme de soixante-quatorze ans qui accusait des troubles digestifs assez vagues, on découvre une image tout à fait anormale de la région de l'angle duodéno-jéjunal; image arrondie remplie à sa partie inférieure par de la bouillie barytée avec un niveau opaque des plus nets et à sa partie supérieure par une bulle d'air, l'ensemble réalisant un aspect de niche de Haudeck. La confusion avec un ulcère de la petite courbure aurait été commise, si l'on n'avait pas vu l'image se constituer après passage duodénal.

Le malade ayant succombé à une affection intercurrente, l'autopsie permit de découvrir à la partie terminale du duodénum, au-dessous du muscle de Treiz, un volumineux diverticule mesurant près de 5 centimètres de diamètre qui paraît total et vraisemblablement congénital. A l'état de réplétion il correspond exactement à l'image diverticulaire observée sur les clichés. Dans un cas analogue de Robineau et Gally, le diverticule moins volumineux siégeait dans la même région. Les auteurs américains signalent la rareté de cette localisation des diverticules duodénaux.

Syphilis nerveuse tertiaire. Asthénie. Traitement. — M. R. BÉNON (de Nantes) attire l'attention sur les problèmes diagnostiques et thérapeutiques que pose la question de la syphilis nerveuse chronique quand elle s'accompagne d'un syndrome asthénique (amyosthénie, anidéation, céphalée, insomnie, etc.). Les diagnostics à discuter sont : la paralysie générale, la syphilis cérébrale, la syphilis nerveuse chronique simple, l'asthénie chez un syphilitique chronique, soit par surmenage, soit par choc moral, soit par traumatisme, soit par intoxication médicamenteuse, etc. Le traitement de choix est le 914 et le bismuth ou le 914 et le cyanure de mercure.

Le métabolisme basal chez les basedowiens traités par l'électrothérapie. — MM. M. LABBÉ, FAURE-BEAULIEU, SÉZARY, STÉVENIN et DELHERM. La détermination du métabolisme basal est le meilleur moyen de surveiller les effets du traitement électroradiologique. Il s'abaisse et revient à la normale en même temps que les symptômes cliniques diminuent et disparaissent. Par sa mesure on peut se rendre compte de l'efficacité du traitement par les rayons X et par la galvano-faradisation isolés ou associés; de la supériorité de ces deux méthodes du traitement en général; de l'efficacité dans chaque cas particulier; de la durée et de la prolongation nécessaire du traitement; du moment où il doit être cessé pour éviter la production d'une insuffisance parathyroïdienne ou d'un myxœdème. Grâce à la mesure du métabolisme basal répété assez souvent, le traitement électroradiologique de la maladie de Basedow acquiert son intensité maxima et n'expose à aucune des complications qui ont été signalées.

MM. BÉCLÈRE et LIAN partagent la même opinion, mais insistent sur l'importance de l'étude du pouls en l'absence du métabolisme basal.

Tabes à début par ataxie suraiguë curable. — MM. ALAJOUANINE et PÉRISSON présentent un homme de vingt-huit ans du service du professeur Guillain qui a été pris brusquement un matin d'une ataxie considérable, augmentant encore par l'occlusion des yeux et sans modification de la force musculaire. Cette ataxie s'accompagne d'aréflexie tendineuse généralisée, de troubles discrets de la sensibilité profonde, de légers troubles sphinctériens qui n'ont duré que quelques jours, pas de douleurs, pas de signes d'Argyll-Robertson. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose, réaction de Wassermann et du benjoin colloïdal positives. Le traitement institué aussitôt a déjà fait repasser en un mois les phénomènes ataxiques de façon très marquée.

Il s'agit d'un fait rare comparable aux faits décrits par M. Guillain sous le nom de forme ataxique suraiguë transitoire et curable de tabes évolutif. Il faut y souligner : 1° le début brusque, brutal de l'ataxie ; 2° l'apparition chez un tabétique fruste, à tel point que l'ataxie est la première mani-

festation nette; 3° qu'il s'agit de véritable poussée évolutive avec réactions très positives; 4° enfin, que ces faits sont curables par le traitement antisyphilitique.

Les auteurs, pour expliquer ces faits de brusquerie, de curabilité, émettent l'hypothèse d'une véritable myélite inflammatoire postérieure.

Syndrome fruste de stéatonécrose avec vomissements incoercibles et asthénie. — MM. Merklen et Wolf rapportent l'histoire d'une femme de quarante-cinq ans dont le symptôme émergent consista en vomissements incoercibles à propos de la moindre ingestion d'eau, hors de toute alimentation. Asthénie marquée et progressive. Au bout de quelques jours, acétonurie et urobilinurie, puis subictère. Rien ne permettait d'incriminer le pancréas, lorsque quelques heures avant la mort la malade eut une telle douleur épigastrique en barre en passant du décubitus à la position couchée qu'on dut renoncer à l'asseoir. La notion de lésion du pancréas fut soulevée par cet épisode; associée à l'ictère, elle oriente les présentateurs vers celle de stéatonécrose. L'autopsie démontra le bien-fondé de cette façon de voir.

A propos de ce cas, les auteurs ont recherché dans quelle mesure les pancréatites peuvent être envisagées comme cause des vomissements incoercibles. La bibliographie des pancréatites leur a permis de retrouver des faits analogues, la plupart d'origine allemande. Les vomissements sont liés à une excitation du plexus solaire sous l'influence de l'inflammation glandulaire.

Il y a là un point qui n'est pas sans intérêt clinique.

A relever, d'autre part, dans cette observation l'absence de résistance au niveau de l'épigastre, l'absence de battements épigastriques, l'absence d'amaigrissement. Les douleurs subjectives et objectives et le subictère de la malade ne suffisaient pas à incriminer le pancréas. Aussi bien n'est-il plus exagéré de conclure que le syndrome de stéatonécrose s'est présenté ici sous des allures assez frustes pour revêtir un cachet très différent de ce que l'on a l'habitude d'observer.

Une épidémie de diphtérie à la Maternité. — MM. Ribadeau-Dumas et Lacomme.

Pancréatite scléro-gommeuse et rétro-péritonéale calleuse syphilitique. — MM. P. Carnot et Peron. Une femme de trente-trois ans présente le tableau clinique d'une cirrhose hypertrophique avec ascite, il n'existe pas de grosse rate, mais l'ascite rapidement constituée et reproduite fait penser à une pyléphlébite. Malgré un traitement antisyphilitique, sur la foi d'une séro-réaction positive, mort rapide par cachexie. Or, l'autopsie montre, outre une intégrité relative du foie, des lésions très étendues de la région pancréatique. Le pancréas n'est plus reconnaissable; à sa place se trouve, derrière le péritoine de l'arrière-cavité, une masse scléro-lipomateuse adhérente au duodénum, aux vaisseaux mésentériques, aux nerfs et aux ganglions, mais respectant la veine splénique; la rate n'est pas hypertrophiée. Histologiquement on trouve difficilement, autour du canal de Wirsung, quelques acini pancréatiques étouffés par la sclérose, les rares îlots langerhansiens sont infiltrés, d'assez nombreuses veines sont thrombosées. Il existe, en outre, des gommes miliaires disséminées le long des capillaires.

En résumé, syphilome pancréatique avec rétropéritonite calleuse et adhésive.

Méningite aiguë ventriculaire. — MM. Babonneix et Azerad présentent les pièces d'un sujet de vingt-deux ans, sans antécédents ni héréditaires, ni personnels, et qui, une nuit, avait été trouvé dans le coma par ses voisins de chambre. Durant son séjour à l'hôpital, il avait surtout présenté des crises comitiales et de l'obnubilation intellectuelle, sans paralysies, sans réactions méningées nettes, sans troubles du langage. A l'autopsie, énorme dilatation des ventricules latéraux qui ont refoulé, comprimé et partiellement détruit leur paroi externe et qui sont remplis de pus, destruction des parties centrales, interhémisphériques.

Trois particularités dans ce cas: latence prolongée des accidents; manque presque total de réactions méningées; absence de tout phénomène permettant, cliniquement, d'affirmer l'existence d'une lésion permanente du cerveau, bien que celui-ci fût le siège de grosses lésions destructives.

Hydropneumothorax à étages et petits hydropneumothorax superposés. — MM. G. Caussade, A. Lucy et J. Courmont ajoutent aux faits de ce genre déjà connus (R.-E. Weill et Loiseleur, L. Bouchut, Ch. Roubier, E. Sergent) cinq nouvelles observations avec radiographies et décalques. Dans la première observation il y avait, dans une vaste poche pleurale non enkystée, trois niveaux hydroséríques horizontaux étendus de la paroi costale au médiastin; ils étaient nettement fluctuants à l'écran. Dans les quatre autres observations, il s'agissait de petits hydropneumothorax, fluctuants à l'écran, faciles à reconnaître grâce à leur état lumineux et disposés en nids de pigeon superposés, au nombre de trois, ou uniques sous forme de coin ou d'un véritable petit ballon. Dans ces deux derniers cas, ils siégeaient contre la paroi thoracique, dans la ligne axillaire, au-dessus du diaphragme.

Grands ou petits, ils s'observent au décours surtout des pleurésies séro-fibrineuses qui, dans les cas actuels, ont une tendance marquée, pendant la phase d'épanchement, à créer des membranes épaisses qui, ultérieurement, rétractent l'hémisphère lésé d'une manière considérable.

Dans les cas présentés et cités par les auteurs, il y a simple cloisonnement et non enkystement, et cependant leur durée n'est pas toujours éphémère; elle peut dépasser huit jours, surtout dans les formes spacieuses à étages. Toute ponction de la plèvre, même évacuatrice, peut déterminer ces derniers; la simple ponction exploratrice peut déterminer les petits hydropneumothorax.

REVUE DES THÈSES

Le métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire (1), par R. Monceaux.

Voici une très remarquable thèse de pharmacie, bien comprise et richement documentée. Elle est surtout physiologique, car elle étudie, en tenant compte des notions les plus récemment acquises, le métabolisme des protéines et les produits résultant de ce métabolisme, l'ammoniaque, l'urée, leurs procédés d'exploration, puis, par comparaison avec l'état normal, le même métabolisme chez les tuberculeux, au début, en évolution ou à la période ultime de la maladie. Ces recherches, faites surtout dans le service du docteur Pissavy, ont abouti à une conclusion extrêmement intéressante, déduite des analyses urinaires systématiques des malades, savoir: que les échanges des tuberculeux témoignent, contrairement à ce qu'on avait cru jusqu'ici, d'une déviation et d'un ralentissement marqués de la nutrition dus à une insuffisance dans les oxydations, et cette insuffisance elle-même serait imputable à des lésions ou altérations hépatiques tout à fait comparables à celles que réalisent certains poisons, comme le phosphore, l'arsenic et l'acide cyanhydrique. Toutefois, il conviendrait aussi de faire intervenir une modification du sérum et des fonctions thyroïdiennes, venant compléter le tableau du syndrome humoral de la tuberculose. C'est là une découverte dont l'importance ne saurait être méconnue, car elle comporte des applications pratiques, qui doivent faire, d'une part, éliminer de la thérapeutique antituberculeuse les phénols, les arsenics et bien entendu l'alcool, et de l'autre prescrire aux malades, l'air ozonisé des bois, les catalyseurs minéraux et l'opothérapie thyroïdienne. La thèse de M. Monceaux mérite de grands éloges et elle ne peut manquer, par son originalité, de provoquer l'intérêt du corps médical tout entier.

J. L.

Contribution à l'étude de la digibaïne (2), par le docteur R. Chantelu.

L'auteur rapporte dans cet intéressant travail, effectué sous la direction du professeur Minet, une série d'observations cliniques de cardiaques traités par la digibaïne. Cette association digitaline-ouabaïne préconisée par Laubry et ses élèves il y a bientôt deux ans, a vu son emploi se généraliser

(1) *Th. de doct. de la Faculté de pharmacie de Paris*, 1924.
(2) *Th. de Lille*, mai 1924.

apidement. Aussi était-il intéressant de soumettre cette médication nouvelle à un examen critique rigoureux, sous le contrôle d'une expérimentation clinique bien conduite. C'est à cette tâche que R. Chantelu s'est consacré. Après une étude théorique de la digitaline et de l'ouabaïne, l'auteur en arrive à l'association intime des deux glucosides (digibaïne) qu'il a expérimentée sur un grand nombre de malades. Il rapporte quelques-unes des observations les plus concluantes qui démontrent la très nette supériorité de la digibaïne sur toutes les préparations de digitale y compris la digitaline. Il passe ensuite à une étude détaillée de l'emploi et des indications de ce nouveau tonicardiaque, et il termine ainsi ses conclusions.

« En résumé la digibaïne peut être considérée comme la synthèse de tous les progrès réalisés ces dernières années en thérapeutipue tonicardiaque.

Avec elle, la médication digitalique, stationnaire depuis l'avènement de la digitaline cristallisée, a atteint un plus grand degré de perfection, et cette association, très active et toujours parfaitement tolérée, mérite d'occuper, dans l'arsenal thérapeutique courant, une place de tout premier plan. »

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME AIGU DU POUMON

SIGNES, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

L'œdème aigu du poumon, c'est le passage *brusque*, dans le tissu interstitiel et dans les alvéoles du poumon, de la sérosité albumineuse exsudée des capillaires sanguins. Il en résulte une inondation à peu près totale des deux poumons, aboutissant rapidement à l'asphyxie (*apoplexie séreuse*). Il est presque toujours conditionné par l'insuffisance ventriculaire gauche.

Symptomatologie. — Quatre formes :

I. *Œdème aigu des cardio-rénaux* (Bouveret, Dieulafoy, etc.). — Quatre types cliniques :

A. **Œdème suraigu ou foudroyant.** — Certains individus sont trouvés morts dans leur lit, avec, sortant par la bouche et par les narines, une écume mousseuse abondante. D'autres se lèvent précipitamment, pris d'oppression, ouvrent la fenêtre, s'asseoient pour tousser, étouffent et meurent en quelques secondes (Potain). C'est l'*obstruction alvéolaire* de Traube.

B. **Œdème aigu.** — Il frappe surtout les cardio-rénaux chez qui il s'*annonce* soit : 1° par une exagération paroxystique de leur hypertension, d'où palpitations, dyspnée, angoisse précordiale, élévation passagère des tensions maxima et minima (Amblard, Gallavardin, Pal, Vaquez); 2° par des signes d'insuffisance ventriculaire gauche : bruit de galop, élévation de la minima, d'où diminution de la différentielle, tachycardie, irrégularités, dont, principalement, le pouls alternant. D'autres fois, il n'y a pas de prodromes, et la crise éclate, soit le jour, à l'occasion d'un effort, à la suite d'excès alimentaires, soit la nuit, à la faveur du décubitus (Merklen). Souvent, aucune cause tangible ne peut être invoquée (Laubry). Les symptômes de début, chatouillement de la gorge, constriction thoracique, ne précèdent que de peu la *période d'état* où les principaux SIGNES FONCTIONNELS sont :

1° *Dyspnée* rapidement croissante, et devenant bientôt excessive, d'où polypnée et orthopnée (Merklen);

2° *Toux* incessante, brève, quinteuse; et, surtout, sensation de chape de plomb sur les épaules (Vaquez);

3° *Expectoration caractéristique* : très abondante (jusqu'à 1 litre et plus en vingt-quatre heures) [*vomique séreuse*, Laubry], elle est filante, dense, aérée (blanc d'œuf battu), *mousseuse*, limpide, souvent *rosée*, saumonée (Huchard); c'est (La Harpe) une véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin.

Ses caractères histochimiques ont parfaitement été décrits par MM. Bezançon et de Jong et par le professeur H. Roger.

Macroscopiquement, deux aspects, selon qu'elle est, ou non, teintée de sang. Impossible, de par le seul examen direct, dans le second cas, de la distinguer des expectorations voisines (crachats hydrorrhéiques de certaines bronchites chroniques [Laënnec], expectoration hydro-muqueuse de certains asthmes cardiaques).

Chimiquement, *fortes quantités d'albumine* (3 grammes pour 100); aussi l'albumino-réaction d'H. Roger y est-elle plus considérable que dans toute autre affection. Cette albumine se rapproche, par sa composition, de l'albumine du sérum sanguin et varie parfois avec elle (H. Roger; Lesieur, Froment et Rochaix).

Histologiquement, absence complète, au début et dans les formes pures, de tout élément cellulaire.

4° *Modifications variables de la pression artérielle* (v. plus loin).

5° *Anxiété extrême* : pâle, terrifié, le visage couvert de sueurs, le patient a la conscience très nette du sort redoutable auquel il est exposé.

SIGNES PHYSIQUES. — En dehors de la *sonorité paradoxale*, attribuée (Hirtz, Huchard) à un emphysème aigu surajouté et des signes d'auscultation : pluie de *râles crépitants* à bulles très fines, très serrées, occupant surtout la première partie de l'inspiration, prenant parfois le type de gargouillement (Vaquez) et envahissant sous l'oreille, comme un *flot montant*, les deux poumons, de la base au sommet, et finissant par les submerger, les signes physiques occupent une place peu importante dans l'histoire de l'œdème pulmonaire aigu.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Ils sont de divers ordres : signes de dilatation cardiaque suraiguë : rapidité, irrégularité et petitesse du pouls; cyanose et refroidissement périphériques, parfois remplacés par des phénomènes d'asphyxie blanche; — râle trachéal spécial, sorte de bouillonnement bronchique; — asphyxie intense et rapide; — hypothermie.

Terminaisons. — La plus habituelle, c'est la *mort*, parfois précédée de convulsions, et due à l'asphyxie. Quelquefois aussi, lorsque la thérapeutique a été précoce et active, l'expectoration diminue, la dyspnée s'atténue, les râles disparaissent, la tension remonte et le malade guérit. Les *récidives* sont malheureusement toujours à craindre et fatalement mortelles lorsque l'insuffisance rénale atteint un certain degré (Teissier). Elles peuvent souvent être annoncées par la chute progressive de la tension artérielle.

La *durée* de la crise peut varier de quelques secondes à trois ou quatre jours. Pour Huchard, il faut distinguer deux périodes dans l'*évolution* de l'œdème : une première, avec maintien de l'hypertension artérielle, dyspnée et expectoration abondante; une seconde, caractérisée par des phénomènes d'asystolie aiguë, une expectoration rare (état bronchoplégique) et par l'opposition entre les deux circulations : hypotension brusque et considérable dans le domaine de la grande circulation; hypertension dans la petite.

C. **Œdème bronchoplégique** (Huchard) où, les bronches ne pouvant plus expulser le liquide qui les encombre, l'œdème reste latent tandis que l'asphyxie occupe le premier plan.

De l'œdème aigu des cardio-rénaux, divers auteurs rapprochent l'*œdème gravidique*, presque toujours en rapport avec une lésion rénale préalable (Vinay).

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Eaux minérales radio-actives. — *Emanothérapie générale et cures hydrominérales*, par M. PIERY, professeur agrégé, chargé du cours d'hydrologie thérapeutique, et M. MILHAUD, ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire de thérapeutique, hydrologie et climatologie à la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur J. TEISSIER. 1 vol. in-8 de 460 pages avec 45 figures dans le texte et 4 planches dont 2 en couleurs hors texte. — Prix : 30 fr.; franco France : 32 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour cinq places d'internes en pharmacie s'ouvrira le lundi 10 novembre 1924, à 8 heures du matin, à l'hôpital Saint-André.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat des hospices de Bordeaux quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur L.-J.-B. Marty (de Paris).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il est attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique les récompenses ci-après :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bernard (de Bouclous), Delsoulier (de Montignac-sur-Vézère), Jacquelot (de Mâcon), Jaeger et Mutterer (de Mulhouse), Provost (du Pellerin).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Chrétien (d'Amiens), Dalbes (de Capendu), Furgé (de Frontenay-Rohan-Rohan), Gommes (de Paris), Lecœuvre (de Sebourg), Marchais (de Nevers), Villanova (de Châtillon-sous-Bagneux).

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ASSURANCES SOCIALES. — La médaille d'honneur des assurances sociales est attribuée à :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Barbary (de Nice), Delfosse (du Quesnoy), Lamare (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Alberty et Carnus (de Rodez), Bouyssou (d'Aubin), Couly (de Decazeville), Firmen (de Villefranche), Fournier (de Capdenac), Ott (de Strasbourg-ville), Passeron (de Lantosque).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Cesbron (de Paris), L. Lheureux (de Vendin), Neltner (de Mutzig).

GUERRE. — Service de santé. — Ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les médecins sous-aides-majors Bourges, Bertrand, Broussard, Cauvière.

MM. les médecins auxiliaires Carrette, Cluzeau, Hartglas, Lagarde, Lorion, Mallein-Gerin, Petit, Timsit, Nayrac, Doutrellot, Foucault, Robert, Thébault, Bonis, Beroud, Cochet-Balmey, Martin (V.), Martin (G.-L.), Dauch, Clavier, Raffali. Ricord, Gély, Razimbaud, Guérin, Lapuyade, Loufrani. Megnin, Solal, Barret de Nazaris.

— Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 7 août 1924, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Catrin (de Saint-Cloud), Danjard (de Gonesse), Aron (de Bezons), Larré (de Boulogne-sur-Seine), Guilloire (d'Aubervilliers), d'Hallouin (de Lagny), Edelmann (de Pantin), Bouillette (de Conflans-Sainte-Honorine), Durand (de Montreuil-sous-Bois), Chasseray (de Paris), Delaplane (de Houdan), Scagliola (de Saint-Ouen).

1re légion : MM. Poiteau (de Saint-Pol-sur-Ternoise), Mausse (de Roubaix).

3e légion : MM. Mahe-Desportes (de Brione), Abbadie (de Beaumont-le-Roger), Gombert (de Bernay), Bellet (du Havre-Graville), Escaravage (de Malaunay), Nicolas (de Forges-les-Eaux), Bare (d'Argueil), Petitot (de Buchy).

4e légion : MM. Couloumy (de la Bazoche-Gouët), Bénard (de Château-Gontier), Mornu (de Pont-de-Gennes), Essayant (de Foulletourte), Chevrier (d'Ambrières), Derlencourt (de Beaumont-les-Autels), Leroux (de Connerré), Boussaguet (de Rânes), Cahour (de Château-Gontier).

5e légion : MM. Mansion (de Montsauche), Delanoe (de Saint-Martin-d'Auxigny).

6e légion : MM. Heisch (de Bouligny), Rauber (de Vaucouleurs).
7e légion : MM. Benoit-Gonin (de Nozeroy), Péronne (d'Audincourt), Decornet (de Joinville).
8e légion : MM. Boulard (de Seurre), Gaillard (de Piney), Noël (de Villeneuve-la-Guyard), Mauroy (de Nogent-sur-Seine), Tridon (de Neuvy-Sautour).
9e légion : MM. Schwartz (de Martizay), Donnat (de Mazières), Poitiers (de l'Absie), Chabot (de Melle), Hanras (de Bressuire).
10e légion : MM. de Lafargue-Barès (de Tessy-sur-Vire), de Montigny (de Louvigné-du-Désert), Boisroux (des Pieux).
11e légion : MM. Queinnec (de Saint-Renan), Lœwenhard (de Mouilleron-en-Pareds), Grelier (de Montaigu), Audouy (de Yue), Mabire (de Beauvoir-sur-Mer), Poirault (des Essarts).
12e légion : MM. Riollet (de Dun-le-Palleteau), Gourgaud (de Cognac), Déguiral (de Sarlat), Fayolle (de Bonnat), Bonnaud (de Ruffec), Delsol (de Montignac).
13e légion : MM. Dubosclard (de Pontaumur), Ferlut (de Brioude), Francoz (de Saint-Gervais).
14e légion : MM. Turc (de Viriville), Moussard (de la Verpillière), Frappaz (de Villeurbanne), Perreymond (de Grignan).
14e légion *bis* : MM. Callais (d'Abondance), Rigaud (de Saint-Rambert), Blanchet (de Villars).
15e légion : MM. Bernadou (de la Grand-Combe), Nougaret (de Port-Saint-Louis-du-Rhône).
16e légion : MM. Lapeyre (de Meyrueis), Maynier (de Sainte-Geneviève).
16e légion *bis* : MM. Bartoux (de Tuchan), Cayla (de Ginestas), Duplessis de Pouzillac (de Narbonne), Huc (de Verzeille).
17e légion : M. Bagnéris (de Samatan).
18e légion : MM. Castera (de Blanquefort), Darasse (de la Teste), Savin (de Coutras), Dussillol (de Grignols), Sarrazin (de Monségur), Munier (de Grenade).
19e légion : MM. Delmas (d'El-Kseur), Mandouil (de Rouïna), Lidy (de Tablat).
20e légion : M. Aweng (de Jœuf).
Détachement de la Réunion : M. Hoareau (de Saint-Louis).

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. André (d'Orsay), Meuvret (de Sceaux), Boucaut (d'Angerville), Mary (du Bourget), Berthaux (de Montmorency), Gorse (de Villiers-sur-Marne).
1re légion : MM. Trehout (de la Madeleine), Dupret (de Marchiennes), Eloy (de Trélon), Patou (de Fruges), Colibert (d'Abscon).
2e légion : MM. Lafargue (de la Neuville-Roy), Eissendeck (d'Acheux-en-Amiénois), Lesbroussart (de Maignelay), de Coux (de Rémy), Graillon (de Méru).
3e légion : MM. Perrée (de Creully), Assire (d'Envermeu), Hideux (de Barentin), Le Gland (de Nonancourt), Jouen (de Beuzeville).
4e légion : MM. Feit (de Mortrée), Leclerc (d'Argentan), Salmon (du Grand-Lucé), Vezard (de Domfront), Goupil (de Javron), Gauthier (de Nogent-le-Roi), Collignon (de Fresnay-sur-Sarthe), Pailhon (de Conlie), Kaplan (de Saint-Rémy-sur-Avre), Béasse (de Montsûrs), Durand (de Courville).
5e légion : MM. Durand (de Donzy), Massacre (de Selles-sur-Cher), Beaufils (de Moulins-Engilbert), Allen (d'Entrains).
6e légion : MM. Florentin (de Robert-Espagne), Limasset (de Dormans), Rouyer et Weber (de Void).
7e légion : MM. Colard (d'Ornans), Duvernoy (de Valentigney).
8e légion : MM. Gaillard (d'Autun), Coppéré (de la Clayette), Fondet (de Mercurey), Carlot (de Verdun-sur-le-Doubs), Armbruster (de Troyes).
9e légion : MM. Houpert (d'Usson), Roqueplane (de Gençay), Bonamy (du Grand-Pressigny), Maillet (de Vernantes), Sylvestre (de Montjean), Odon (de Mézières-en-Brenne), Couturier (de Châtillon-sur-Sèvre).
10e légion : MM. Porée (de Rennes), Le Calvé (de Redon), Le Frêche (de Martigné-Ferchaud), Goude (de Grand-Fougeray), Auvret (de Barneville).
11e légion : MM. Clavey (de Pont-Aven), Michel (de Basse-Indre), Dubois (de l'île d'Yeu), Daubert (de Rohan).
12e légion : MM. Goudart (de Bénévent-l'Abbaye), Marsat (de Villebois-Lavalette), Prudhomme (de Saint-Léonard), Morisson (de Hiersac), Trouilhet (de Chambon-sur-Voueize), Fauveau (de la Rochefoucauld), Neboux (de Lavaleix-les-Mines), Roux (de la Coquille), Lapierre (de Chalais), Bonneau (d'Aubeterre), Guérive (de Barbezieux).
13e légion : MM. Carrier de Boissy (de Bas-en-Basset), Cousin (de Saint-Galmier), Giraudoux (de Cusset), Talandier (de Mauriac), Basset (d'Ydes), Gébert (de Saint-Germain-Lembron), Ladevie (de Billom), Monghal (d'Issoire), Pipet (de Besse).
14e légion : MM. Chevalier-Joly (de Caluire), Ruyssen (de Montalieu-Vercieu), Cros (de Vif), Souchon (de Bourgoin), Ricard (de la Mure).
14e légion *bis* : M. Cerutti (d'Aime).
15e légion : MM. Cambon (de Saint-Félicien), Bauzan (de Berre), Lacrotte (d'Aubenas).
16e légion : M. Fraysse (de Rignac).
16e légion *bis* : MM. Paillès (de Limoux), Grassaud (de Saint-Paul-de-Fenouillet).
17e légion : MM. Laurent (de Mazères), Villatte (de Tonneins), Adoue (de Montesquieu), Darnis (de Saint-Céré), Bernadac (de Lavelanet), Ducros (de Castelnau), Bajan (d'Aignan), Ribis (de l'Isle-en-Dodon).
18e légion : MM. Oré (de Tonnay-Charente), Peyri (de Bazas), Bergugnat (d'Argelès-Gazost), Cuillé (de Saint-Pé), Dourthe (de Sabres), Naureils (d'Ygos), Morisson (de Labouheyre), Naureils (de Morcenx).
19e légion : MM. Burlat (d'Alma), Hybran (du Tarf), Grosdemange (de l'Hillil), Déchaux (d'Oued-Fodda).
Détachement de la Réunion : M. Fayard (du Port).

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André Bergé, médecin de l'hôpital Broussais (décédé à Saint-Malo) ; Bouchez (de Lille), H.-A. Choitard (de Marseille), Coudert (de Saint-Pardoux-le-Vieux), Laissus père (de Brides-les-Bains), Testeau (de Courtalain), Trégant (de Toulouse), victime d'un accident de montagne.

HOPITAL AMBROISE PARÉ (145, avenue Edouard-Vaillant, à Boulogne-sur-Seine). (Service de M. le docteur Ch. Laubry.) — Cours de pratique cardiologique, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, avec la collaboration de M. le docteur Daniel Routier et M. Jean Walser, assistants, et M. Pierre Oury, interne du service, du lundi 29 septembre au samedi 11 octobre 1924.

Droit d'inscription : 150 francs.

Les inscriptions sont reçues à l'hôpital Ambroise Paré, soit directement, soit par correspondance. S'adresser à M. le docteur D. Routier.

Programme des leçons. — Les syndromes cardiaques d'origine neurotonique. — L'hypertension dite primitive : formes de la cinquantaine, du vieillard, de la ménopause. — Les myocardies. — L'insuffisance ventriculaire gauche, sa place dans l'évolution des cardiopathies. — Les troubles pulmonaires au cours des cardiopathies. — L'insuffisance ventriculaire droite. — Les endocardites évolutives rhumatismales. — Traitement de l'hypertension. — Traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Considérations générales sur la thérapeutique cardiaque.

REVUE GÉNÉRALE

LES EMBOLIES DES ARTÈRES MÉSENTÉRIQUES

Par Marcel LÉVY-WEISSMANN,
Interne des hôpitaux de Paris.

La question des embolies des artères mésentériques a été remise à l'ordre du jour par de récentes discussions à la Société de chirurgie. Elle représente une partie d'un vaste sujet : l'infarctus intestinal. Mais nous verrons que les particularités étiologiques et pathogéniques différencient presque seules les infarctus par embolie artérielle de ceux par thrombose artérielle ou thrombose veineuse. En sorte que, étudier les embolies des artères mésentériques, c'est envisager à peu près l'ensemble de la question, en se plaçant seulement à un point de vue particulier.

I. **Historique.** — La première observation d'oblitération de l'artère mésentérique supérieure est due à *Tiedeman* (1843). Mais c'est *Virchow* qui, par des observations parues en 1847 et 1852, établit le premier la notion des embolies de l'artère mésentérique supérieure et des lésions intestinales qu'elles entraînent. Sa description permit à *Oppolzer* de faire pour la première fois le diagnostic de l'affection pendant la vie (1862). Dès lors les travaux se succédèrent nombreux en Allemagne : travaux cliniques avec *Gerhardt* et *Kussmaul* (1864), *Faber* (1875), *Kauffmann* (1895); travaux expérimentaux au premier rang desquels se place le mémoire fondamental de *Litten* (1875), base de toutes les discussions pathogéniques ultérieures.

En France la question était à la même époque abordée dans une série de thèses : Bertin (1869), Mengin (1871), Rhein (1875), Flament (1876), Bertrand (1878). Signalons en outre le mémoire de Lereboullet (1875). Mais les mises au point les plus importantes sont de date plus récente : citons les mémoires de *Gallavardin* (1901), de *Mauclaire* et *Jacoulet* (1908); la Revue générale de *Sauvé* (1910), contemporaine du travail allemand de *Zezas;* enfin la thèse d'*Hébert de la Rousselière* (1914). La guerre avait fait sur ce sujet un silence à peu près complet; l'un des mérites des récentes observations à la Société de chirurgie est d'avoir à nouveau attiré l'attention sur la fréquence trop oubliée d'une affection féconde en erreurs de diagnostic.

II. **Etiologie.** — 1. La FRÉQUENCE exacte des embolies des artères mésentériques est des plus difficiles à établir. La statistique de Jackson Porter et Quinby relève 120 cas d'oblitération des artères mésentériques; celle d'H. de la Rousselière n'en mentionne que 69; en admettant que ces deux statistiques se chevauchent, et en ajoutant les cas récemment publiés, on arrive au chiffre approximatif de 150 oblitérations artérielles, dont les 4/5 par embolie. Un fait en outre paraît ressortir de toutes les statistiques, c'est l'extrême rareté des embolies de la mésentérique inférieure, dont on connaît seulement 4 cas; et les auteurs cherchent à expliquer la disproportion entre les embolies des deux mésentériques par ces faits, que la mésentérique supérieure est la première à se présenter au caillot, qu'elle continue plus nettement la direction de l'aorte, qu'elle est enfin de plus gros calibre.

Mais aucun des chiffres donnés ne paraît répondre à la réalité des faits. En ce qui concerne les embolies de la mésentérique supérieure, plusieurs raisons concourent à fausser les statistiques : d'une part tous les cas observés n'ont pas été publiés; d'autre part dans nombre de cas d'infarctus intestinal, on n'a pu établir s'il s'agissait véritablement d'embolie mésentérique, plutôt que de thrombose artérielle ou veineuse. Enfin dans les statistiques n'entrent pas les cas d'embolies se produisant dans des artérioles minimes du territoire mésentérique; ces cas, sur lesquels a récemment insisté Klein, sont certainement assez nombreux; mais, compatibles avec une guérison et ne comportant pas de vérification anatomique, il est probable qu'ils passent la plupart du temps inaperçus, en raison de l'imprécision de leur symptomatologie. Cette hypothèse est plus particulièrement valable pour les embolies de la mésentérique inférieure, dont le territoire est largement anastomosé avec les territoires voisins, ce qui permet un rétablissement circulatoire rapide, et réduit au minimum les lésions anatomiques et la traduction clinique de l'accident.

2. Contrairement à ce qui s'observe pour les thromboses artérielles, dues à un processus d'artérite subaiguë ou chronique et apanage de l'âge mûr, les embolies mésentériques peuvent se rencontrer à tout AGE. La plus grande fréquence dans le SEXE masculin, signalée par certains auteurs, ne semble pas répondre à des causes très précises.

3. *a.* La CAUSE de beaucoup la plus fréquente des embolies mésentériques, ce sont les *cardiopathies.* L'endocardite rhumatismale est quelquefois signalée. Mais la lésion le plus souvent rencontrée dans la lecture des observations est le *rétrécissement mitral*, pur ou associé à une autre lésion orificielle. Rappelons à ce propos, qu'à la notion des caillots de stase, les auteurs modernes opposent la théorie de l'endocardite subaiguë : celle-ci, se produisant à l'occasion de l'infection la plus minime, coryza, angine ou infection intestinale banale, sur un endocarde préalablement lésé, servirait de point de départ aux caillots emboligènes. Les cas d'embolies au cours des myocardites semblent relever d'un processus analogue. Signalons enfin qu'Oswald a incriminé dans certains cas la symphyse cardiaque et la surcharge graisseuse du cœur.

b. A côté des cardiopathies, les *lésions aortiques* peuvent être à l'origine d'embolies mésentériques. Il s'agit alors de foyers d'*aortite chronique* soit de la crosse, soit de l'aorte descendante thoracique ou même abdominale, au niveau desquels la paroi de l'aorte est recouverte de caillots fibrineux, blanchâtres, adhérents. Beaucoup plus rarement le caillot emboligène trouve son origine dans une poche anévrismale (Oster).

c. Enfin Virchow rapporte un cas unique d'embolie de la mésentérique supérieure secondaire à une *thrombose des veines pulmonaires* chez un malade atteint d'infarctus pulmonaire à évolution gangréneuse.

d. Nous n'avons pas signalé jusqu'à présent dans l'étiologie des embolies mésentériques l'*endocardite végétante.* Taravellier l'admet comme une cause fréquente; la plupart des auteurs la considèrent comme exceptionnelle. Ici encore une évaluation précise ne saurait être faite; le caillot infectant provenant d'une endocardite végétante a tendance à créer, non pas une oblitération avec infarctus intestinal, mais

plus souvent une ectasie de l'artère mésentérique avec évolution vers la rupture. On comprend donc que les cas d'infarctus intestinal par embolie mésentérique au cours d'une endocardite végétante soient rares; mais les cas publiés d'ectasie de la mésentérique supérieure sont rares eux aussi, car souvent l'évolution n'a pas le temps de se faire vers la rupture; souvent aussi une telle lésion passe inaperçue au cours des autopsies, faute d'être systématiquement recherchée.

III. **Anatomie pathologique.** — Les lésions observées à la suite d'une embolie mésentérique sont comparables à celles d'un étranglement herniaire dans lequel l'anse étranglée serait représentée par un segment variable d'intestin infarcté, et dont le sac serait le péritoine en son entier.

A. **Le péritoine.** — Lorsqu'on pratique l'autopsie d'un sujet mort par embolie mésentérique, on voit à l'ouverture de l'abdomen s'écouler une quantité variable de liquide roussâtre, bouillon sale, parfois sanguinolent ou même franchement sanglant. Il est exceptionnel d'observer des signes évidents de péritonite aiguë : exsudats fibrineux, fausses membranes, ou même présence de pus franc dans la cavité péritonéale.

B. **L'infarctus intestinal.** — Quant aux lésions intestinales et mésentériques, tantôt elles sont très étendues et frappent dès l'abord, tantôt et plus souvent elles ne sont reconnues que lors d'un examen systématique du tube digestif, examen par lequel on croyait découvrir soit des lésions appendiculaires, soit une occlusion par bride, adhérences, coudure, compression, oblitération calculeuse.

a. Le segment d'intestin infarcté se présente avec un *aspect* très particulier : il est tuméfié, distendu; la couleur en est rouge foncé, violacé, parfois même noirâtre; cette teinte anormale prédomine sur le bord mésentérique et sur les faces latérales, la convexité pouvant au contraire présenter des marbrures livides. La démarcation entre les parties saines et les régions malades est en général très nette; ailleurs au contraire la teinte anormale se dégrade insensiblement, ce qui accroît la difficulté de l'entérectomie par l'imprécision du point où elle doit porter.

Si l'on palpe la zone malade, on observe un épaississement, un œdème mollasse des parois intestinales. *A la coupe*, on constate qu'effectivement la paroi intestinale est tuméfiée, pouvant atteindre une épaisseur de 5 à 6 millimètres.

La coupe révèle également la présence dans le tube intestinal de liquide séro-sanguinolent, parfois même franchement sanglant; cet exsudat hémorragique est à l'origine de la diarrhée sanglante qui, d'ailleurs, nous le verrons, est loin d'être constante.

L'*aspect de la muqueuse*, enfin, est assez spécial : tuméfiée, lie de vin, elle présente, en certains points, des zones érodées, parfois même de véritables exulcérations ; mais il est exceptionnel que l'on observe la gangrène et la perforation d'une anse infarctée. C'est qu'en effet, si l'infarctus est primitivement aseptique, au contraire, une fois détruit l'épithélium de la muqueuse, les agents microbiens pénètrent dans la circulation, et les accidents septicémiques joints aux accidents d'occlusion évoluent la plupart du temps trop rapidement pour permettre au processus anatomique d'achever son évolution (Mouchet).

b. Nous avons décrit ici la variété habituelle, l'infarctus hémorragique. Il existe toutefois une autre variété d'infarctus, dont on connaît seulement quelques cas, c'est l'INFARCTUS BLANC ANÉMIQUE. Sa dénomination suffit à en indiquer les caractères : tout le segment d'intestin infarcté est exsangue, décoloré. Nous verrons quelles explications ont été données de ces cas exceptionnels.

c. Qu'il s'agisse d'infarctus hémorragique ou d'infarctus blanc anémique, l'*étendue* du segment infarcté est des plus variables. On trouve des infarctus de 2 mètres (Oswald), de 4 mètres (Stilliti). Parfois même, tout l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du transverse sont infarctés, le maximum des lésions siégeant sur le cæcum et la terminaison de l'iléon; on devine que ces cas correspondent à une oblitération du tronc de la mésentérique supérieure à son origine (1). A l'opposé, on trouve des exemples d'intestins infarctés sur une longueur ne dépassant pas 10 ou 15 centimètres. Cependant, la plupart du temps, l'infarctus est partiel mais étendu, atteignant 80 centimètres à 1 mètre d'intestin.

On a signalé des cas où l'oblitération portait, non pas sur le tronc de la mésentérique supérieure ou sur une de ses branches destinées au grêle, mais isolément sur la colique supérieure droite : il y avait alors infarctus de l'angle colique sous-hépatique et des segments adjacents (Piéry et Dumas).

d. Lorsque l'oblitération atteint non pas la mésentérique supérieure, mais la *mésentérique inférieure*, les lésions siègent sur le côlon descendant et l'S iliaque. Dans les cas de Westhoff et de Monro, les deux mésentériques étant simultanément oblitérées, il y avait atteinte de tout le grêle à partir de l'angle duodéno-jéjunal, et du gros intestin jusqu'à l'anse sigmoïde.

e. L'*étude histologique* de l'intestin atteint d'infarctus hémorragique montre une nécrobiose en masse, surtout accentuée au niveau de la muqueuse; les veinules sont oblitérées, et cela d'autant plus qu'on se rapproche du mésentère; enfin, on constate une infiltration globulaire massive, surtout dans la sous-muqueuse.

C. **Le mésentère.** — Associées aux lésions intestinales existent constamment des lésions mésentériques. Celles-ci affectent une disposition assez particulière : elles figurent un triangle dont la base répond exactement à l'étendue de l'anse infarctée, et dont le sommet se trouve plus ou moins haut situé, à une distance variable au-dessous du point même de l'oblitération vasculaire.

Les lésions mésentériques sont, d'ailleurs, d'intensité variable et présentent, en général, un maximum au voisinage de l'anse infarctée. Les caractères des altérations mésentériques se rapprochent sensiblement de celles que nous avons indiquées au niveau de l'intestin : c'est le même épaississement, la même infiltration œdémateuse. La suffusion hémorragique se traduit quelquefois simplement par la teinte anormale du mésentère; ailleurs, on observe des ecchymoses plus ou moins

(1) On connaît sept exemples d'infarctus total : Ce sont les cas de Picqué et Grégoire, Jonnesco, Lenormant, Padenko, Britneff, Desplas, Descomps (pour ces derniers, voir *Bull. de la Soc. de chir.*, 15 mars 1924).

étendues ; dans certains cas, enfin, il existe des hématomes intramésentériques, pouvant former de véritables tumeurs, parfois même perceptibles durant la vie à travers la paroi abdominale (Cohn, Monro).

D. L'oblitération vasculaire. — Ayant constaté l'état de l'intestin et du mésentère adjacent, il convient de dissocier les deux feuillets mésentériques, de disséquer les vaisseaux en remontant vers la base du triangle, afin de découvrir l'oblitération vasculaire causale. Nous avons vu que l'étendue et la topographie même des lésions permettent déjà de présumer de l'endroit où l'on découvrira le caillot.

Ce caillot peut oblitérer seulement une des branches collatérales (branche destinée au grêle le plus souvent, colique supérieure droite dans un cas). Il peut également occuper le tronc de la mésentérique supérieure, sur une étendue variable : 1 centimètre (Claisse et Abrami), 3 à 4 centimètres (Guibé et Moreau), toute la longueur (Leclerc et Beutter). On l'a même vu oblitérer le tronc entier de l'artère et empiéter sur l'origine des collatérales (Schnitzler, Mollard et Monod).

Le caillot embolique est blanc ou rosé, exceptionnellement noirâtre. Il est souvent peu adhérent à la paroi vasculaire, et friable, ce qui peut expliquer les embolies secondaires des branches, parfois associées aux embolies du tronc (cas de Claisse et Abrami : oblitération à la fois du tronc mésentérique supérieur et de plusieurs collatérales, notamment de l'iléo-cæcale).

E. Les autres organes. — L'autopsie, enfin, ne serait pas complète si l'on omettait de pratiquer un examen systématique des divers organes. Nous n'insisterons pas ici sur la possibilité d'une thrombose de la mésentérique inférieure associée à une embolie de la mésentérique supérieure (Fischer) ; ni sur les thrombo-phlébites concomitantes aux embolies, et compliquant les interprétations pathogéniques. Mais un fait intéressant est la coexistence d'embolie mésentérique et d'autres embolies artérielles ; Mauclaire et Jacoulet ont trouvé cette coexistence 5 fois sur 17 observations ; Morisset en rapporte 19 cas. Il s'agit le plus souvent d'embolie fémorale ou d'embolie cérébrale. Mais on a pu rencontrer également des embolies spléniques, rénales (Oswald), iliaque (Fischer), pulmonaire (Reitter), humérale (Tschudy). Dans le cas de Claisse et Abrami existait, au niveau de l'aorte abdominale, une embolie en grelots se prolongeant à travers les iliaques primitives jusqu'aux iliaques externes et internes, cette embolie se trouvant associée à une embolie de la mésentérique supérieure et une embolie de la rénale gauche.

Enfin, l'on aura toujours soin de rechercher au niveau du cœur et de l'aorte la lésion originelle, point de départ des caillots emboliques.

IV. Pathogénie. — La pathogénie des infarctus intestinaux par embolie mésentérique est un problème qui a suscité de nombreux travaux. Une première question se pose : comment peut-il y avoir infarctus dans les territoires d'artères anastomotiques, au même titre que dans le domaine de la splénique, de la rénale ou de l'artère pulmonaire, artères à type terminal ? En outre, il y a lieu de se demander pourquoi il existe une telle disproportion dans la fréquence des infarctus de l'une et l'autre artère.

1° **Anatomiquement les deux mésentériques sont des artères anastomotiques.** — La *mésentérique supérieure* comporte un triple système d'anastomoses : elle communique avec les territoires adjacents, du tronc cœliaque par les artères duodéno-pancréatiques, de la mésentérique inférieure par l'arcade de Riolan. En outre, les différentes branches intestinales forment le long de l'intestin un système d'arcades dont la dernière constitue le vaisseau parallèle. De plus, les différents vasa recta issus du vaisseau parallèle sont anastomosés entre eux au niveau même du grêle, sous la séreuse.

La *mésentérique inférieure* est de même anastomosée avec la mésentérique supérieure et les hémorroïdales ; ses branches sont unies entre elles par des anastomoses formant arcade juxta-colique et juxta-sigmoïde, et la dernière sigmoïdienne est réliée à l'hémorroïdale supérieure par l'anastomose dite de Sudek. Enfin, les rameaux intestinaux s'anastomosent également.

Mais déjà un fait est à remarquer : alors que les anastomoses de la mésentérique inférieure avec les hémorroïdales sont larges, les duodéno-pancréatiques ne sont pour la mésentérique supérieure qu'une faible voie anastomotique. De plus, Lardennois et Okynczic ont montré que si, à la partie moyenne de l'iléon, il y a trois et parfois même quatre arcades juxtaposées, par contre, les deux extrémités du jéjuno-iléon ne sont longées que par un seul vaisseau anastomotique, de calibre assez réduit ; nous verrons quelles conclusions on peut tirer de ces faits.

2° **Physiologiquement, la mésentérique supérieure se comporte comme une artère terminale, la mésentérique inférieure comme une artère anastomotique.** — *A.* L'expérimentation montre, en effet, qu'aucun des systèmes anastomotiques de la *mésentérique supérieure* ne suffit à établir une suppléance circulatoire.

a. Une désinsertion mésentérique de 10 à 15 centimètres pour Madelung, de 4 à 5 centimètres seulement pour Rydigier, entraîne un infarctus hémorragique du segment correspondant ; tout au plus, est-il possible de lier sans accident l'un des vasa recta issus du vaisseau parallèle (H. de la Rousselière). Donc le système sous-séreux est insuffisant.

b. La ligature d'une branche de la mésentérique supérieure entraîne la mort en deux à trois jours, avec infarctus du segment intestinal correspondant (Litten). Donc le système d'arcade est inefficace.

c. La ligature du tronc de la mésentérique supérieure entraîne la mort en vingt-quatre à quarante-huit heures, avec infarctus de tout le territoire de l'artère (Litten), sauf peut-être les régions limitrophes aux territoires voisins (H. de la Rousselière). Sur les animaux ainsi ligaturés, on a pratiqué des injections colorées : jamais, dans les conditions habituelles de pression, elles ne pénétraient dans le territoire de l'artère oblitérée ; on a sectionné des branches dépendant du vaisseau oblitéré, il ne s'écoulait pas une goutte de sang.

Donc les anastomoses duodeno-pancréatiques et l'arcade de Riolan ne sont pratiquement d'aucun secours.

B. En ce qui concerne au contraire la *mésentérique inférieure*, la ligature ni du tronc ni des

branches n'est suivie de nécrose intestinale; à tel point qu'on a pu lier chirurgicalement le tronc de la mésentérique inférieure sans inconvénients marqués (technique ancienne de Cunéo pour l'abaissement du rectum).

3° **Pourquoi la mésentérique supérieure n'est-elle pas physiologiquement anastomotique?** — Le peu de développement des anastomoses ne suffit pas à expliquer que leur efficacité soit nulle. Conheim a prétendu que les anastomoses étaient oblitérées en même temps que le tronc, rendant ainsi la mésentérique supérieure effectivement terminale; or nous avons vu que la ligature du tronc seul de l'artère suffit à déterminer l'infarctus.

Les expériences de Litten sont plus riches en enseignements : Litten en effet a montré qu'après oblitération du tronc de la mésentérique supérieure l'injection colorée, qui ne passait pas dans les conditions normales de pression (80 centimètres de mercure), passait au contraire si l'on élevait la pression jusqu'à 300 centimètres de mercure. Zezas, reprenant ces expériences, a injecté une solution d'indigo dans la carotide gauche; la pénétration dans le territoire de la mésentérique supérieure ne se faisait que sous une pression de 300, et les petites branches n'étaient pas remplies même à 350.

Ces résultats se conçoivent très bien si l'on envisage que l'étendue d'intestin à irriguer est considérable; que les anastomoses situées aux deux extrémités du jejuno-iléon constituent seulement d'étroits couloirs de sûreté; et l'on comprend qu'il faille une pression formidable pour obtenir une irrigation suffisante à travers ces passages réduits, pression irréalisable pour l'organisme. La difficulté est encore accrue dans les cas où l'artério-sclérose abolit l'élasticité des artères (H. de la Rousselière).

Il existe donc une explication assez satisfaisante du non-fonctionnement des anastomoses dans l'oblitération du tronc de la mésentérique supérieure; mais il faut avouer qu'elle n'éclaire en rien la pathogénie des Infarctus partiels par oblitération d'une seule des branches intestinales.

4° **Pourquoi l'oblitération artérielle amène-t-elle en règle un infarctus hémorragique?** — On concevrait que l'oblitération de la mésentérique supérieure ou d'une de ses branches, supprimant tout apport de sang, détermine une ischémie simple. Or l'infarctus dit anémique est l'exception, l'infarctus hémorragique est la règle. Pour expliquer ce fait, la première théorie fut celle de *Virchow*, qui invoquait la fluxion par les artères des territoires voisins; mais il faudrait admettre que le maximum des lésions est à la périphérie, ce qui est contraire à la réalité des faits. Les expériences de *Litten* ont montré que l'infarctus hémorragique se produit en deux temps : dans un premier temps, les artères intestinales cessent de battre, l'intestin devient pâle et froid; cette ischémie entraîne une dégénérescence des capillaires, qui deviennent ainsi plus aptes à se rompre. Au bout de quelques heures, l'aspect change : les veines se distendent, deviennent turgides; c'est le sang qui, privé de la *vis a tergo*, reflue à travers les veines intestinales très insuffisamment valvulées; les capillaires, déjà altérés, auront ainsi à supporter le poids de toute la colonne mésaraïque-porte. On conçoit qu'ils se rompent, et qu'ainsi l'infarctus hémorragique soit constitué. A côté de la pression veineuse, il faut faire une part très accessoire à la fluxion collatérale, que Virchow considérait comme l'élément essentiel.

5° **Quelles sont les conditions qui déterminent un infarctus blanc?** — Si l'infarctus hémorragique trouve ainsi une explication plausible, la question de l'infarctus anémique est encore en litige.

Sprengel voulait expliquer l'infarctus blanc par une oblitération veineuse qui, associée à l'oblitération artérielle, empêcherait le reflux du sang veineux. Mais jamais expérimentalement la ligature simultanée de l'artère et de la veine n'a donné d'infarctus anémique (H. de la Rousselière); et par ailleurs on connaît des cas cliniques d'oblitération artérielle et veineuse avec infarctus hémorragique.

Niederstein, en injectant de la paraffine près de la terminaison des branches intestinales, a déterminé un infarctus blanc; de même en sectionnant le mésentère au ras de l'intestin. Leclerc et Cotte en concluent qu'une oblitération siégeant au-dessous des arcades doit déterminer un infarctus blanc; au contraire la ligature au-dessus des arcades anastomotiques produirait un infarctus hémorragique. C'est admettre le fonctionnement des anastomoses, le rôle essentiel de la fluxion collatérale; c'est nier les résultats des expériences de Litten, de Madelung, de Rydigier, de H. de la Rousselière, faire abstraction des données de l'expérimentation et de l'anatomo-pathologie, en se basant presque exclusivement sur les expériences de Niederstein. Mieux vaut avouer qu'on ignore encore pourquoi la plupart des infarctus devenant hémorragiques après un premier stade d'ischémie, d'autres restent à ce stade et constituent les infarctus blancs anémiques.

V. **Symptomatologie**. — La symptomatologie des embolies mésentériques est extrêmement trompeuse : si les cas typiques en effet évoluent en deux phases, phase de diarrhée séreuse et hémorragique, phase d'occlusion, nombre de cas par contre débutent par des phénomènes d'occlusion; les signes d'hémorragie intestinale manquent alors, et rien n'oriente vers l'idée d'une embolie mésentérique, si ce n'est peut-être la notion préalable d'un foyer cardiaque ou aortique.

A. **Cas typiques**, — Les cas typiques comportent, avons-nous dit, deux phases : phase de diarrhée séro-hémorragique, phase d'occlusion. Parfois survient une troisième phase, phase de péritonite par perforation; mais c'est là, en raison de la rapidité de l'évolution, une éventualité exceptionnelle.

a. Le DÉBUT est en général brutal. Tantôt il s'agit d'un malade que l'on suivait depuis un temps variable pour une cardiopathie en état de décompensation ou pour une aortite; parfois dans ses antécédents immédiats ou lointains on note déjà des embolies (observations de Traversier, de Claisse et Abrami). Ailleurs au contraire le sujet est frappé soudainement, en pleine santé apparente ou avec des troubles légers qui ne faisaient en rien prévoir l'éclosion d'accidents foudroyants. Dans tous les cas, le début est subit, brutal : il se fait par une *douleur* atroce, en coup de poignard, analogue à la douleur d'une appendicite violente à son début ou d'une perforation intestinale.

b. PÉRIODE INITIALE. — Cette douleur persiste pendant toute la première période. Elle est en général sus et péri-ombilicale, mais peut également avoir

son maximum dans l'hypocondre droit ou dans la fosse iliaque droite. Elle irradie d'ailleurs bientôt dans tout l'abdomen et jusque dans la racine des cuisses. Elle est continue, avec souvent des paroxysmes durant cinq à dix minutes et survenant à intervalles à peu près égaux. Les injections répétées de morphine ne suffisent pas toujours à la calmer (Lardennois).

Cette douleur s'accompagne presque toujours de *vomissements*, phénomène banal au cours de tous les syndromes douloureux de l'abdomen. Ces vomissements sont alimentaires, puis muqueux et bilieux, rarement hémorragiques.

Un autre phénomène par contre a une importance considérable, c'est la *diarrhée séreuse*; souvent abondante, parfois fétide, elle se rencontre dans 55 p. 100 des cas. Ce fait ne se produisant guère dans les autres syndromes douloureux de l'abdomen, prend ainsi une grosse valeur diagnostique.

Mais plus importantes encore et permettant seules d'affirmer le diagnostic avant l'intervention, sont les *hémorragies intestinales*. Rarement elles se traduisent sous l'aspect d'hématémèses (Molard, Leclerc, Mauclaire et Jacoulet); parfois le sang peut être retrouvé par lavage d'estomac (Chifoliau). Mais en général l'hémorragie intestinale s'élimine par voie descendante, et l'on observe soit la selle franchement sanglante, d'aspect noirâtre, poisseux, goudronneux; soit la selle séro-sanguinolente. Quelquefois d'ailleurs le sang ne s'extériorise pas, et seul un toucher rectal peut en déceler la présence. Les signes d'hémorragie intestinale ne sont pas immédiats, et la diarrhée séreuse peut les précéder de plusieurs heures; ils ne sont pas permanents, et les selles peuvent être alternativement hémorragiques ou simplement séreuses. Enfin ils ne sont pas constants, et leur absence accentue singulièrement les difficultés du diagnostic; comme cependant anatomiquement l'hémorragie intestinale est la règle, il est permis de supposer que dans les infarctus haut situés le flux sanglant est résorbé dans les portions sous-jacentes du tube digestif (Lardennois).

Douleur brutale et violente, diarrhée séreuse, signes d'hémorragie intestinale, telle est la triade symptomatique sur laquelle doit se baser le diagnostic. En effet ni les signes généraux ni les signes physiques ne donnent d'indication réellement utile.

Les *signes généraux* sont des signes banaux : tantôt ce sont des signes de choc nerveux, avec agitation, quelquefois délire; tantôt des signes d'hémorragie interne, avec pouls rapide et petit, tendance au collapsus. Kussmaul considère l'hypothermie comme un phénomène caractéristique; mais dans la plupart des observations la température est normale ou légèrement élevée.

Les *signes physiques* enfin donnent en général peu de renseignements. Le ventre rapidement se ballonne, avec parfois une légère contracture diffuse ou localisée. Le seul élément important est la sensation de tumeur, obtenue soit par le palper abdominal, soit par le toucher rectal ou vaginal; cette sensation est due soit à l'existence d'un volumineux hématome intramésentérique, soit à l'agglomération en paquet d'anses infarctées. Parfois en outre on constate l'existence d'un peu d'ascite dans les flancs.

Cette phase de diarrhée séro-sanglante dure un temps variable; mais en quelques heures, vingt-quatre heures au maximum, est constitué le syndrome d'occlusion intestinale, qui caractérise la deuxième phase.

c. PÉRIODE D'OCCLUSION INTESTINALE. — C'est alors le tableau classique de l'occlusion intestinale, avec ses vomissements parfois fécaloïdes, son météorisme abdominal, son arrêt complet des matières et des gaz. On ne peut observer aucune contraction apparente de l'intestin; « l'auscultation de l'abdomen ne révèle qu'un silence absolu, sépulcral » (Lardennois). Le facies se grippe, les yeux s'excavent, le pouls s'accélère et faiblit, et la mort, en dehors de toute intervention, survient en trois à cinq jours.

d. PÉRIODE DE PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Quelquefois la phase ultime est marquée par des signes de péritonite diffuse à type hyposthénique; ces signes, qui tranchent d'ailleurs peu sur les signes terminaux de la phase d'occlusion, traduisent la gangrène et la perforation de l'anse infarctée. Nous avons vu qu'il s'agit là d'une éventualité exceptionnelle.

B. **Formes cliniques.** — Si dans les formes à symptomatologie complète les embolies mésentériques sont assez facilement reconnaissables, nombreuses sont par contre les formes où l'absence d'un ou plusieurs symptômes égare singulièrement le diagnostic. Tous les signes peuvent manquer, et les plus typiques, ceux qui traduisent l'hémorragie intestinale, sont absents dans plus de la moitié des cas. La douleur elle-même n'est pas un phénomène absolument constant. Enfin nombreux sont les cas où tous les signes de la phase initiale sont absents, et où l'on se trouve en présence d'un syndrome d'occlusion intestinale, presque impossible à rattacher à sa cause.

C. **Embolies de la mésentérique inférieure.** — Les embolies de la mésentérique inférieure se manifestent par une symptomatologie sensiblement analogue à celles de la mésentérique supérieure. On a signalé toutefois comme signes distinctifs le maximum douloureux à gauche, l'existence de ténesme rectal, de chaleur et de prurit à l'anus. Hegar et Gehrardt prétendent que le sang, noir et poisseux dans les embolies de la mésentérique supérieure, serait ici rouge et rutilant; Gehrardt aurait même vu au spéculum saigner la muqueuse rectale dans une embolie de la mésentérique inférieure. Mais le trop petit nombre de cas connus d'embolies de la mésentérique inférieure ne permet pas de lui attribuer encore une symptomatologie bien tranchée.

VI. **Évolution.** — L'évolution, nous l'avons vu, se fait en règle vers la mort, en trois à cinq jours en moyenne, parfois en sept à huit jours, ailleurs au contraire en vingt-quatre heures; Zezas évalue la mortalité de cette affection, en dehors des très rares succès opératoires, à 94 p. 100. Cependant il existe dans la littérature quelques cas où un tableau typique d'embolie mésentérique, avec toute son intensité dramatique, était suivi de guérison (cas de Lereboullet, Hirtz, Moos, Klein, Finlayson, deux cas de Hoegel); ces cas toutefois ne peuvent être considérés comme authentiques que si l'on accorde à la clinique une valeur suffisante pour affirmer à elle seule le diagnostic. Il existe en outre des cas subaigus, où les symptômes évoluent sous une forme atténuée pendant un temps variable, pour aboutir progressivement à la guérison (Klein); ici encore aucun critérium anatomique ne permet d'affirmer l'existence certaine d'une embolie mésentérique,

que cependant les signes cliniques font supposer et que la physio-pathologie ne rend pas improbable.

VII. **Diagnostic.** — Le diagnostic d'embolie mésentérique est en général des plus difficiles à poser. On a pu l'affirmer en présence d'un grand syndrome douloureux abdominal, avec diarrhée séro-sanglante, survenant chez un cardiaque ou un aortique. Il est encore très vraisemblable si, chez un tel sujet, on voit se succéder les deux phases de diarrhée et d'occlusion. Mais nombreux sont les cas où le diagnostic n'a pu être fait que par les constatations anatomiques, chirurgicales ou nécropsiques; encore l'intervention chirurgicale ne permet-elle pas à elle seule d'affirmer que l'oblitération vasculaire cause de l'infarctus est bien due à une embolie.

Faire le *diagnostic différentiel* des embolies mésentériques serait passer en revue la plupart des grands syndromes douloureux de l'abdomen. Signalons seulement que nombre de malades ont été opérés avec le diagnostic d'appendicite suraiguë ou d'appendicite perforée; ailleurs, selon le siège du maximum douloureux, on a cru à une cholécystite aiguë, à une pancréatite hémorragique (Nimier); lorsque les signes généraux prédominaient, on a pu supposer une rupture de grossesse tubaire (Stillitti) ou un empoisonnement (Legueu). Quant au diagnostic souvent signalé par les auteurs avec une invagination intestinale, qui elle aussi comporte douleurs et évacuations sanglantes, il est facilité par la notion d'âge; en outre l'invagination ne s'accompagne pas de diarrhée.

Au stade d'occlusion, le diagnostic est presque impossible; par raison de fréquence, on supposera que l'occlusion est due à un cancer intestinal, à une compression, à un ileus biliaire, à un étranglement interne. Seule la notion d'une phase diarrhéique préalable permet le diagnostic; mais, lors même qu'elle a existé, l'état du malade ne permet pas toujours de l'interroger à fond sur ses antécédents.

Quant à préciser si les signes constatés d'infarctus intestinal sont dus à une embolie, à une artérite oblitérante, à une thrombo-phlébite, c'est tâche très malaisée, même sur la table d'opération. En faveur de l'embolie on admet le début plus brusque, l'évolution plus rapide, l'abondance plus grande des entérorragies; l'artérite et la thrombo-phlébite, au contraire, seraient moins brutales et dans leur évolution et dans leur symptomatologie. En réalité, l'élément de différenciation le plus important est l'examen général du malade. Existe-t-il une asystolie, ou simplement un foyer d'endocardite ou d'aortite en évolution? On s'orientera vers une embolie. Le malade est-il un artério-scléreux diffus ou un syphilitique présentant d'autres lésions artérielles? on admettra de préférence une artérite oblitérante. S'agit-il, au contraire, d'un sujet variqueux, d'une femme atteinte de phlébite péri-utérine ou de phlegmatia, d'un cirrhotique faisant ou non de la pyléphlébite? Le diagnostic probable sera celui de thrombo-phlébite. Mais ce sont là des diagnostics d'impression clinique que seule l'autopsie peut contrôler; l'absence d'autopsie, dans nombre d'observations, interdit toute certitude, et fausse, nous l'avons vu, les statistiques.

VIII. **Traitement.** — Le traitement chirurgical est le seul possible en présence d'une embolie mésentérique. Mais il faut reconnaître qu'il ne comporte qu'une faible proportion de succès.

Tout d'abord il existe des cas où l'intervention ne saurait même être envisagée; tels les cas d'asystolie complète ou les cas d'embolies multiples où l'oblitération mésentérique n'apparaît que comme un épiphénomène. Dans tous les autres cas, il est admis que l'on doit opérer, quel que soit l'état du malade. Mais souvent l'intervention se borne à une laparotomie exploratrice, et tantôt l'atteinte de tout l'intestin, tantôt les phénomènes de collapsus présentés par le malade excluent toute tentative proprement thérapeutique.

Lorsqu'on peut intervenir, le problème se pose un peu comme dans un étranglement herniaire avec nécrose de l'anse. Extériorisation ou entérectomie d'emblée? Il ne saurait être, en effet, question de pratiquer des interventions telles que l'anus contre nature ou l'entéro-anastomose simple, qui ont seulement un effet mécanique : rétablir le cours des matières, mais ne suppriment en rien le danger de gangrène et de perforation de l'anse.

L'*entérectomie* semble bien être l'opération de choix; l'étendue de l'infarctus n'est pas une contre-indication; expérimentalement, en effet, on a pu chez l'animal réséquer la moitié du grêle; chirurgicalement, Monprofit a fait une résection de plus de 3 mètres, Nigrisoli de 5m20, Storp de 5m10, tous trois avec succès. L'entérectomie peut être faite, soit avec anastomose bout à bout immédiate, soit avec extériorisation des deux bouts, l'anastomose étant réservée pour un second temps. Cette dernière technique a l'avantage de diminuer le choc opératoire, mais risque de tuer le malade par inanition si la résection porte haut sur l'intestin grêle.

Si l'on ne croit pouvoir faire une entérectomie immédiate, on peut se contenter d'une *extériorisation* de l'anse infarctée et parer ainsi au danger de péritonite par perforation (Tschudy, guérison; Mouchet, mort).

De toutes ces techniques, aucune n'a suffisamment fait ses preuves. Nous nous garderons de donner des chiffres concernant l'un ou l'autre des procédés; car si l'ensemble des succès publiés abaisse la mortalité à 75 ou même à 60 p. 100 (Descomps), combien en réalité d'échecs restent ignorés! (Lardennois). Ce n'est pas à dire qu'en présence d'une embolie mésentérique reconnue cliniquement ou au cours de l'intervention il faille rester inactif. L'acte chirurgical est en pratique la seule chance de salut du malade; il doit toujours être tenté, mises à part les contre-indications que nous avons signalées. Pour la technique à employer, le chirurgien s'inspirera des circonstances et choisira l'une des trois méthodes : extériorisation simple, entérectomie avec abouchement à la peau, entérectomie avec suture bout à bout immédiate. Mais toujours il se rappellera qu'il s'agit de malades très choqués qui lui sont amenés à un stade avancé de leur affection, et chez lesquels l'existence d'autres lésions, cardiaques ou aortiques, assombrit singulièrement le pronostic opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

N. B. — Nous ne donnons ici que les références essentielles ou récentes. Pour avoir une bibliographie complète, on consultera utilement le travail de Zezas et la thèse de H. de la Rousselière.

AUTEFAGE. *Soc. de chir.*, 22 mai 1918 (Quénu, rapporteur).
BRADY. *Arch. of surg.*, 1923.
CHAVANNAZ et GUYOT. In *Traité* Le Dentu-Delbet.
CLAISSE et ABRAMI. *Soc. méd. des hôpit.*, 14 avril 1905.

DESPLAS. *Soc. de chir.*, 5 mars 1924 (Descomps, rapporteur; discussion : Lardennois, Chifoliau).
FOY. *Med. Press.*, London 1922, t. CXIII, p. 138.
GALLAVARDIN. Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1901.
GUIBÉ et MOREAU. *Soc. de chir.*, 9 janv. 1918 (Quénu, rapporteur).
KLEIN. *Chir., gyn. and obst.*, 1921.
LECLERC et COTTE. *Lyon chir.*, 1911, p. 483.
LITTEN. *Virch. Arch.*, Bd LXIII.
MAUCLAIRE et JACOULET. *Arch. gén. de chir.*, 1908, p. 341.
MOUCHET. *Presse méd.*, 9 déc. 1905.
NEUMANN. *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 34.
PICQUÉ et GRÉGOIRE. *Soc. de chir.*, 1903.
ROUSSELIÈRE (H. DE LA). *Th. de Paris*, 1914.
SAUVÉ. *Journ. de chir.*, nov. 1910.
SPRENGEL. *Arch. f. klin. Chir.*, 1901, p. 67.
TARAVELLIER. *Soc. de chir. de Lyon*, 6 avril 1911.
THÉVENOT et REY. *Arch. gén. de chir.*, 1911.
YOUNG. *Gyn. obst.*, Saint-Louis 1921, t. XXXIII, p. 26-28.
ZEZAS. *Centralbl. f. d. Grenz. d. Med. in Chir.*, t. XIII, n°s 9 à 14.

REVUE DES THÈSES

De l'étiologie dans l'arriération mongolienne (1). Résultats d'une enquête menée dans les milieux hospitaliers et des recherches faites dans la littérature de ces vingt dernières années, par le docteur Paul-Jean-Joseph DOP.

La pathogénie du mongolisme, dont on a noté la recrudescence en France depuis quelques années, a donné lieu à de nombreuses discussions.

Voici sur ce sujet une excellente thèse inspirée par notre éminent collaborateur et ami le docteur L. Babonneix dont on n'a pas oublié les remarquables travaux publiés ici même sur l'idiotie mongolienne.

Cette thèse apporte une démonstration qui jette un jour nouveau sur la question.

Passons la parole à l'auteur pour l'exposé de ses conclusions.

« *La syphilis héréditaire constitue, pour le mongolisme, la cause par excellence. Les autres causes invoquées sont secondes.* — En dehors d'elle, en effet, toutes les causes envisagées n'interviennent qu'à titre adjuvant. C'est en provoquant des lésions vasculaires et méningées, en fragilisant les cellules nerveuses, que l'infection syphilitique permet aux émotions, aux traumatismes, aux toxi-infections d'intervenir comme facteur déterminant.

Les objections que l'on oppose à cette formule tiennent peu. Nous aurons occasion de les réfuter dans le cours de ces conclusions.

Les arguments énoncés à l'appui de cette assertion dans le chapitre III de notre travail, les résultats de notre enquête, ainsi que la discussion du précédent paragraphe, suffisent à entraîner la conviction.

Disons seulement que la syphilis frappe avec prédilection le système nerveux centro-spinal et ses enveloppes, plus particulièrement encore chez le fœtus l'extrémité céphalique dont les malformations, prises en bloc, atteignent 74 p. 100 (P. Rudaux et Le Lorrier).

Le domaine de l'H-Σ nerveuse est immense. Innombrables sont les affections d'ordre neurologique ou psychiatrique dont elle est responsable. On rattache actuellement à l'H-Σ nerveuse la presque totalité des encéphalopathies infantiles, qu'il s'agisse d'accidents aigus, subaigus ou chroniques, se manifestant par des syndromes moteurs ou mentaux; bon nombre d'affections oculaires, de myélopathies, de syndromes d'origine uni ou pluriglandulaire, et de syndromes divers.

On sait, en effet, que la syphilis héréditaire « tient la première place dans l'étiologie des altérations des glandes à sécrétion interne » (Hutinel, Barthélemy, Pentagna) qu'elle est une cause fréquente des affections congénitales du cœur (Mme A. Mikailowsky) et de nombreuses malformations.

Mais, nous objecte-t-on, la réaction de fixation est à peu près constamment négative pour le sang dans l'idiotie mongolienne.

Est-ce une raison suffisante pour éliminer ipso facto l'hypothèse d'hérédo-syphilis?

Il faut savoir que rien n'est plus variable que les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann pour le sang.

Notre maître, M. L. Babonneix, traitant du rôle de l'hérédo-syphilis en neuropathologie, a fait part de toute sa pensée à cet égard :

Si le liquide céphalo-rachidien ne contient pas de sensibilisatrice, dit-il, c'est qu'il s'agit soit de lésions déjà cicatrisées, soit de lésions banales, mais ne s'étant produites qu'à la faveur d'une « fragilisation » du cerveau, due elle-même à la syphilis (Hutinel), soit de lésions spécifiques localisées à une glande endocrine et produisant d'une manière indirecte des altérations nerveuses; et il recommande aux auteurs de prendre soin de se conformer aux règles suivantes :

S'adresser à des enfants jeunes, la réaction devenant d'autant moins nette qu'ils avancent plus en âge, et restant presque toujours négative, chez les héréditaires les plus avérés, au-dessus de seize ans (Dean) et dans l'hérédo-dystrophie (Ch. Leroux et Labbé, 1911, Nasso (1923).

Etendre les recherches sérologiques à l'entourage familial, parents, frères et sœurs (Fraser et Watson).

Les faire précéder d'une réactivation.

Opérer à la fois sur le liquide céphalo-rachidien et sur le sang, ou tout au moins sur le premier qui, jusqu'à présent, n'a été qu'exceptionnellement examiné.

Ajoutons que la luético-réaction de Noguchi peut rendre de grands services.

L'anomalie peut être due à la transmission d'une syphilis de seconde génération. — Les observations n°s 50 et 34 de notre série inédite, dues à l'obligeance de MM. J. Lhermitte et de Chabert, illustrent ce second aphorisme.

Nous tenons ici encore l'explication de la fréquence des résultats négatifs du séro-diagnostic chez nos petits Mongoliens.

On se trouve en effet, le plus souvent, dans le mongolisme, en présence d'une infection atténuée.

M. Martelli, de Naples, soutient que la syphilis de deuxième génération (d'aïeul à petit-fils) et de troisième génération (de bisaïeul à arrière-petit-fils), ignorée dans la plupart des cas, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en général. Elle réalise, par l'étendue de ses ravages, à des époques plus ou moins lointaines « une admirable et constatable confirmation de la malédiction biblique ».

Comment une telle cause tient sous sa dépendance les lésions nerveuses constatées? Intervient-elle en portant son action sur certaines glandes vasculaires sanguines pour créer ce terrain spécial dont parlent Vidal et Abrami, cette fragilité des colloïdes entrant dans la composition normale du plasma sanguin et des cellules constituantes de l'organisme, du cerveau notamment? ou intervient-elle plus directement en créant des lésions inflammatoires spécifiques? C'est ce que nous allons voir maintenant :

Les lésions primitives sont inflammatoires toujours, spécifiques quelquefois, et ont pour substratum anatomique les méninges molles. L'agénésie cérébrale est secondaire. — L'étude anatomique de notre maître illustre cette troisième affirmation (Voir chapitre IV, obs. n° 6).

Ces lésions de pie-mérite chronique, associées ou non à des nodules périvasculaires d'apparence gommeuse, ne sont pas des lésions terminales — elles n'en présentent en aucune façon, le type histologique. Elles ne sont pas non plus des lésions secondaires.

N'existe-t-il pas un rapport topographique très étroit entre microgyrie et méningite. Les circonvolutions atrophiées ne sont-elles pas situées juste au-dessous des méninges lésées?

Ce sont, autant qu'on puisse dire, des lésions primitives, causales, l'agénésie cérébrale n'étant qu'une de leurs conséquences.

Cette méningite localisée à certaines régions de la base, retentit sur les éléments constitutifs de l'hypophyse. — Cette localisation a pour preuve les particularités cranienne et faciale de nos mongoliens.

(1) *Th. de Paris.* Amédée Legrand.

Diminution du diamètre antéro-postérieur de la base du crâne, provenant d'un arrêt de développement de cette partie de la boîte cranienne, dépression de la racine du nez, présence de l'épicanthus par suite de la non utilisation des téguments et de l'absence de cartilage à ce niveau.

Aplatissement de la région occipitale, étroitesse du rhinopharynx, forme ogivale de la voûte palatine.

Cette méningo-encéphalite basilaire explique aussi les lésions de la glande pituitaire.

On sait qu'il existe actuellement dans la science, des cas indiscutables de syndrome dit pluriglandulaire, liés à une lésion de même ordre. Or, le mongolisme n'affecte-t-il pas d'étroites analogies avec quelques-uns d'entre eux?

La radiographie de la selle turcique chez les petits mongoliens, découvre des lésions constantes de l'hypophyse : (Timme, 1921, Tumpeer, 1922), que confirment les pratiques d'autopsie (Crookshank, Hoppe, Mac Clelland, Stewens).

J. Raeder, a noté (1920, obs. n° 19, ch. IV) l'inflammation interstitielle de la glande conjointement à une hyperplasie thymique, ainsi que cela se voit, par un mécanisme de suppléance dans le syndrome adiposo-génital.

Ces lésions précoces des centres nerveux supérieurs, la dysfonction de la glande pituitaire, le déséquilibre du système nerveux organo-végétatif rendent compte de la plupart des symptômes observés chez les Mongoliens. — Le système nerveux de la vie organique (sympathique vrai et para-sympathique) est inséparable, comme on sait, des glandes endocrines.

Sa mission est de régler, d'harmoniser le fonctionnement de ces dernières.

Toute altération glandulaire, toute sécrétion viciée, compromettra donc cet équilibre.

Le couple sympathique en retour, subira des effets variables qui le rendront plus ou moins sensible et excitable.

Dans le mongolisme, les lésions précoces des centres ont sans doute détruit l'équilibre au profit du système organo-végétatif, établissant ainsi de façon définitive, sa prédominance, que pourra rendre plus apparente encore la déficience hypophysaire en sensibilisant le système et en exagérant son activité.

Nous venons de voir que ces lésions précoces de méningo-encéphalite basilaire donnent l'explication des particularités faciales des petits mongoliens.

La *dysfonction de la glande pituitaire* rendra compte de quelques symptômes observés chez eux (voir Timme, chap. I). La recherche des signes de localisation hypophysaire permet en effet de grouper : l'obésité, l'hypogénésie, la croissance insuffisante, le nanisme, la régulation thermique défectueuse, la frilosité.

La *dystonie neuro-végétative* tient sous sa dépendance les troubles du métabolisme organique, de la nutrition, de la circulation, des systèmes vaso-moteur et endocrinien, l'instabilité affective, complexus pathologique contribuant pour une large part à la nosologie du mongolisme.

La recherche des signes de localisation hypophysaire, de tests glandulaires, l'étude du reflexe oculo-cardiaque, chez le mongolien, pourraient être utilement complétées par l'essai d'une thérapeutique rationnelle.

En résumé :

1° La syphilis héréditaire constitue pour le mongolisme la cause par excellence. Toutes les autres causes invoquées sont secondes;

2° L'anomalie peut être due à la transmission d'une syphilis de seconde génération;

3° Les lésions primitives sont inflammatoires toujours, spécifiques quelquefois, et ont pour substratum anatomique, les méninges molles.

L'agénésie cérébrale est secondaire;

4° Cette méningite chronique localisée à certaines régions de la base retentit sur les éléments constitutifs de l'hypophyse;

5° Ces lésions précoces des centres nerveux supérieurs, la dysfonction de la glande pituitaire, le déséquilibre du système nerveux organo-végétatif (dystonie végétative), en un mot, le trouble du mécanisme neuro-glandulaire, rendent compte de la plupart des symptômes observés chez les Mongoliens. »

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DIGITALINE ET OUABAÏNE

Le docteur R. Lutembacher a publié dernièrement dans le *Bulletin médical* (n° 15, 9-12 avril 1924) un article qui constitue une excellente mise au point du mode d'emploi et de la posologie des médicaments cardiaques usuels, notamment de la digitaline et de l'ouabaïne.

M. Lutembacher rappelle tout d'abord qu'à cause de la variabilité extrême des glucosides actifs dans la digitale et les strophantus, les préparations galéniques même stabilisées ne sont pas recommandables. Pour la digitale, « nous possédons dans la digitaline cristallisée isolée par Nativelle un produit d'une grande fixité ». Quant à l'ouabaïne, ce nom doit être réservé au principe actif cristallisé extrait par le professeur Arnaud, d'abord de l'*Acocanthera ouabaïo*, puis du *Strophantus gratus*. Cette ouabaïne Arnaud ne doit pas être confondue avec les diverses strophantines et ouabaïnes du commerce, mal définies et d'une activité très inégale.

M. Lutembacher considère la digitaline et l'ouabaïne comme « deux merveilleux médicaments », qui, « bien maniés, donnent dans la pratique de remarquables succès ».

Malgré leurs propriétés pharmacodynamiques voisines, la digitaline et l'ouabaïne offrent au praticien des ressources très différentes, ce qui s'explique par la solubilité et la diffusibilité plus grandes de l'ouabaïne.

Lorsque l'ouabaïne Arnaud est employée par voie intraveineuse, son action est plus intense, plus immédiate, mais aussi moins durable que celle de la digitaline. Pour ces raisons, l'ouabaïne produit un effet plus accentué et plus prompt sur la contractilité cardiaque, ce qui la rend précieuse dans les grands accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche : asthme cardiaque, œdème pulmonaire, douleur angineuse de distension, et dans l'insuffisance aiguë du ventricule droit, avec hépatomégalie considérable, qui s'oppose à la résorption de la digitaline par les voies digestives.

Aux périodes avancées de l'asystolie compliquée de troubles d'excitabilité et de conductibilité, l'ouabaïne est plus maniable que la digitaline, grâce à son élimination rapide. Aussi, l'*action inversée*, de même que l'*action dissociée*, est-elle plus rare avec l'ouabaïne et ne s'observe-t-elle qu'aux périodes ultimes de l'asystolie compliquée.

On a, il est vrai, préconisé les injections intraveineuses de digitaline (N. Fiessinger, Gilbert et Coury, Bonnamour), pour lesquelles on utilise la solution habituelle de digitaline Nativelle en diluant x à xxx gouttes dans 2 à 5 centimètres cubes d'eau distillée. L'action de la digitaline, injectée dans les veines, est presque aussi rapide que celle de l'ouabaïne. Cependant, son intensité est un peu moindre, car la digitaline est moins soluble dans l'eau et absorbée moins immédiatement par le myocarde. Par contre, cette action est plus longtemps prolongée par suite de l'élimination lente de la digitaline. Mais c'est là, d'après Lutembacher, l'inconvénient de ces injections, car toutes les fois que l'on introduit dans la circulation un médicament de grande activité, il est prudent d'utiliser un produit très soluble à élimination rapide. D'autre part, avec les médicaments à élimination lente, comme la digitaline, on doit, au moment d'une réinjection, tenir compte de l'accumulation. Mais, comme les lois de cette accumulation sont imprécises, on risque de réinjecter trop ou trop peu. Pour toutes ces raisons, l'ouabaïne est plus maniable que la digitaline en injections intraveineuses.

Au contraire, en ingestion, la digitaline se résorbe plus sûrement que l'ouabaïne s'il n'y a pas de stase portale. M. Lutembacher recommande l'emploi buccal de l'ouabaïne dans le traitement des *petits accidents* d'insuffisance ventriculaire droite ou gauche, qui sont très fréquents dans la pratique. En pareil cas, M. Lutembacher se sert de la *solubaïne* (solution au millième d'ouabaïne Arnaud), dont il ne prescrit jamais plus de xxx gouttes dans les vingt-quatre heures.

Pour juguler les accidents aigus graves, seule l'injection intraveineuse est efficace. La dose utile est alors de *1/2 milligramme* par vingt-quatre heures, à renouveler pendant trois jours. Lorsqu'on ne connaît pas la tolérance du sujet, la dose de 1/2 milligramme est injectée en deux fois par vingt-quatre

heures, soit 1 centimètre cube matin et soir des ampoules au 1/4 de milligramme.

L'injection doit être rigoureusement intraveineuse. En cas de stase veineuse généralisée avec œdèmes trop prononcés et qui rendent l'injection intraveineuse impossible aux lieux d'élection usuels, M. Lutembacher conseille l'*injection intra-jugulaire* (*Presse méd.*, 5 janvier 1924).

Les injections intraveineuses d'ouabaïne Arnaud doivent être suspendues s'il survient des troubles d'excitabilité ou de conductibilité; ceux-ci ne s'observent d'ailleurs qu'aux périodes avancées de l'*asystolie compliquée*. Mais, sans abandonner la partie, on peut alors faire une nouvelle tentative [illegible] au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Ce *traitement saccadé* a quelquefois permis à M. Lutembacher de gagner du terrain par petits bonds successifs, et de rétablir ainsi l'équilibre circulatoire dans des cas désespérés.

Le traitement ne doit jamais être abandonné avant le rétablissement complet de l'équilibre circulatoire. Il faut ensuite maintenir cet équilibre, en renouvelant régulièrement les cures toutes les deux, trois ou quatre semaines. Souvent, l'action de l'ouabaïne devra être prolongée par celle de la digitaline, qui se trouve *réactivée* par l'ouabaïne. Mais il importe toujours d'employer l'ouabaïne d'abord et la digitaline ensuite, et non pas inversement car la lente élimination de la digitaline doit faire monter l'addition des effets toxiques de ces médicaments. Aussi M. Lutembacher n'est-il pas partisan de l'emploi simultané de la digitaline et de l'ouabaïne, préconisé dans ces derniers temps, par Laubry et Routier. En effet, avec les mélanges de digitale et d'ouabaïne, si des troubles d'excitabilité ou de conductibilité éclatent, on ne sait quel médicament incriminer. En outre, les mélanges fixes de un tiers de digitaline et de deux tiers d'ouabaïne manquent de souplesse. Au besoin, si l'on devait associer ces deux médicaments, il serait préférable que le praticien pût fixer, suivant le cas, les proportions du mélange.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAUX A LOYER. LOI DU 29 DÉCEMBRE 1923

RÉDUCTION DE LOYERS

Le premier alinéa de l'article 2 de la loi du 29 décembre 1923 est ainsi conçu : « Pour les baux consentis depuis le 31 mars 1922 et tous ceux qui seront consentis pendant la durée de l'application de la présente loi, les prix des locations seront fixés, jusqu'au 1er janvier 1926, en prenant pour base la valeur locative de 1914. » Ce texte ne s'applique donc qu'aux baux consentis postérieurement au 31 mars 1922 et seulement pour la durée de ces baux entre cette date et celle du 1er janvier 1926.

Les baux qui ont été contractés antérieurement au 31 mars 1922, qui sont venus à expiration postérieurement à cette date et ont été renouvelés depuis cette date, sont des contrats nouveaux de location; et par suite le prix-limite leur est applicable.

Mais en matière de locations verbales, la solution est différente. On sait, en effet, qu'une location verbale est un bail fait sans écrit et à durée indéterminée; elle se continue indéfiniment, jusqu'à ce que le bailleur ou le preneur ait manifesté sa volonté d'y mettre fin par un congé qui est donné quelque temps d'avance suivant l'usage des lieux. Dès lors, si l'origine de la location verbale est antérieure au 31 mars 1922, il ne peut y avoir réduction de loyer dans les termes des articles 2 et 7 de la loi du 29 décembre 1923. C'est ce qu'a décidé la Cour de cassation dans un arrêt du 22 mai 1924.

Le juge de paix de Saint-Ouen avait accordé à un locataire une réduction de loyer pour un local d'habitation situé dans cette localité. Mais il s'agissait d'une location verbale :

« Attendu, dit la Cour, que le jugement constate que le logement avait été loué *verbalement* par B..., propriétaire à Sablé, le 1er janvier 1922, pour entrer en jouissance le 1er avril 1922; que la location ayant été consentie antérieurement au 31 mars 1922, ne tombait pas sous l'application des articles 2 à 7 de la loi du 29 décembre 1923 et ne pouvait donner lieu à l'action en réduction de loyer organisé par ces articles;

Que bien à tort, il est énoncé dans le jugement que la location, faite sans condition de durée, s'est renouvelée de trois en trois mois par tacite reconduction, soit pour la première fois le 1er avril 1922 ;

Que la tacite reconduction ne s'opère, aux termes de l'article 1738 du Code civil, qu'à l'expiration d'un bail écrit, et que le bail verbal continue sans interruption jusqu'à ce qu'un congé le fasse cesser;

Qu'il n'y a donc pas eu en l'espèce, à chaque trimestre, renouvellement de location ou location nouvelle susceptible de justifier l'application des dispositions ci-dessus visées de la loi du 29 décembre 1923. »

Cet arrêt intéresse tous les locataires, et fixe les conditions dans lesquelles on peut intenter une action en réduction du prix du loyer, quand on se trouve en présence d'un bail fait avec ou sans écrit.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

DOCUMENTS OFFICIELS

LOI TENDANT A FIXER LA VALEUR DES TITRES LOCAUX POUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, DE LA PHARMACIE ET DE L'ART DENTAIRE DANS LES DÉPARTEMENTS DU BAS-RHIN, DU HAUT-RHIN ET DE LA MOSELLE.

« ARTICLE PREMIER. — Ne sont valables pour les médecins, dentistes diplômés et pharmaciens de nationalité étrangère, ayant réuni les conditions exigées par la loi locale, en vue de l'exercice de leur profession dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les autorisations antérieures au 11 novembre 1918, que si les titulaires résidaient dans ces départements à la date du 10 janvier 1920.

ART. 2. — Les autorisations postérieures au 11 novembre 1918 ne sont admises pour l'exercice des mêmes professions dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle qu'en faveur des Alsaciens et Lorrains devenus Français et, si leurs titres n'ont pas été acquis devant une faculté française, qu'après l'agrément du commissaire général de la République à Strasbourg, délivré sur la justification de titres acquis avant la date de la présente loi.

ART. 3. — Pendant une période de deux ans à dater de la présente loi, les médecins, les dentistes diplômés et les pharmaciens d'origine alsacienne ou lorraine, ou fils d'ascendants alsaciens ou lorrains actuellement nationaux d'un pays étranger où ils ont acquis leurs titres, pourront obtenir l'autorisation d'exercer leur profession dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle après avoir recouvré la nationalité française.

Cette autorisation pourra être délivrée par le commissaire général de la République sur avis conforme du Conseil de la Faculté de Strasbourg en ce qui concerne les justifications d'aptitude professionnelle.

ART. 4. — Les dispositions des lois locales relatives à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la pharmacie sont abrogées en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi. » (*J. O.*, 14 août 1924, n° 217, p. 7634.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Troubles cardiaques, leur prophylaxie et leur traitement, par le docteur FAUGÈRES BISHOP, professeur de clinique des maladies du cœur et des vaisseaux à l'Université de Fordham. Traduit par le docteur Francois FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Aix-les-Bains. In-8, avec 35 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, F. Alcan.

Les Régimes fondamentaux (Cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris), par les docteurs PAISSEAU, P. CARNOT, A. LEMIERRE, A. BAUDOUIN, J.-Ch. ROUX, RATHERY, Marcel LABBÉ. In-8 de 161 pages. — Prix : 8 fr.; franco : 9 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 69. — MARDI 26 & JEUDI 28 AOUT 1924. 97e ANNÉE. MARDI 26 & JEUDI 28 AOUT 1924. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 7 août 1924, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie (fin, voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 68, p. 1121) :

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de services gratuits). — Légion de Paris : MM. Rinckenbach (de Maffliers), Delétré (de Sèvres), Sarazanas (de Dammartin-en-Goële), Tillier (de Saint-Germain-en-Laye), Linard (de Rosny-sous-Bois).

1re légion : MM. Lestoquoy (de Solesmes), Camus (d'Avesnes-le-Comte), Verlaine (de Cysoing), Dubois (de Denain), Delvart (de Thérouanne).

3e légion : MM. Joly (de Cabourg), Beauchesne (de Montfort-sur-Risle), Gauthier (d'Orbec), Briquet (de Parcy-sur-Eure).

4e légion : MM. Lamy (de Renazé), Poussin (de Savigné-l'Evêque), Kelle (de Sainte-Suzanne), Aghavnian (d'Evron), Billard (de Maintenon), Levesque (de Domfront), Buineau (de Cossé-le-Vivien).

5e légion : MM. Feurtet (de la Machine), Cordonnier (de Fourchambault), Chamaillard (de Pouilly), Mirabail (de Baugy).

7e légion : M. Loriot (de Saint-Dizier).

8e légion : MM. Lacomme (de Lucenay-l'Evêque), Forestier (de Seignelay), Fort (de Cerisiers), Laurent (de Perrecy-les-Forges), Aubery (de Paray-le-Monial).

9e légion : MM. Dubreuil (de Tournon-Saint-Martin), Varangot (de Noyant-la-Gravoyère), Rouane (de Seiches), Périvier (de Civray).

10e légion : MM. Le Prieur (de Valognes), Roquet (de la Haye-Pesnel), Mouëzy (d'Argentré-du-Plessis), Beauverger (de Fougères).

11e légion : MM. Le Meur (de Ploudalmézeau), Besse (de Muzillac).

12e légion : MM. Laroche (de Jarnac), Devillard (de Brantôme), Masgnaud (de Thenon), Cheyron-Lagrèze (de Saint-Claud), Lanceplaine (d'Alles), Mousset (de Montignac), Niort (de Chasseneuil), Ladure (de Boussac), Verdeau (de Bugeat).

13e légion : MM. Cornil (du Mayet-de-Montagne), Masseret et Roux (de Vichy), Gagnière (de Pionsat), Calsac (de Saint-Martin-Valméroux), Ollier (du Monastier), Pourrat (de Cunlhat).

14e légion : MM. Bruny (de Champier), Lhéritier (de Cours), Daclin et Giraud (de Vinay).

14e légion *bis* : MM. Verdan-Menod (de Viuz-en-Sallaz), Duband (de Pont-de-Veyle), Gaud (de Montrevel).

15e légion : MM. Girard (du Teil), Goubert (de Salindres), Alexandrowiez (d'Alais), Cat (de Marignac), Allemand (de Saint-Vallier), Bompard (de Port-de-Bouc).

15e légion *bis* : MM. Cossa (de Saint-Etienne-de-Tinée), Saramito (de Sospel), Perrenot (de Solliès-Pont).

15e légion *ter* : M. Cipriani (de Guagno).

16e légion : MM. Vigouroux (de Bozouls), Touren (de Peyreleau), Sahut (d'Aubin), Combarel (de Camarès), Gaillard (de Marvejols).

17e légion : MM. Coronat (de Lauzerte), Dubarry (de Casteljaloux), Monteilh (de Tonneins), Dumas (de Moissac), Couderc (de Limogne), Monribot (de Montauban).

18e légion : MM. Ozier (de Castelnau), Caris (de Castillon), Dufaur (de Saint-Savin), Ducuron (de Castelnau-Rivière-Basse), Madamet (de Bedous).

19e légion : MM. Malbois (de Beni-Saf), Cubry (de Tiaret), Bisquerra (de Sidi-Aïch), Jonane (de Guelma), Arnaud (de la Calle), Bonnet (de Bône).

20e légion : MM. Grosjean (de Mirecourt), Vaté (de Pont-à-Mousson), Mathieu (de Rambervillers).

Détachement de la Réunion : MM. Mac-Auliffe (de Saint-Denis), Aubry (de Saint-Louis), Manès (de Tilaos).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Mocquot (de Saint-Maurice), Joly (de Maisons-Laffitte), Charpentier (de Meaux), Decroix (de Chevreuse).

1re légion : MM. Magniez (de Beuvry), Mazier (de Carvin), Favier (de Tourcoing).

2e légion : MM. Maillard (de Froissy), Niquet (de Saint-Maxent).

3e légion : MM. Dezon (de Blangy-sur-Bresle), Petit (de Quincampoix), Parat (de Douvres), Vassaux (de Saint-Saëns).
4e légion : MM. Cavart (de Voves), Chouet (de Maintenon).
5e légion : M. Amelin (de Culan).
6e légion : MM. Zarifian (de Sompuis), Coutin (de Montmédy).
7e légion : MM. Pertat (de Joinville), Pichot (de Montiérender), Michel (de Bourmont), Fischer (de Rougemont-le-Château), Pize (de Quingey).
8e légion : MM. Marion (de Tonnerre), Courtois (de Thorigny-sur-Creuse).
9e légion : MM. Cobillot (de la Trimouille), Métayer (de Moncoutant), Wegbecher (de Neuvy-le-Roi), Roullet (de Bléré), Sendrier (de Savigné-sur Lathan).
10e légion : MM. Cauchard (de Périers), Héry (de Saint-Brieuc), Gaultier (d'Evran), de Tersannes (de Saint-Méen-le-Grand), Callégari (de la Haye-du-Puits).
11e légion : M. Sauvage (de Quiberon).
12e légion : MM. Chaminade (de Saint-Pierre-de-Chignac), Lhomme (de la Rochefoucault), Lavialle (de Bort), Bosviel (de Neuvic), Bonnet (de Gouzon), Barthout (de Saint-Sulpice-Laurière).
13e légion : MM. Barrès (de Blesle), Péronnet (de Pionsat), Legrand (du Donjon), Pourtier (de Manzat), Champomier (de Saint-Eloy-les Mines), Charmensat (d'Ardes-sur-Couze).
14e légion : MM. Faure (de Pierrelatte), Vuillaume (de Beaujeu), Albert (d'Amplepuis).
14e légion *bis* : M. Chabert (de Gex), Fusier (de Thoiry).
15e légion : MM. Roche (de Sorgues), Pourrière (de Marseille-Saint-Louis).
15e légion *bis* : MM. Daniel (d'Ollioules), Audoly (de Beausoleil).
15e légion *ter* : MM. Natali (d'Aullène), Filippi (de Sainte-Lucie-de-Tallano).
16e légion : M. Cluzel (de Réquista).
16e légion *bis* : M. Biau (de Vabre).
17e légion : MM. Labernesse (de Cadours), Estradère (de Bagnères-de-Luchon).
18e légion : MM. Lacaze (de Ponteux), Durand (de Maubourguet).
19e légion : MM. Crinquant (de Tébessa), Creutz (d'Aïn-Témouchent), Girard (d'Oued-Zénati), Bellot (de Relizane), Azam (de Tiaret), Barillon (de Blida), Danger (de Maison-Carrée).
20e légion : MM. Maillard (de Pagny-sur-Moselle), Bourggraf (d'Hussigny).
Détachement de la Réunion : M. Archambeaud (de Saint-Pierre).

LES MÉMOIRES DES MÉDECINS-PHARMACIENS ET LE REGISTRE DU COMMERCE. — M. Delthil, député, dans une question du 31 juillet 1924, a demandé à M. le ministre de l'Intérieur pourquoi certains préfets exigent des médecins-pharmaciens que leurs mémoires de fournitures de médicaments aux assistés portent leurs numéros d'immatriculation au registre du commerce, étant donné que ces médecins ne sont pas commerçants.

Voici la réponse du ministre :

« Cette question demande un examen en accord avec MM. les ministres des Finances et du Commerce; il s'agit là, en effet, bien plus d'une question de taxes commerciales rentrant, par conséquent, plus spécialement dans les attributions de ces ministres, que d'une question d'exercice de la médecine et de la pharmacie. La réponse au fond sera donnée dans le plus court délai possible. » (*J. O.*, 1924, n° 223, p. 2988.)

CAUTERETS. — MM. les docteurs sont informés que la Société thermale des Pyrénées, d'accord avec un certain nombre d'hôtels et de pensions, se met à leur disposition pour leur faciliter, ainsi qu'à leur famille, le séjour de Cauterets en septembre à des prix tout à fait réduits. Tous renseignements leur seront donnés soit en écrivant à la Direction de la Société à Cauterets, soit en s'adressant avant le 5 septembre au docteur Bernard, 77 *bis*, rue Michel-Ange Paris (XVIe).

L'arrière-saison en montagne étant souvent très belle, nous ne doutons pas que nombreux seront ceux qui voudront profiter de ces avantages.

DÉMONSTRATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES ACTUALITÉS MÉDICALES, avec présentations de malades (médecine générale, pédiatrie, neurologie, dermosyphiligraphie), par MM. Maurice Chiray, Robert Debré, Noël Fiessinger, Charles Foix et Henri Gougerot, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux.

Ces conférences auront lieu à l'amphithéâtre et au lit du malade tous les matins à 9 heures et tous les après-midis à 16 heures dans les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu (salle Sainte-Anne), Saint-Antoine, Saint-Louis, Enfants-Malades et la Salpêtrière, du lundi 15 au samedi 27 septembre 1924.

La première conférence aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine, amphithéâtre de la clinique médicale, le 15 septembre, à 9 heures.

Les principaux sujets traités seront les suivants :

Exploration fonctionnelle du foie.

Nouveaux traitements arsenicaux dans la syphilis. Discussion des méthodes. Voies et dosages.

Bismuthothérapie. Comparaison de l'arsenic, du bismuth et du mercure.

Traitement prophylactique de la syphilis.

Traitement des syphilis nerveuses : tabes et paralysie générale.

Valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique des réactions de Bordet-Wassermann. Surveillance et traitement des syphilis latentes.

Traitements nouveaux des épidermites, pyodermites et eczéma séborrhéique.

Les arythmies cardiaques et les données récentes sur leur thérapeutique.

Rétentions rénales et azotémies.

Adénopathies chroniques de l'adulte.

La protéino et colloïdothérapie et leurs applications pratiques.

Diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques de l'enfant.

Mesures pratiques de prophylaxie dans les maladies infectieuses de l'enfance.

Le rachitisme et son traitement.

Les obésités de l'enfance (formes cliniques et traitement).

Les dilatations bronchiques de l'enfance.

Tuberculose floride et fruste du nourrisson.

Les compressions médullaires et leur diagnostic de localisation.

L'automatisme médullaire et les notions récentes sur les réflexes.

Formes frustes de la syringomyélie.

Les syndromes cérébelleux et leur diagnostic.

Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique et les syndromes parkinsonniens.

Le tubage duodénal et ses applications pratiques.

Les congestions hépatiques et leurs traitements.

Les cholécystites chroniques et leur traitement.

Stase intestinale chronique. Ses aspects cliniques et son traitement.

Le traitement actuel du diabète sucré et ses directives.

Ces démonstrations sont gratuites. Le nombre des auditeurs est limité. Prière de s'inscrire par lettres : docteur Gougerot, à l'hôpital Saint-Louis, ou docteur Noël Fiessinger, consultation de médecine de l'hôpital Saint-Antoine.

L'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

EN CLINIQUE CARDIOLOGIQUE

Par les docteurs J. YACOEL et R. GIROUX,

Chefs de clinique adjoints à la Faculté de médecine de Paris.

Les contributions si nombreuses que l'électrocardiographie a déjà apportées à la physiopathologie cardiaque sont telles que l'on ne saurait plus désormais se dispenser d'y avoir recours, dans la plupart des affections cardiaques et plus spécialement dans les arythmies.

Après n'avoir été considérée pendant longtemps que comme une sorte de complément des autres méthodes graphiques déjà en usage, la méthode électrocardiographique a fini par prendre le premier rang parmi elles par la valeur incontestable de ses renseignements. Elle semble même pouvoir se substituer en grande partie désormais à l'emploi des appareils à tracé mécanique de Marey, Mackensie, Jacquet ou autres.

En effet, alors qu'avec ces derniers instruments, même les plus perfectionnés, il est souvent fort malaisé, parfois même impossible, d'enregistrer le phlébogramme, le galvanomètre à corde que l'on utilise en électrocardiographie, rend toujours possible et dans tous les cas l'enregistrement de la courbe électrique du cœur, dans n'importe quelle position et quel que soit l'état du sujet examiné. En dehors de la simplicité extrême et de la précision avec laquelle on arrive à interpréter les graphiques électriques, l'électrocardiographie présente, en outre, un autre avantage sur toutes les autres méthodes : c'est de pouvoir objectiver certains troubles importants du rythme cardiaque tels que : l'auricular flutter ou tachysystolie auriculaire et l'arythmie complète caractérisée par la fibrillation des oreillettes, et toutes les variétés de tachycardies paroxystiques ainsi que les troubles parfois si complexes de la conductibilité intramyocardique.

Quelles sont donc les bases physiologiques de l'électrocardiographie ?

On sait depuis les travaux de Dubois-Raymond, en 1848, que toute contraction musculaire donne naissance à une force électromotrice dite courant d'action. Le cœur n'étant qu'un muscle creux, il s'ensuit que toute contraction du myocarde sera accompagnée, elle aussi, de courants électriques, mais tandis que la contraction musculaire ordinaire ne donne naissance qu'à un seul courant, la systole cardiaque, au contraire, en raison même de sa complexité, engendre non plus un seul, mais tout un groupe de courants d'action.

Or, nous l'avons vu plus haut, l'électrocardiographie est justement la méthode qui permet de traduire graphiquement toutes les variations électriques qu'engendre l'activité du cœur. L'ensemble de ces variations électriques enregistrées par l'électro-aimant donne naissance à une courbe que l'on désigne sous le nom d'électrocardiogramme. Nous donnons ici (dans la fig. 1) un électrocardiogramme normal.

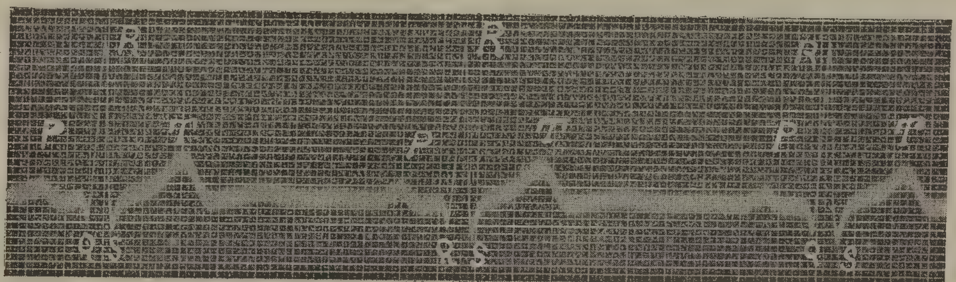


FIG. 1. — Electrocardiogramme normal.

Comme on peut le voir sur cette courbe, il existe trois sommets positifs (P. R. T.) et deux sommets négatifs (Q. S.). Le sommet P. représente la systole auriculaire, l'ensemble des sommets Q. R. S. T. représente la systole des ventricules droit et gauche réunis.

Les premières recherches électrocardiographiques ont été poursuivies par Mateucci, Engelmann, Marey, Kölliker et Muller, Waller et par nombre d'autres auteurs qui se servaient pour cela de l'électromètre capillaire de Lipmann.

Cet appareil composé essentiellement d'une colonne capillaire de mercure susceptible de donner des oscillations assez rapides sous l'influence des courants électriques, n'était cependant pas assez sensible pour enregistrer la totalité des courants d'action qui résultent de la contraction cardiaque à cause surtout de leur très faible intensité.

Du fait de l'imperfection de ces premiers appareils la méthode électrocardiographique, malgré les promesses du début, resta donc fort longtemps cantonnée dans les laboratoires de physique et de physiologie.

A partir de 1903, grâce à l'invention de son galvanomètre à corde, le grand physiologiste hollandais Einthoven, donna un nouvel essor à l'électrocardiographie et permit de réaliser en peu de temps des progrès très notables. Cet appareil qui est d'une plus grande sensibilité et d'une plus grande précision que tous les électromètres précédemment en usage enregistre tous les courants d'action du cœur quelle que soit leur intensité.

Il existe déjà un certain nombre de nouveaux modèles de cet appareil très pratiques et extrêmement commodes; aussi son emploi dans la clinique n'offre guère de difficultés.

Le galvanomètre à corde d'Einthoven, avec ses perfectionnements récents se compose :

1° D'un *électro-aimant* entre les deux pôles duquel existe un champ magnétique très puissant. Au milieu de ce champ magnétique se trouve verticalement suspendu un fil de quartz argenté que l'on désigne sous le nom de corde et qui n'a que 3 μ de

diamètre. Les deux pôles de cette corde sont soudés à un circuit dont les extrémités libres aboutissent à deux électrodes que l'on applique directement sur le cœur de l'animal ou sur la peau chez l'homme. Une fois appliqués sur la peau d'un sujet ces électrodes captent les courants d'action du cœur; ces derniers parcourent le circuit ainsi que la corde qui est reliée à ce circuit. La corde occupant le centre du champ magnétique se comporte, lors du passage des courants d'action, comme le cadre d'un galvanomètre ordinaire, déviée de sa position initiale, elle subit une oscillation pour revenir ensuite à sa position de repos jusqu'à ce qu'une nouvelle impulsion électrique provoque une nouvelle oscillation, et ainsi de suite.

Pour pouvoir enregistrer tous ces mouvements de la corde, on fait converger un faisceau lumineux sur cette corde, dont l'ombre est projetée ensuite sur un écran par l'intermédiaire d'un microscope amplificateur qui grossit 500 fois la corde.

Derrière l'écran se déroule un film qui enregistre tous les mouvements de la corde. Les films sont parcourus par des lignes parallèles, les unes verticales, les autres horizontales; ces lignes permettent de mesurer les intervalles qui séparent les divers sommets entre eux, ainsi que les amplitudes des ondulations de la corde. La hauteur de ces sommets est proportionnelle au voltage des courants électriques qui donnent naissance aux ondulations.

Pour recueillir les courants cardiaques chez l'homme, il suffit d'immobiliser le sujet sur un lit ou un fauteuil, et de placer une électrode au niveau du poignet droit, une autre sur le poignet gauche ou sur le pied gauche. Waller a démontré, en effet, que les courants qui accompagnent chaque systole cardiaque se propagent à la surface du corps en suivant des directions bien déterminées (fig. 2).

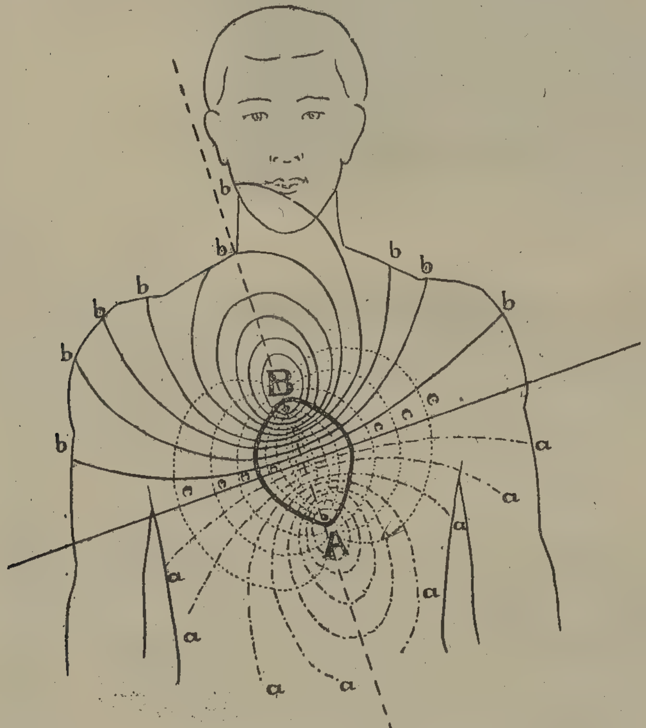


FIG. 2. — Disposition des lignes équipotentielles autour des deux pôles cardiaques (d'après Waller).

D'après la théorie qu'il a imaginée et qui porte le nom de théorie axiale de Waller, les courants électriques qui précèdent la systole cardiaque se propagent perpendiculairement à l'axe électrique ou anatomique du cœur, ligne A B au-dessus et au-dessous de la ligne iso-électrique ou ligne zéro-potentiel.

Ces courants d'action se propagent ensuite tout le long des membres, ceux de la base du cœur aux membres supérieurs, ceux de la région de la pointe aux membres inférieurs; c'est au niveau des membres que l'on peut donc les recueillir par l'intermédiaire des électrodes.

En fixant ces électrodes au niveau de certains points favorables, ou points d'élection, qui sont les poignets droit et gauche et la jambe gauche, on enregistre trois combinaisons qui sont les plus favorables et que l'on désigne sous le nom de dérivation I, II et III.

La dérivation I correspond aux poignets droit et gauche, la dérivation II au poignet droit et à la jambe gauche, et la dérivation III, au poignet gauche et à la jambe gauche.

Il va de soi que l'électrocardiogramme d'un sujet normal demeure toujours invariable, et si de légères variations s'observent parfois entre les électrocardiogrammes de sujets normaux, elles sont tellement minimes qu'on peut les considérer comme négligeables.

Mais il n'en est pas de même lorsqu'on se trouve en présence d'un cœur pathologique, surtout lorsque le rythme de celui-ci est troublé. En effet, si la contraction cardiaque est irrégulière, la courbe électrique qui traduit cette contraction subit, elle aussi en conséquence, des modifications qui permettent de localiser dans telle ou telle portion du myocarde ou du faisceau primitif du cœur la cause essentielle des anomalies de la contraction.

Voyons rapidement maintenant quels sont les principaux avantages cliniques et pratiques de cette méthode.

Il est évident que dans ce travail dont le texte et les graphiques sont très limités, il nous est presque impossible de nous étendre sur tous les avantages et sur tous les détails de précision et de finesse que nous apporte cette méthode. Aussi, nous ne ferons, dans ce premier article, que donner, pour ainsi dire, l'esquisse d'une étude d'ensemble, très sommaire, d'ailleurs, sur les principaux cas de la pathologie cardiaque qui sont susceptibles de bénéficier de l'examen électrique, soit au point de vue diagnostic, soit au point de vue thérapeutique et pronostic.

Il est établi aujourd'hui que cette méthode ne saurait avoir, en ce qui concerne les lésions valvulaires acquises ou congénitales, à l'exception de la dextrocardie avec hétérotaxie, la valeur diagnostic du moindre examen radioscopique. Cette variété de dextrocardie, en effet, présente seule en D[I] un électrocardiogramme tout à fait typique (image en miroir), caractérisé par l'inversion des sommets P. R. T. de la courbe.

C'est surtout dans ses applications à l'étude des arythmies que l'importance de la méthode ne laisse pas d'être vraiment frappante.

En effet, si l'on passe en revue les électrocardiogrammes qui caractérisent leurs diverses variétés, depuis les simples extrasystoles jusqu'à l'arythmie la plus complète, on peut se rendre compte de visu de la sûreté avec laquelle on arrive à les enregistrer et à établir tous leurs caractères spécifiques et distinctifs.

L'étude pathogénique elle-même, de quelques-unes de ces variétés n'est pas sans avoir bénéficié

largement, on peut le dire, de l'emploi de cette nouvelle méthode d'investigation.

C'est ainsi que l'étude des extrasystoles dont les foyers d'origine étaient encore, dans chaque cas particulier, fort difficiles à localiser, n'a été bien mise au point que grâce à l'étude des électrocardiogrammes. En effet, c'est depuis lors qu'on a pu les diviser en extrasystoles auriculaires, nodales, septales, ventriculaire droite et ventriculaire gauche.

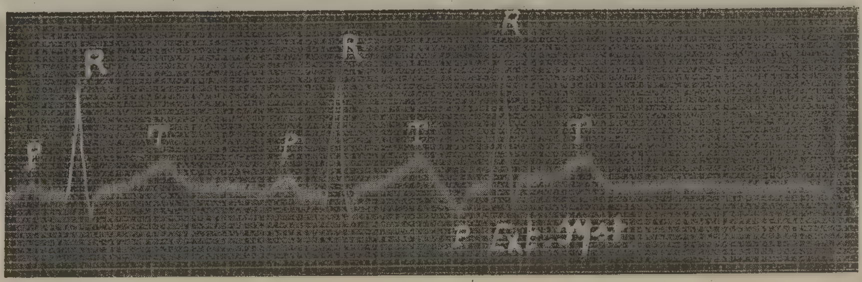


Fig. 3. — Extrasystole auriculaire. Le sommet P est inversé, l'espace P R est très court par rapport aux autres espaces P R que l'on observe sur les autres points de la courbe. Le groupe ventriculaire est tout à fait normal. Le long espace rectiligne qui suit cette extrasystole représente le repos compensateur propre aux extrasystoles.

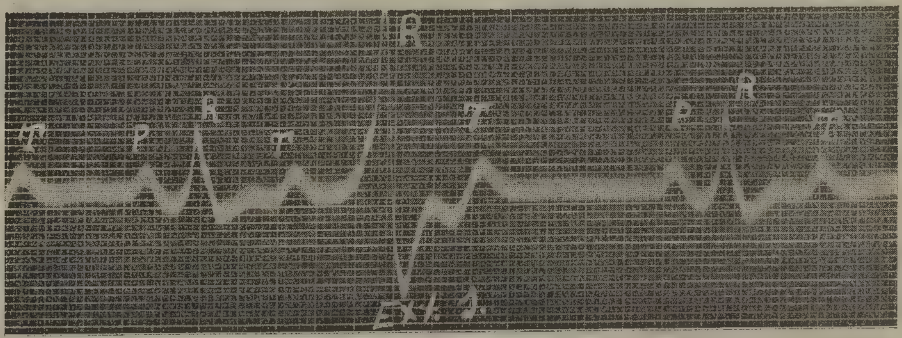


Fig. 4. — Extrasystole nodale caractérisée par le repos compensateur propre aux extrasystoles et par l'absence du sommet P. Ici le groupe ventriculaire est tout à fait identique au groupe ventriculaire normal.

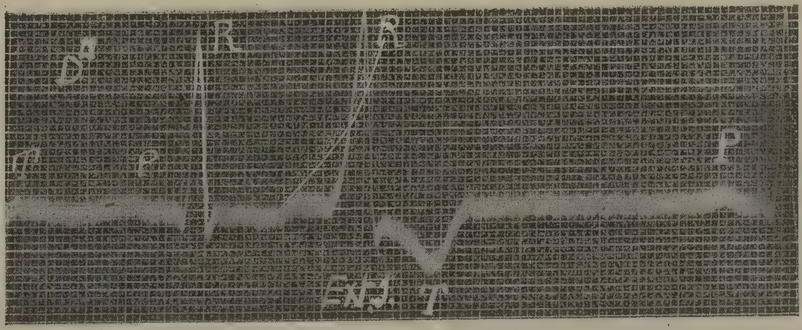


Fig. 5. — Extrasystole droite caractérisée par la disparition du sommet P et par la disparition de l'espace rectiligne R T. Ces deux sommets se succèdent ici d'une façon ininterrompue, le sommet R est positif et le sommet T négatif en dérivation II alors qu'en dérivation I c'est exactement l'inverse, c'est-à-dire le sommet R négatif et le sommet T positif.

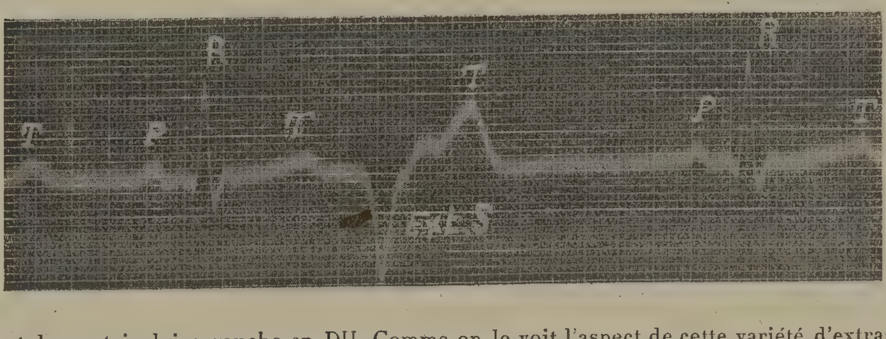


Fig. 6. — Extrasystole ventriculaire gauche en D^{II}. Comme on le voit l'aspect de cette variété d'extrasystole en D^{II} est exactement l'inverse de celui de l'extrasystole ventriculaire droite en D^{II} (fig. 5).

Il en est de même pour les tachycardies paroxystiques (fig. 7) dont la classification n'a pu être précisée que grâce à la connaissance de leurs localisations anatomiques, telles que les révélèrent les graphiques électriques.

Il en est encore ainsi pour ce qui a trait à la tachy-

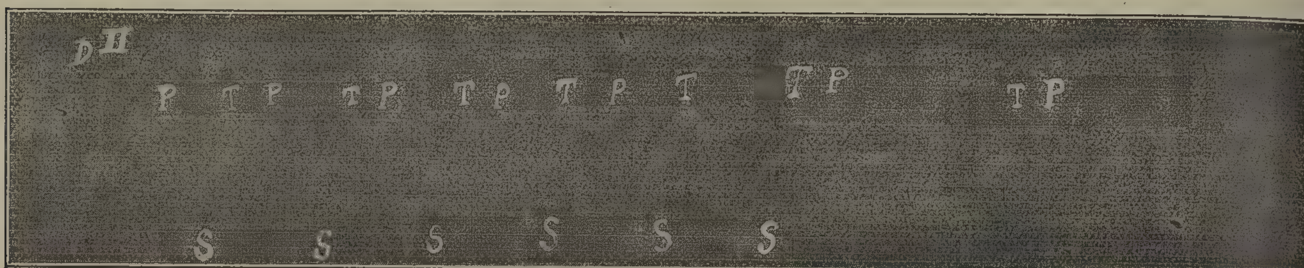


Fig. 7. — Tachycardie paroxystique. Forme nodale ou maladie de Bouveret.

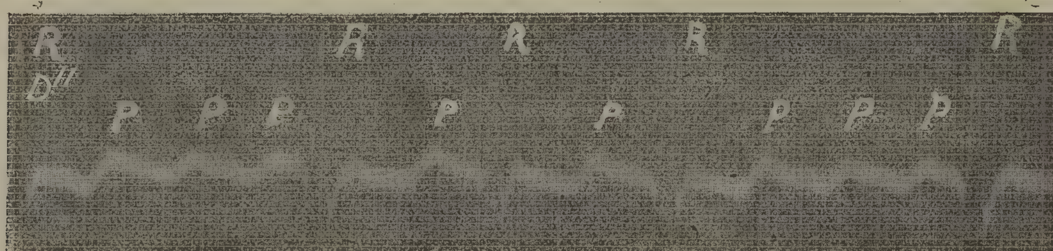


Fig. 8. — Electrocardiogramme d'une tachysystolie auriculaire. Il existe, tantôt un seul sommet P pour un groupe ventriculaire, tantôt trois sommets P pour un seul groupe ventriculaire.

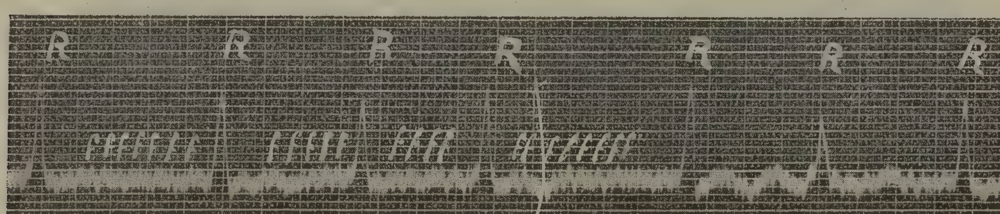


Fig. 9. — Arythmie complète caractérisée par la disparition complète des sommets P et par l'apparition de la fibrillation (f) que l'on constate tout le long de la courbe électrocardiographique.

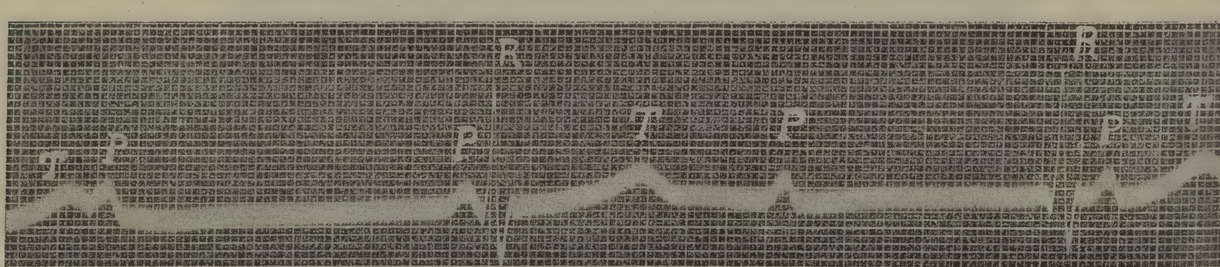


Fig. 10. — *Blocage complet.* — Pouls lent permanent ou maladie d'Adams-Stokes. Les systoles auriculaires conservent ici leur rythme normal, mais elles ne présentent aucun rapport déterminé avec les groupes ventriculaires dont le rythme est ici très ralenti. Il y a donc dissociation auriculo-ventriculaire complète.

systolie auriculaire et à l'arythmie complète, la première caractérisée par des battements précipités et plus ou moins désordonnés des parois auriculaires (fig. 8) et la seconde par la fibrillation auriculaire (fig. 9).

On sait que ces troubles de l'activité auriculaire (flutter et fibrillation) échappent totalement aux appareils mécaniques les plus perfectionnés et ne peuvent justement être décelés que par la méthode électrique.

C'est encore à l'électrocardiographie que nous devons nombre de précisions et même d'acquisitions nouvelles en ce qui concerne les troubles de la conductibilité intracardiaque depuis le simple retard de la propagation du stimulus, de l'oreillette vers le ventricule jusqu'au blocage auriculoventriculaire le plus complet (maladie d'Adams-Stocks), blocage dû à des lésions très complexes du tronc principal du faisceau de His, ou même de l'une des deux branches de ce faisceau.

De ces indications très sommaires, il se dégage que l'électrocardiographie ne joue un rôle vraiment important que dans l'étude des arythmies et plus particulièrement des troubles de l'activité auriculaire, et à ce dernier point de vue surtout on ne saurait assez insister sur l'intérêt exceptionnel que

présente cette méthode puisque c'est à elle surtout que l'on doit la connaissance de la pathogénie elle-même des divers états pathologiques des oreillettes.

A tous ces avantages d'ordre purement clinique et physiologique s'ajoute enfin la possibilité de suivre, grâce aux tracés, l'action pharmaco-dynamique des médications tonicardiaques et d'observer pas à pas leurs divers effets thérapeutiques aussi bien sur le cœur en général que sur son rythme en particulier.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

LES TROUBLES PSYCHIQUES AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

L'étude des troubles psychiques au cours de la puerpéralité peut paraître au premier abord un peu ardue : elle est pourtant fort utile, ces troubles étant relativement fréquents dans la clientèle et provoquant généralement de la part de l'entourage des malades une série de questions auxquelles tout médecin doit pouvoir répondre. Du reste, point n'est besoin, semble-t-il, pour le médecin non spécialisé de savoir cataloguer exactement chaque variété de vésanie, il lui sera, croyons-nous, infiniment plus utile, au point de vue pratique, de borner ses connaissances à quelques notions précises lui permettant de reconnaître les caractères essentiels des accidents, de les rapporter à leur véritable cause et surtout d'en établir le pronostic, point capital pour les malades et pour leur famille.

Les altérations de l'intelligence couramment observées au cours ou à l'occasion de la puerpéralité peuvent se diviser très simplement en trois catégories : deux nettement individualisées par leur origine même, comprennent, d'une part, les psychoses postéclamptiques et, d'autre part, celles de l'infection puerpérale ; et une troisième embrassant tous les autres troubles psychiques qui se voient au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la lactation et dont la cause est souvent moins nette, les manifestations cliniques infiniment plus variables.

A. PSYCHOSES POSTÉCLAMPTIQUES. — I. Le cas le plus simple et pour ainsi dire constant après les accès éclamptiques, c'est l'*obtusion mentale* dans laquelle prédomine l'*amnésie*. Parfois, il n'y a qu'une lacune isolée dans le souvenir : quelques femmes ont perdu seulement la mémoire des chiffres, ou ignorent le numéro de leur maison, le nom de leur rue, la notion du quantième, de la saison ; d'autres fois, la lacune est plus étendue, elle embrasse une période importante de la vie antérieure ; mais il est caractéristique de voir, pour ainsi dire, toujours l'amnésie porter surtout sur la période qui a précédé l'attaque d'éclampsie. Bien entendu, dans le premier cas notamment, la perte du souvenir ne doit pas être confondue avec l'aphasie qui se voit quelquefois, et qui peut être limitée à certains mots ou chiffres.

II. Dans des cas plus intenses, les troubles psychiques postéclamptiques se manifestent par un *délire* ; celui-ci peut succéder immédiatement au coma qui termine l'accès convulsif, ou se produire après quelques heures de stupeur ou de demi-réveil, ou enfin, et c'est souvent le cas, n'apparaître que plusieurs jours après. Ce délire revêt ordinairement le type confusion mentale ; ainsi que l'indique Régis, c'est essentiellement un délire de rêve comme tous les délires toxi-infectieux qui se rapprochent du délire alcoolique dont Lasègue a dit « le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve » ; ses caractères essentiels sont : les hallucinations visuelles et auditives, l'obtusion mentale et l'amnésie consécutives, et les paroxysmes nocturnes, séparés souvent par des intervalles de lucidité avec amnésie. Les troubles ne sont nullement en rapport avec le nombre ni avec l'intensité des accès éclamptiques ; ils durent généralement quelques jours, rarement plusieurs mois, exceptionnellement ils passent à l'état chronique et aboutissent à la démence. La guérison peut se faire brusquement, beaucoup plus souvent graduellement par retour progressif de l'intelligence, avec persistance plus ou moins prolongée d'un certain degré d'hébétude et d'amnésie.

B. PSYCHOSES DE L'INFECTION PUERPÉRALE. — Elles sont de beaucoup les plus fréquentes des psychoses puerpérales : 70 p. 100. Avec Vinay on peut en décrire trois types cliniques.

I. *La forme aiguë*. — Caractérisée par un délire violent avec excitation intense, hallucinations visuelles et auditives, en général pénibles, incohérence des idées et des paroles comme dans tous les délires infectieux : cette forme accompagne généralement les formes graves d'infection puerpérale, avec forte pyrexie et symptômes alarmants : elle constitue elle-même un élément de pronostic des plus sérieux ; elle disparaît généralement avec la guérison de l'infection, mais elle peut parfois laisser à sa suite des troubles persistants de mélancolie.

II. *La forme moyenne*. — Dans laquelle au cours de phénomènes infectieux nets, apparaissent des troubles cérébraux qui se manifestent sans grand fracas par de l'insomnie, de l'agitation, un bavardage incessant et plus ou moins incohérent et des hallucinations variables : on a prétendu que ce délire revêtait souvent un caractère érotique, le fait est loin d'être habituel ; le plus souvent les accidents sont surtout caractérisés par de la dépression, de l'affaiblissement intellectuel, de la prostration et de la stupeur.

III. *La forme chronique*. — Avec phénomènes infectieux très atténués, qui ne s'accompagne pas de fièvre, ou du moins seulement d'une fièvre minime demandant à être recherchée ; cette forme revêt le caractère mélancolique, elle ne s'accompagne elle-même d'aucun symptôme à grand fracas et demande souvent un examen attentif et prolongé pour être dépistée et surtout pour être rattachée à sa cause véritable, l'infection puerpérale. Le pronostic de cette forme doit être plus réservé que celui des formes aiguës ; les accidents peuvent persister assez longtemps après la disparition de leur cause infectieuse et même dans quelques cas, sans doute, chez des prédisposées, aboutir à la démence.

C. PSYCHOSES EN DEHORS DE L'ÉCLAMPSIE ET DE L'INFECTION PUERPÉRALE. — I. *Pendant la grossesse*. — On peut observer les troubles psychiques les plus variés depuis la simple exagération des trou-

bles nerveux habituels chez la femme enceinte, idées et goûts bizarres, impulsions, phobies, cleptomanie, jusqu'aux vésanies proprement dites. Celles-ci revêtent assez rarement le type de manie aiguë en dehors des cas où existe une cause nette d'infection (pyélonéphrite par exemple) ou d'intoxication ; le plus souvent, on observe un état mélancolique qui s'installe peu à peu et se caractérise par une dépresssion mentale avec idées érotiques ou mystiques, tristesse, obsessions ou phobies diverses. Ces idées mélancoliques peuvent parfaitement conduire les malades au suicide ou à des actes répréhensibles. Les fatigues de la grossesse, les préoccupations morales, les craintes de l'accouchement, expliquent parfois l'apparition des accidents ; peut-être pourrait-on aussi invoquer l'intoxication qui résulte souvent de l'état de gravidité favorisant l'insuffisance fonctionnelle du rein, du foie et de l'intestin; cette origine toxique ne peut guère être mise en doute dans les cas de *psychose polynévritique*, les troubles cérébraux comme ceux des nerfs périphériques ne faisant alors que traduire la déchéance extrême de l'organisme sous l'influence des vomissements incoercibles ; mais il ne semble pas que la gravidité normale puisse, par elle-même, déterminer la folie, s'il n'y a pas déjà une prédisposition héréditaire ou acquise du système nerveux.

Cette prédisposition est plus particulièrement manifeste dans certains cas particuliers comme ceux par exemple qui ont été décrits par Charcot et par Dieulafoy sous le nom de *psychose choréique* et dans lesquels les troubles psychiques s'ajoutent à ceux d'une chorée aggravée par la grossesse.

D'une façon générale, ce qu'il faut retenir c'est que tous les troubles cérébraux qui relèvent d'une cause nette ont un pronostic favorable en temps qu'altération psychique, mais que, par contre, ils indiquent une gravité exceptionnelle de la maladie causale, gravité telle qu'il résulte le plus souvent de leur constatation une indication formelle d'interruption immédiate de la grossesse. Les formes, au contraire, qui s'installent sans étiologie bien établie, sans grand fracas, et le plus souvent sur un terrain nettement prédisposé ont un pronostic psychique infiniment plus sérieux quant à la persistance des troubles actuels ou à la possibilité de leur apparition et de leur aggravation à des grossesses successives.

II. *Pendant l'accouchement.* — L'excitation cérébrale passagère commune à la plupart des parturientes, peut, chez certaines, se transformer en véritable manie aiguë de brève durée, c'est ce que l'on a appelé la manie transitoire de l'accouchement.

Chez des prédisposées, souvent des hystériques, et sous l'influence aussi de douleurs particulièrement intenses on peut voir la raison des malades subir une obnubilation telle qu'elles en arrivent à attenter soit à leur propre existence, soit à celle de leur enfant nouveau-né. D'autres fois, au moment de la période d'expulsion, la parturiente jusque-là raisonnable s'arrête brusquement de pousser et se met à chanter, à crier, à s'agiter et à invectiver son entourage. Cette agitation incohérente ne dure pas longtemps et la délivrance de la malade par un forceps sous anesthésie en marque ordinairement la terminaison.

III. *Pendant la lactation.* — La folie des nourrices a, depuis longtemps, attiré l'attention des médecins et même du public : parfois elle trouve son point de départ dans un foyer de mastite, il s'agit alors de délire infectieux généralement passager et peu grave ; plus souvent l'origine des troubles psychiques est loin d'être nette : on peut voir au cours de l'allaitement ou au moment du sevrage survenir brusquement un délire hallucinatoire de courte durée, mais la forme de folie le plus communément observée s'installe lentement, progressivement, et revêt le type classique de la *confusion mentale :* chez une nourrice dont l'état général laisse souvent à désirer, apparaissent des troubles intellectuels qui se caractérisent peu à peu : la malade paraît d'abord simplement taciturne, affaissée, triste, puis elle attirera l'attention par la bizarrerie de ses idées et de ses goûts, avant d'en arriver souvent à exécuter les actes les plus déraisonnables. Quelle est l'origine de ce genre de folie, s'agit-il d'un trouble toxique d'origine mammaire? On ne saurait le dire, mais ce qui est d'observation courante, c'est que le sevrage amène la plupart du temps assez rapidement la disparition des accidents et que la folie des nourrices, à moins qu'elle n'évolue sur un terrain tout à fait prédisposé, est parmi les plus curables.

Telles sont les variétés de troubles psychiques le plus couramment observés au cours de la puerpéralité ; la notion capitale qui se dégage de cette rapide étude est que pour les expliquer aussi bien pendant la grossesse, qu'au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches, il y a toujours lieu de chercher en premier lieu une cause infectieuse ou toxique, dont le traitement sera évidemment la thérapeutique la plus efficace à leur opposer ; à défaut d'une origine infectieuse ou toxique, c'est généralement dans l'hérédité que l'on trouvera l'explication des accidents, et hélas aussi de la gravité plus grande du pronostic aussi bien des accidents cérébraux actuels que de ceux qui risquent bien de se reproduire et de s'aggraver à chaque nouvelle grossesse.

REVUE DES THÈSES

Le système neuro-végétatif dans les syndromes post-encéphaloléthargiques (1), par le docteur Jacques de Massary.

Conclusions. — I. L'étude du système neuro-végétatif est encore actuellement à sa période de début. C'est une branche de la pathologie nerveuse qui commence seulement à s'ouvrir devant nous et son exploration, tout en ayant déjà fourni des résultats importants, reste très délicate. Dans ce domaine très vaste, où médecins et physiologistes ont pu, dès maintenant, individualiser certains syndromes cliniques, nos méthodes d'investigation sont encore vagues, imprécises et d'interprétation difficile. Tout en nous rendant compte de l'importance vitale de ce système, de son intervention réelle dans l'apparition de certains phénomènes morbides, bien souvent nous tâtonnons pour la compréhension de ses principales fonctions, et l'explication physiologique des faits constatés expérimentalement.

II. Parmi ces procédés d'examen du système neuro-végétatif certains cependant ne manquent pas de valeur. C'est ainsi que la recherche du réflexe oculo-cardiaque pour fixer la sensibilité du parasympathique et celle du réflexe solaire pour déceler celle du système sympathique vrai, ont une grande importance. Nous avons constaté, en effet, la constance de leur antagonisme qui souligne celui des deux parties oppo-

(1) *Th. de Paris*, 1924.

sées de l'ensemble neuro-végétatif établi par les physiologistes. Quant aux épreuves pharmacodynamiques, elles donnent également de très utiles renseignements par étude de leur influence sur le pouls et la pression d'une part, sur le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire d'autre part, mais l'interprétation de leur résultat est souvent difficile. N'avons-nous pas vu, en effet, que l'atropine et la scopolamine pouvaient d'abord exciter puis paralyser le vague d'une part, paralyser aussi le sympathique vrai d'autre part; que la pilocarpine avait parfois une action paradoxale d'accélération du pouls; que cette substance, ainsi que l'ésérine et l'adrénaline, avait des rôles amphotropes, excitant les deux systèmes antagonistes? C'est dire combien il faut être prudent pour l'interprétation des résultats obtenus, car, comme le dit notre maître le professeur H. Claude, « il est toujours très difficile de savoir si une substance provoque telle ou telle manifestation par excitation d'un système ou inhibition de l'autre, ou par action simultanée, mais inégale sur tous les deux ».

Le métabolisme basal qui, schématiquement, devrait être diminué dans les syndromes vagotoniques et augmenté dans les sympathicotoniques, donne en réalité des résultats peu nets, surtout lorsqu'il y a excitation simultanée des deux systèmes antagonistes (neurotonie), comme cela a été le cas pour la plupart de nos malades.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est également sujette à de nombreuses causes d'erreurs; cependant dans le cours de nos examens, nous devons dire que nos résultats concordent avec la théorie admise, et que nous n'avons trouvé une réaction positive à la liqueur de Fehling que dans les cas d'hyponeurotonie ou de sympathicotonie.

III. En réalité, l'application séparée d'un seul de ces moyens d'investigation est insuffisante. Il faut faire plusieurs épreuves pharmacodynamiques avec de nombreuses substances, suivre pendant leurs actions, les variations du pouls, de la pression, du réflexe oculo-cardiaque, et du réflexe semi-lunaire, y adjoindre la recherche isolée et répétée de ces deux réflexes, la mesure du métabolisme basal et l'épreuve de la glycosurie provoquée, en ayant soin pour toutes ces recherches de se placer dans les mêmes conditions d'examen : malade au repos absolu et à jeun. C'est en comparant ensuite les divers résultats obtenus chez un même sujet, que l'on pourra apprécier chez lui le déséquilibre du système neuro-végétatif et son sens, et donner alors leur véritable signification aux actions paradoxales, déroutantes au premier abord, de l'atropine et de la pilocarpine. On ne fait pas un diagnostic en clinique avec un seul signe, mais avec un faisceau de symptômes.

IV. De l'ensemble de nos recherches nous pouvons conclure que les malades frappés de séquelles post-encéphalo-léthargiques, et en particulier du syndrome parkinsonien, sont pour la plupart neurotoniques, à prédominance parasympathique. Nous n'avons trouvé d'exception à cette constatation que chez des malades atteints de troubles mentaux à type de psychose périodique, avec accès d'excitation et de dépression mélancolique. Chez ceux-ci, que nous n'avons naturellement pu étudier que pendant cette dernière phase et qui étaient, en outre, frappés, soit d'un léger syndrome parkinsonien localisé ou sans grande contracture, soit d'adiposité intense, nous avons constaté de l'hyponeurotonie avec sympathicotonie.

V. Du point de vue neuro-végétatif on peut distinguer deux phases évolutives ou plutôt deux degrés d'intensité des signes cliniquns dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique :

a. Au début de la maladie, et si l'atteinte infectieuse causale a été peu étendue, n'entraînant que des signes cliniques de faible intensité, il y a vagotonie simple, avec peu ou pas de réaction sympathicotonique.

b. Plus tard, ou si l'atteinte infectieuse causale a été intense et violente, et que l'on se trouve en présence d'un syndrome parkinsonien très marqué, il y a neurotonie avec prédominance vagotonique légère.

L'affection peut atteindre rapidement ou même d'emblée le second degré, mais elle peut rester longtemps, peut-être indéfiniment, au premier degré.

VI. Il est difficile de dire que la constatation d'un syndrome vagotonique témoigne d'un processus évolutif de l'agent infectieux permettant de pronostiquer l'établissement de la phase neurotonique à plus ou moins longue échéance. Quelques-uns de nos malades à syndrome parkinsonien, nettement vagotonique, n'ont pas évolué cliniquement depuis un an que nous les suivons. Il serait nécessaire d'avoir un plus grand recul.

VII. Tous les médicaments ayant un rôle stimulant du système parasympathique augmentent la rigidité et les tremblements. Au contraire, les paralysants de ce système : atropine et scopolamine, améliorent ces symptômes. Cependant, pour que cette amélioration soit sensible, il est nécessaire que le syndrome parkinsonien n'ait atteint que le premier degré neuro-végétatif où n'existe qu'une vagotonie moyenne. S'il y a au contraire parasympathicotonie intense ou neurotonie, ces substances n'ont plus grande action, soit que la dose employée, à moins de devenir toxique, reste trop faible et n'ait plus qu'un rôle d'excitation vagale; soit que les deux systèmes étant devenus hypersensibles, soient paralysés par elles.

VIII. Ces actions diverses des substances pharmacodynamiques sur la rigidité et le tremblement du syndrome parkinsonien font penser que le système neuro-végétatif intervient pour une part importante dans les troubles du tonus musculaire. L'hyperactivité du système parasympathique exagère l'hypertonie, sa paralysie ou sa diminution de puissance libère l'action du sympathique vrai, qui est un inhibiteur du tonus musculaire.

IX. Ces rôles antagonistes des deux systèmes neuro-végétatifs vis-à-vis du tonus musculaire, permettent peut-être d'expliquer dans une certaine mesure, chez les parkinsoniens neurotoniques où les deux systèmes sont hyperexcitables, mais avec cependant prédominance parasympathique, les phénomènes de kinésie paradoxale qu'ils présentent. Qu'il y ait chez eux, sous une influence quelconque, inversion des deux plateaux de la balance, et que le système sympathique vrai vienne à prendre, toujours d'une façon passagère il est vrai, en raison de son état d'infériorité habituelle mais parfois peu marquée vis-à-vis de son antagoniste, la première place, son rôle inhibiteur du tonus permettra brusquement l'accomplissement d'actes ordinairement impossibles. Pendant le sommeil, ce renversement de la balance végétative au profit du sympathique vrai est de règle et là est peut-être la raison des mouvements exécutés, des paroles prononcées sous son influence par des malades habituellement figés et muets. A l'état de veille, la même inversion peut se produire, entraînant les mêmes améliorations passagères, paradoxales, mais ce n'est là qu'une hypothèse (1).

X. L'engraissement post-encéphalo-léthargique survient précocement et serait dû à l'hyperparasympathicotonie qui existe au cours même de la phase infectieuse. Dès que celle-ci s'affaiblit en laissant réapparaître l'influence du sympathique vrai, ou qu'un syndrome neurototonique avec exaltation des deux systèmes, comme c'est le cas chez les parkinsoniens graves, s'amorce, l'adiposité disparaît et l'amaigrissement s'installe, assombrissant le pronostic. Il est d'autant plus marqué que la prédominance initiale du vague s'estompe par suite de l'hyperexcitabilité du sympathique vrai qui se déclanche secondairement. L'étude du métabolisme basal chez de tels malades peut être d'un réel intérêt en montrant une diminution initiale des échanges en rapport avec les symptômes de vagotonie, faire place à une augmentation, coïncidant avec des symptômes d'hyperneurotonie ou de réveil sympathicotonique.

XI. L'encéphalite léthargique frappe avec prédilection le mésocéphale, en particulier le corps strié, le locus niger, la région sous-optique et du troisième ventricule. Or, à ces lésions, correspond l'apparition de troubles neuro-végétatifs, surtout intenses dans le système parkinsonien que R. Hunt fait dépendre d'une atteinte du système pallidal comprenant le globus pallidus, quelques cellules de même nature du neostriatum et auquel Mirto, puis Trétiakoff rattachent le locus niger. Ce système serait, par les voies extrapyrami-

(1) Ch. Foix, dans son rapport du 10 avril 1924 à la Société de neurologie, publié alors que nos conclusions étaient à l'impression, admet cette conception.

dales qui en émanent, un centre régulateur du tonus musculaire, sur lequel l'influence végétative joue un rôle. Il envoie également des faisceaux efférents aux centres sous-optiques dont les modifications pathologiques isolées entraînent des symptômes neuro-végétatifs plus spéciaux tels que la glycosurie, l'engraissement ou l'amaigrissement, symptômes que l'on peut du reste voir liés au syndrome parkinsonien d'origine purement pallidale. C'est donc en lui que doivent se trouver les centres neuro-végétatifs supérieurs qui auraient une action inhibitrice sur les deux systèmes antagonistes, mais surtout sur le parasympathique excitateur du tonus musculaire et dont les noyaux intracraniens sont plus rapprochés. Sa destruction entraîne la libération des deux parties constituantes et opposées du système neuro-végétatif en commençant par le vague puisque dans l'encéphalite léthargique elle-même, puis dans ses séquelles, les symptômes parasympathicotoniques apparaissent les premiers et que l'on voit dans la maladie de Parkinson, ou maladie du tonus, se succéder deux phases de vagotonie et de neurotonie.

XII. Lorsque l'encéphalite léthargique, maladie à lésions diffuses, frappe principalement les circonvolutions cérébrales, ce qui est une localisation élective plus rare que le mésocéphale, elle entraîne alors l'apparition de troubles mentaux. L'atteinte du système pallidal et de ses faisceaux efférents est alors généralement moins intense, aussi son rôle inhibiteur végétatif est-il peu touché, parfois même il semble exagéré, étant donné l'état hyponeurotonique de ces malades.

XIII. Du point de vue thérapeutique on ne peut guère conseiller que l'emploi des substances qui paralysent le système parasympathique, c'est-à-dire l'atropine ou la scopolamine, et encore dans les cas de syndrome parkinsonien au début ou de faible intensité, avec simple vagotonie, pour les raisons que nous avons déjà indiquées. (Par. VII.) Etant donné l'antagonisme des deux systèmes végétatifs, il semblerait logique d'obtenir également des résultats favorables en employant un excitant du sympathique vrai qui annihilerait alors le parasympathique. Mais nous ne possédons pas de médicament ayant ce rôle électif. L'adrénaline, en effet, contrairement à ce que l'on pensait, est une substance amphotrope. Appliquée chez des vagotoniques simples, toute son action se porte presque entièrement sur le système vagal qu'elle excite, et employée chez des neurotoniques elle a alors un rôle double de stimulation avec également prédominance sur le parasympathique qui est toujours le système dominant. Or, dans la majorité des cas, le syndrome parkinsonien post-encéphalitique rentre dans un de ces deux groupes et pour cette raison, l'adrénaline ne peut être alors que défavorable, malgré son rôle sympathicotrope qu'elle a nettement chez le sujet normal.

LIVRES NOUVEAUX

Œuvres de Pasteur (1), réunies par Pasteur Vallery-Radot, médecin des hôpitaux de Paris.

M. Pasteur Vallery-Radot continue à réunir avec un soin pieux, les œuvres immortelles de son illustre aïeul.

Il nous apporte aujourd'hui le tome III consacré aux études sur le vinaigre et sur le vin.

Nous ne pouvons faire mieux que de reproduire la belle introduction de M. Pasteur Vallery-Radot. Il est en effet impossible de présenter plus clairement ni plus dignement ces grands documents d'histoire de la science moderne.

F. L. S.

« *Introduction du tome III*

Après les fermentations lactique et alcoolique, Pasteur est amené à l'étude de la fermentation acétique. Il découvre en 1861 le rôle des mycodermes et bientôt il établit les principes scientifiques de la fabrication du vinaigre.

Le grand mémoire de 1864 sur la fermentation acétique et la leçon sur le vinaigre faite à Orléans en 1867 — mémoire et leçon que Pasteur réunit sous forme d'opuscule intitulé « Etudes sur le vinaigre, sa fabrication, ses maladies, moyens de les prévenir » — sont le développement des communications sur le même sujet faites en 1861 et 1882 à la Société chimique et à l'Académie des sciences.

Nous avons groupé ces recherches sur le vinaigre en suivant l'ordre chronologique de leur publication.

Pendant que Pasteur étudiait la fermentation acétique, sa pensée était déjà hantée par les études à entreprendre sur les maladies des vins. Au mois de septembre 1858, en regardant au microscope des vins altérés du Jura, il voit un ferment offrant la plus grande ressemblance avec le ferment lactique qu'il a découvert l'année précédente. Dès lors, il a l'idée de rechercher si les maladies des vins, au lieu d'être, ainsi qu'on le croyait, des altérations spontanées, ne sont pas dues à la présence de germes microscopiques semblables à ceux qu'il étudie si ardemment et auxquels il attribue les phénomènes des fermentations.

Ainsi, dès le premier moment où il examine un vin malade, par ce don d'observation et cette faculté d'intuition qui sont propres à son génie, tout s'éclaire : voici enfin que va être découverte la cause des altérations des vins, une voie nouvelle s'ouvre devant lui. Mais étant en pleines recherches sur les fermentations, il a la volonté de les poursuivre et de les terminer avant de s'attaquer aux maladies des vins.

Trois ans plus tard, en novembre 1861, il étudie sur la demande de Balard un vin altéré provenant des vignobles de Montpellier. Il y reconnaît le ferment dont il a constaté la présence dans les vins malades du Jura : la voie entrevue en 1858 était la vraie, il n'a plus qu'à s'y engager. Mais, maintenant comme en 1858, il ne se laissera pas entraîner vers ces recherches, il veut auparavant mener jusqu'au bout les études entreprises sur la fermentation acétique.

C'est seulement quand il eut presque achevé les travaux sur le vinaigre, à l'automne de 1863, qu'il aborda les maladies des vins.

Dès janvier 1864, après avoir donné quelques semaines auparavant une étude sur l'influence de l'oxygène de l'air dans la vinification, il démontre que les altérations des vins sont dues à des productions microscopiques de la nature des ferments.

Ses expériences antérieures sur la résistance des micro-organismes à l'influence de la chaleur l'amènent en 1865 à découvrir un moyen simple de prévenir les maladies des vins en tuant les germes, causes de ces maladies.

En 1866, il réunit et complète ses recherches dans un ouvrage intitulé : « Etudes sur le vin. Ses maladies; causes qui les provoquent. Procédés nouveaux pour le conserver et pour le vieillir ». La première partie de cet ouvrage renferme la description des maladies des vins et des ferments qui les déterminent. La seconde traite de l'influence de l'oxygène de l'air dans la pratique de la vinification. La troisième relate un procédé industriel de conservation des vins par l'action de la chaleur.

Après une longue controverse au sujet de la priorité du chauffage des vins et la publication de quelques notes nouvelles, Pasteur donne en 1873 une deuxième édition des « Etudes sur le vin ».

Nous avons réuni ces travaux. On trouvera d'abord intégralement reproduit l'ouvrage « Etudes sur le vin » — avec des annotations et les indications des variantes entre la première et la deuxième édition — œuvre capitale où ont été rassemblées et ordonnées par Pasteur toutes ses recherches sur ce sujet. A ces « Etudes sur le vin » font suite les communications, les articles, les discussions qui forment la trame des divers chapitres de l'ouvrage.

Dans ce volume se montre, allié à la recherche scientifique, le souci de l'application pratique : double aspect du génie de Pasteur. On voit en pleine puissance la logique inflexible de ces travaux qui tous s'enchaînent : les études sur le vinaigre font suite aux études sur les fermentations, émanées des découvertes sur la dissymétrie moléculaire; les études sur la cause et le traitement des maladies des vins sont la conséquence des études sur les fermentations et sur les générations dites spontanées; elles sont elles-mêmes le prélude aux recherches sur les maladies contagieuses.

PASTEUR VALLERY-RADOT. »

(1) Tome III. *Etudes sur le vinaigre et sur le vin.* Un vol. grand in-8. — Prix : 100 fr. — Paris 1924, Masson.

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME AIGU DU POUMON

SIGNES, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC (1)

D. **Œdèmes subaigus.** — Ce sont ceux où la tension artérielle baisse dès le début et reste, une fois les premiers accidents conjurés, au-dessous de son chiffre primitif (Amblard, Gallavardin, Vaquez). L'œdème pulmonaire persiste, d'où asystolie qui, en quelques semaines, aboutit à la mort (L. Merklen). Le cœur gauche se dilate, d'où souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle (C. Lian) et présence d'un pouls alternant (Id.).

Sous le nom de *petits œdèmes pulmonaires* ou d'*œdèmes d'alarme*, M. Jacquelin décrit des formes dont l'aspect peut être celui de :

« 1. De l'*asthme cardiaque* avec sa dyspnée à début brusque, souvent nocturne, son syndrome stéthoscopique de bronchite sibilante diffuse, son expectoration abondante, muqueuse ou muco-purulente, mais à laquelle s'ajoute une albumino-réaction positive, tandis que l'auscultation de l'une des bases révèle quelques râles fins ;

2. De crises d'*angoisse paroxystique légère*, au cours desquelles le cardio-rénal rejette quelques crachats très peu nombreux, denses, jaunâtres, très riches en albumine. Si on recherche le minime foyer d'œdème qui se traduit par ces signes, on le trouve, soit à l'une des bases, soit dans l'aisselle, soit dans la région précordiale ;

3. De *catarrhes bronchitiques* chroniques des cardio-rénaux, soit du type hydrorrhéique ou plutôt hydromuqueux, soit du type hydromucopurulent, auxquels vient s'ajouter un léger œdème pulmonaire d'alarme ;

4. Parfois, enfin, ce dernier n'entraîne *aucune modification stéthoscopique à l'auscultation la plus minutieuse* du thorax, soit à cause de l'épaisseur de la paroi chez les gras, soit à cause d'une lame d'hydrothorax interposée entre le poumon et l'oreille, soit enfin parce que le foyer d'œdème pulmonaire est ou trop profond ou trop minime. Ce sont les *œdèmes pulmonaires latents* qui ne se révèlent qu'à un examen chimique systématique des expectorations des cardio-rénaux par une albumino-réaction positive. »

Formes. — Nous avons vu les principales. Enumérons maintenant celles que l'on observe moins fréquemment : *coup de sang pulmonaire avec hémoptysies incoercibles* (Gallavardin) ; formes *prolongées* ; formes *douloureuses* ; forme avec *hyperthermie*, celle-ci généralement due à une infection pneumococcique secondaire (Caussade et Logre) ; formes *larvées* constituées par des accès de toux quinteuse sans expectoration (Gallavardin) ou par un peu de dyspnée (Laubry) ; formes *observées chez les cardio-rénaux tuberculeux*, méconnues si l'on ne prend pas la tension artérielle et si l'on ne dose pas l'urée sanguine ; *formes infantiles* survenant, chez l'enfant, à la suite de la scarlatine, et caractérisées par l'association d'œdème pulmonaire, de néphrite aiguë et de dilatation cardiaque : décrites, pour la première fois, par le professeur Hutinel, elles ont été retrouvées par Nobécourt et Michel ; on peut en rapprocher l'œdème observé, chez l'adulte, dans la néphrite aiguë rhumatismale avec myocardite (Jacquelin) ; *formes mixtes* où s'intriquent œdème aigu et œdème chronique, celui-là apparaissant le premier et se compliquant, plus ou moins tôt, d'œdème chronique, et celui-ci se terminant souvent par une nouvelle crise d'œdème aigu (Jacquelin) ; formes *associées* à l'asthme (v. plus loin), à l'angor pectoris, etc.

II. *Œdèmes infectieux* (Caussade et ses élèves : de Jong, Logre et Milhit). — L'œdème aigu du poumon peut venir compliquer, soit une *pneumonie* (Carnot, Leube, Masius, Menetrier, Merklen) et, alors, occuper la première place dans ce tableau clinique ; soit n'*importe quelle affection respiratoire* ; il débute silencieusement ; à l'auscultation, respiration rude et sifflante, avec quelques gros râles muqueux. L'expectoration contient de nombreux polynucléaires et des pneumocoques virulents. Il n'existe ni lésion rénale, ni phénomènes d'insuffisance cardiaque. Pour M. Bezançon et son école, ces œdèmes infectieux relèvent tantôt d'une corticopleurite, tantôt d'un catarrhe pituiteux, tantôt d'une broncho-pneumonie avec expectoration mousseuse, tantôt d'une lésion rénale. Il faut bien reconnaître, avec M. Bezançon, que le véritable œdème aigu du poumon, avec son expectoration caractéristique, est *beaucoup plus rare* qu'on ne le croit communément.

III. *Œdème aigu après thoracentèse.* (*Œdème ex vacuo.*) — Immédiatement après une thoracentèse, le malade est pris de toux incessante, d'oppression, et rejette une grande quantité d'un liquide spumeux qui, dans un vase, se divise en deux couches : une supérieure, mousseuse et jaunâtre, une inférieure, plus dense et albumineuse. La mort, due à l'asphyxie, peut survenir en quelques minutes ; d'autres fois, et plus souvent, les accidents s'amendent rapidement. Pour Dieulafoy, cette forme est favorisée, soit par une évacuation trop copieuse, soit par des complications : adhérences pleurales anciennes, broncho-pneumonie tuberculeuse, affections cardiaques.

IV. *Œdème aigu produit par les gaz de guerre* (chlore, oxychlorure de carbone, palite, surpalite, chloropicrine, cétones bromées, etc.). — Avec A. Clerc et Ramond, il faut distinguer deux cas :

A. **Gaz suffocants** où on peut observer :

a. Des formes *foudroyantes*, exceptionnelles, identiques à l'œdème suraigu des cardio-rénaux ;

b. Des formes *communes* où l'œdème ne survient pas aussitôt après l'inhalation du gaz, mais après une période d'accalmie, parfois telle que le sujet se croit guéri et où divers aspects peuvent être observés : œdème suraigu ou aigu, avec des phénomènes généraux graves : tachycardie ; de pronostic grave, si elle persiste, hypotension, polycythémie par concentration relative du sang, vomissements, apathie, fièvre. Au bout de *trois jours*, la période critique est passée. Cette forme *maligne* n'est pas la seule : on connaît aussi des formes *graves*, un peu moins intenses que la précédente, et *moyennes* où les réactions pulmonaires sont peu marquées.

Comme *complications*, il faut citer l'emphysème précoce, plus tard, les infections secondaires du poumon. La convalescence est lente.

B. **Gaz vésicants** (ypérite) où l'œdème pulmonaire peut survenir : *a.* au début : alors il n'existe jamais à l'état pur, mais s'associe à de la bronchite fibrineuse, à de la broncho-pneumonie, etc., et aux manifestations cutanéo-muqueuses de l'intoxication ; *b.* à la convalescence, et alors souvent fébrile.

Quels que soient les accidents aigus, ils laissent après eux, si le malade survit, des séquelles (Achard) parmi lesquelles l'*œdème pulmonaire récidivant* spécial aux ypérités (Clerc et Ramond) avec fièvre et association, à l'œdème, de congestion ou de bronchite. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 67, p. 1118.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis du cœur et de l'aorte, par les docteurs L. Brin et L. Giroux, anciens chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. (16 × 24,5) de 240 pages avec figures dans le texte. — Prix : 15 fr. ; franco France : 16 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Traitement externe des dermatoses. Notes de thérapeutique et de matière médicale, par le docteur Veyrières et R. Huerre, docteur ès sciences. Préface du docteur L. Brocq. 1 vol. in-8 de 236 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Education nerveuse et musculaire dans le travail, par le docteur Pierre Nadal, ex chef de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, médecin conseil de la Chambre des métiers de la Gironde. 1 broch. de 63 pages. — Bordeaux, Editions littéraires et politiques, 18-20, rue du Peugue.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — SAMEDI 30 AOUT 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 30 AOUT 1924. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Par arrêté en date du 26 août 1924, la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de médecine de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la publication dudit arrêté est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 27 août 1924, n° 227, p. 7931.)

L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER décernera en 1925 deux prix Alphonse Jaumes, le premier sur un sujet de thérapeutique générale et le second sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats.

Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de 2.000 fr.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1924.

Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui auront été présentés la même année ou qui auraient pris part antérieurement à d'autres concours. Tous les mémoires doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus.

ÉCOLE DE MÉDECINE DU CAIRE. — DEMANDE DE PROFESSEURS. — Le Ministère de l'Instruction publique d'Egypte invite les intéressés à adresser leur candidature aux postes de :

2° Professeur de physique.
2° Professeur de médecine clinique.
3° Professeur de chirurgie clinique actuellement vacants.

Les titulaires de ces postes doivent consacrer tout leur temps à l'enseignement et aux recherches scientifiques. Toute occupation étrangère aux travaux de l'Ecole est formellement interdite.

Le traitement de début est fixé à 900 livres égyptiennes dans une classe allant de 900 à 1.140 livres égyptiennes.

Pour un Egyptien, la nomination serait *à l'essai* pour le cadre permanent.

Un étranger serait engagé par un contrat de trois ans.

L'enseignement doit être donné soit en arabe, soit en anglais. Les candidats sont priés de joindre à leur demande tous les certificats qu'ils possèdent concernant leur expérience de l'enseignement et leurs travaux scientifiques.

— Le Ministère invite également les intéressés à adresser leur candidature au poste à temps plein d'aide-professeur de physique à l'Ecole de médecine du Caire, actuellement vacant.

Les candidats à ce poste doivent être de nationalité égyptienne ; ils sont priés de fournir dans leur demande tous les renseignements concernant leurs titres, leurs recherches scientifiques, les postes qu'ils ont remplis dans l'enseignement, et de joindre les certificats à l'appui.

Le traitement de début est de 540 livres égyptiennes, dans une classe allant de 540 à 840 livres égyptiennes.

Adresser les demandes à M. le directeur, Ecole de médecine, Le Caire, avant le 15 septembre 1924.

MARINE. — Par décret en date du 22 août 1924, ont été promus ou nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de 1re classe Ségard et Hesnard.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Lapierre et Lequerré.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal Fourgous.

Au grade de médecin de 3e classe. — M. Pirot, élève du Service de santé de la marine, reçu docteur en médecine.

— Liste alphabétique et par centre d'examen des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'école principale du Service de santé de la marine en 1924 :

Ligne médicale. — Epreuves orales à Rochefort le 1er septembre 1924 :

1° Candidats à 4 inscriptions : MM. Bayle, Beautès, Bernard-Lapommeray, Bissery, Brouste, Carles, Castanet, Castets, Cavalade, Chapert, Charot, Crémoux, de Casaban, Destruels, Dottain, Duran, Duvey, Escudier, Génaud, Lassalle,

Lemasson, Meyer, Miquel, Montalien, Morelet, Orly, Parneix, Raboisson, Ravel, Raymond, Reboul, Remion, Romez-Cuilliez et Vernier.

2° Candidats à huit inscriptions : MM. Giraud et Loo (ce dernier candidat devra présenter au jury un certificat de scolarité attestant qu'il est titulaire de huit inscriptions).

Epreuves orales à Toulon le 8 septembre 1924 :

1° Candidats à quatre inscriptions : MM. Arnulf, Audibert, Beaudiment, Berny, Ceccaldi, Daydé, Deguilhen, Dias-Cavaroni, Duron, Franceschini, Gauzy, Hostier, Lantheaume, Léger, Moustardier, Nigay, Ollivier, Perramond, Poisson et Rouyer.

2° Candidats à huit inscriptions : MM. Conjard, Pancro, Peyre et Woelfel.

Epreuves orales à Brest le 22 septembre 1924 :

1° Candidats à quatre inscriptions : MM. Bernard, Boulnois, Broch, Camenen, Crenn, Géniaux, Guyader, Le Cars, Le Guen, Le Guern, Leitner, Lembrez, Lotte, Mazé, Nédelec, Roussel, Russaouen, Thévenin, Tromeur et Verré.

Ligne pharmaceutique. — Tous les étudiants en pharmacie subiront les épreuves orales à Brest, le 17 septembre 1924.

Candidats munis de la validation de stage : MM. Cariou, Coader, Couty, Dantec, Deniel, Feissolle, Istin, Larvor, Le Quérec, Merrien, Quéau, Rainsart, Serré, Trésnous et Woltz.

Les candidats (médecins et pharmaciens) devront être rendus à la date susindiquée dans le port où ils doivent subir lea épreuves orales et se présenter à huit heures à l'hôpital maritime (à Toulon, hôpital Sainte-Anne).

LÉGION D'HONNEUR. — MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Edouard Lévy, professeur au Collège libre des sciences sociales.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (Professeur : A. COUVELAIRE). — COURS COMPLÉMENTAIRES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — *Cours de vacances.* — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, par MM. les doct urs Cleisz, accoucheur des hôpitaux ; Powilewicz, ancien chef de clinique ; Portes, chef de clinique ; Hidden, chef de clinique adjoint.

Première série : Du 1er au 13 septembre. Deuxième série : Du 1er au 14 octobre.

Programme. — Matin : 9 h., exercices cliniques individuels ; 10 h., conférence.

Après-midi : 14 h. 30, conférence ; 15 h. 30, travaux pratiques sur le sujet de la conférence.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la clinique.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Camille Duband (du Pont-de-Veyle) ; Louis Fouilloud-Buyat, ancien interne des hôpitaux de Lyon, et Lucien de Schacken (de Ceyssieu).

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

CORRESPONDANCE

Mon cher Confrère,

Voudriez-vous me permettre de vous adresser une auto-observation qui peut intéresser certains confrères. J'ai soixante-deux ans, je suis emphysémateux depuis une bronchite aiguë, que j'ai eue à quatorze ans, je suis fils et petit-fils d'asthmatiques, j'ai eu une congestion du foie il y a trente ans qui m'a laissé quelques traces, foie un peu débordant, de temps en temps quelques malaises de ce côté-là. L'an dernier, une congestion pulmonaire, au cours de laquelle mon confrère, le docteur Beaudonnet, médecin chef de l'hôpital civil de Vichy, m'a trouvé le cœur un peu faiblard, ce qui n'est pas étonnant chez le vieil emphysémateux que je suis. Malgré tout cela santé générale bonne : trente-sept ans de médecine en montagne, faisant presque toutes mes courses à pied, par de rudes côtes.

Samedi dernier 16 courant, je rentré de courses en auto. Le soir vers sept heures, j'absorbe un bol de lait au cacao — je ne mange rien autre le soir — et après mon lait, je mange une banane, assez fraîche. Je ne l'avais pas absorbée que je sens dans la bouche un goût de poivre très prononcé et des picotements assez vifs. Je suis pris ensuite de gêne du côté de l'estomac, d'un peu de coliques, et je rends abondamdamment lait et tout ce que j'ai absorbé dans la journée. Immédiatement après le vomissement, je suis saisi par un violent accès d'asthme (je n'en ai que très rarement), accès si violent que je prie ma femme de me faire une piqûre d'évatmine. Ce remède m'avait été conseillé par le docteur Houlbert (de Vichy), et m'avait réussi l'an dernier. Le docteur Beaudonnet me l'avait déconseillé. A peine la piqûre était-elle faite, que je suis pris d'un urticaire géant généralisé de la tête aux pieds et qui me dure deux heures. Je le calme péniblement par des lotions au vinaigre chaud. Je n'en avais jamais eu, je suis un peu eczémateux. Au moment où l'urticaire se calmait, j'ai été pris de sueurs froides, d'un tremblement nerveux généralisé et de contracture dans les doigts surtout à gauche ; puis au moment où je sentais un besoin d'uriner, je suis tombé sans connaissance au pied de mon lit. J'ai eu une syncope très nette se prolongeant quelques minutes. J'ai perdu absolument connaissance. Quand je suis revenu à moi, j'ai perçu une douleur de courbature très nette à l'occiput.

Mon curé, appelé auprès de moi (je n'ai pas de confrère voisin), ne me trouva plus de pouls, j'avais la face cadavérique et des sueurs froides, m'a-t-il dit. A mon retour à la vie, j'ai eu la sensation très nette que j'étais très mal puisque j'ai demandé l'absolution à mon curé. Le lendemain matin quand j'ai voulu me mettre debout, j'avais de la contracture très nette de tous les muscles. Puis petit à petit tout est rentré dans l'ordre, et je vais maintenant bien.

Il me semble que j'ai d'abord eu un commencement d'empoisonnement par ladite banane : picotements dans la bouche, vomissements aussitôt après l'avoir absorbée, réveil de mon accès d'asthme point faible de mon organisme, à moins que j'aie déjà eu de l'urticaire interne, puis à mon âge avec mon cœur pas très solide, syncope produite par l'adrénaline.

Peut-être faut-il se méfier de ce nouveau remède. C'est le pourquoi de mon auto-observation. Je conseille aux confrères de se méfier, quand ils n'auront pas un organisme très sain, chez eux ou chez leurs malades. N'y aurait-il pas là un choc hémoclasique.

Si vous le jugez à propos, vous pourrez publier ma prose dans votre vieille *Gazette*.

Bien vôtre, Dr DESFARGES.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(29 juin - 2 juillet 1924)

Un incident indépendant de notre volonté et dont nous devons cependant nous excuser auprès de nos lecteurs et de nos bons amis de Belgique, nous fait publier avec un bien grand retard le compte rendu de la quatrième session des Journées médicales belges.

Nous le regrettons d'autant plus qu'il nous eût été particulièrement agréable d'en signaler plus tôt le grand succès.

Les Journées médicales belges ne sont pas un simple congrès; c'est une manifestation scientifique plus haute, un véritable cours de perfectionnement auquel nos amis de Bruxelles ont su donner une ampleur inusitée en appelant à y participer non seulement les maîtres belges mais les plus hautes personnalités scientifiques du monde entier.

Les « Journées » ont réuni cette année plus de 1.500 médecins, c'est dire leur importance.

Notre excellent confrère *Bruxelles médical* à qui nous devons l'initiative de ces inoubliables journées a eu, en les créant, une véritable idée de génie.

C'est un agréable devoir pour nous de dire à Léopold Mayer, à Raoul Bernard et à René Beckers, combien nous admirons leur œuvre et à quel point nous sommes heureux du véritable triomphe qu'ils ont remporté.

La séance inaugurale eut lieu dans le magnifique palais d'Egmont, sous la présidence de M. Poullet, ministre de l'hygiène, et en présence de l'ambassadeur de France, des ministres de Roumanie et de Suisse, des délégués de la France, de la Roumanie, de la Suisse, du Canada, du Japon, du Luxembourg et du Maroc. A côté des personnages officiels, on remarquait sur l'estrade la présence de MM. le professeur Roger, Alexis Carrel, Marcel Labbé, Cantacuzène, Levaditi, Bordet, Dejace, Parisot, etc.

Après les discours officiels, la quatrième session des Journées médicales fut déclarée ouverte.

Le programme scientifique comprenait des visites dans les hôpitaux, des conférences et des communications.

***

Les tréphones cellulaires et leurs fonctions, par M. Alexis Carrel (du Rockefeller Institute de New-York). — Les tréphones sont des substances sécrétées par des cellules et employées par d'autres cellules pour leur multiplication et fournissant les matières nécessaires à l'édification du protoplasme. Les cellules qui en sont les formatrices sont les tréphocytes.

Les tréphones ne doivent pas être confondus avec les hormones ou les hormazones. Ils ne sont pas catalyseurs comme celles-ci, mais entrent dans la constitution du cytoplasme. Cette notion dérive de l'étude des cultures pures de fibroblastes. Avant lui, la culture se faisait dans une goutte de lymphe, mais le fragment de tissu ne vivait que peu de temps. M. Carrel imagina de le laver constamment avec de l'eau salée pour éliminer les substances toxiques qui amenaient sa mort et obtint une survie considérable (plus de 100 jours). Mais, les tissus diminuant de plus en plus de volume, il introduisit dans le sérum des sucs de tissus embryonnaires et le tissu cultivé prospéra et proliféra indéfiniment. Il pensa alors que le suc embryonnaire apportait une hormone facilitant l'utilisation du sérum. Chose qu'il reconnut inexacte, car, quelle que soit la concentration du milieu en sérum sanguin, avec une quantité *constante* de suc embryonnaire, la croissance se fait dans la même proportion. Les cellules ne peuvent pas se multiplier dans le sérum sanguin seul.

Les tréphones existent également chez l'adulte, dans certaines glandes, dans les sarcomes malins.

En résumé, on peut dire : les cellules embryonnaires synthétisent des substances qui stimulent la croissance des autres cellules ; chez l'adulte, les leucocytes, surtout les grands mononucléaires, le font aux dépens du sérum. Chez l'adulte, ces substances sont à l'état de réserves qui peuvent être libérées en concentration suffisante pour favoriser la multiplication cellulaire.

M. Carrel étudie ensuite ce qui se passe dans la cicatrisation des plaies. Une incision étant faite à la peau, le tissu épithélial et conjonctif se met immédiatement à proliférer. Auparavant, on croyait que la réparation de la plaie était sous la dépendance de l'irritation, ou bien de la suppression de la tension des tissus, ou bien de la présence de substances chimiques.

Si l'on fait des plaies aseptiques à des animaux, en supprimant toute cause d'irritation extérieure, la cicatrisation ne commence pas; donc, la suppression de tension des tissus ne provoque pas la cicatrisation. Si quelques bactéries viennent au contact de cette plaie, la cicatrisation a lieu ; on pourrait donc croire qu'un irritant est nécessaire. Or, les bactéries *in vitro* ne donnent rien. Mais celles-ci, ou n'importe quel irritant, déterminent un afflux leucocytaire et elles favorisent la croissance des tissus lésés. On peut donc penser que ce sont elles qui forment les tréphones.

L'identité des tréphones a permis d'étendre le rôle physiologique dévolu aux leucocytes. Ranvier considérait déjà le lymphocyte comme une glande, Dustin lui fait jouer un rôle dans la régulation nucléoprotéique. Les expériences personnelles de Carrel indiquent que les grands mononucléaires sont d'excellents tréphocytes.

Les leucocytes sont donc des réservoirs importants de tréphones stimulant les tissus et servant probablement à la défense contre les corps étrangers.

Le choléra expérimental et la pathogénie du choléra, par M. le professeur Cantacuzène (de Bucarest). On peut entrevoir comme suit la pathogénie du choléra :

a. Les vibrions pénétrant d'une façon quelconque dans l'organisme arrivent toujours et rapidement à l'intestin grêle. Si cet intestin est normal, il n'y a pas de choléra.

b. Si l'intestin est plus ou moins altéré, il y a lutte cyclique dans la muqueuse intestinale : vibriolyse d'abord, établissement d'une race lysorésistante ; sensibilisation de cette race ; vibriolyse de plus en plus massive.

c. Les recherches sur le principe lytique éclairent mieux ce qui arrête les épidémies. Les multiples passages successifs font que les races de vibrions deviennent *absolument lysorésistantes*. L'organisme n'étant plus capable de les lyser, il n'y a plus d'intoxication cholérique; il n'y a plus que des porteurs de germes.

Etat actuel du problème de l'encéphalite léthargique, M. Levaditi (de Paris). — Les premières recherches expérimentales sur l'encéphalite léthargique sont celles de von Wiesmer (de Vienne), en 1917. Cet auteur inocule à des singes, par la voie subdurale, une émulsion de substance cérébrale d'un malade mort d'encéphalite. Un des animaux meurt en vingt-quatre heures, après avoir présenté des phénomènes de paralysie. Des essais de cultures permettent d'isoler un streptocoque.

En 1919, Strauss, Hirschfeld et Loeve, en Amérique, inoculent l'affection au singe et réussissent le passage au lapin. Ils parviennent à transmettre l'affection aux lapins, en les inoculant avec du filtrat de muqueuse. Mac Introset, en Angleterre, confirme ces résultats.

En 1919, Levaditi et Harvier font une série d'inoculations, au lapin, de virus provenant de trente sources différentes. Ils obtiennent deux résultats positifs. Le cerveau de l'un de ces lapins permet de réaliser une série infinie de passages. Les auteurs considèrent leur virus comme fixe.

Epidémologie. — L'encéphalite est une maladie infectieuse peu contagieuse. La contagion interhumaine est exception-

nelle. Il paraît y avoir une relation entre les épidémies d'encéphalite et les épidémies de grippe.

Anatomie pathologique. — Il existe des lésions des méninges, des vaisseaux et de la substance grise. Les lésions des méninges et des vaisseaux sont des lésions banales d'inflammation. Les lésions de la substance grise sont spécifiques. Elles prédominent au niveau du locus niger, où l'on constate la disparition des cellules nerveuses par neuronophagie.

Expérimentation. — Les recherches expérimentales montrent que le virus encéphalitogène a une affinité pour le tissu nerveux, la peau et la cornée. Ce virus reste dans le cadre des ectodermoses neurotropes. L'inoculation au niveau de la muqueuse génitale après scarification produit d'abord une vésicule d'herpès suivie plus tard d'encéphalite. L'inoculation au niveau de la cornée produit de la kératite suivie d'encéphalite.

Relation entre l'herpès et l'encéphalite. — Une gouttelette extraite de la vésicule d'herpès et inoculée à la cornée de lapin, produit de la kératite transmissible en série. Mais l'herpès ne reste pas une dermatose. Au bout de dix à douze jours, ce même lapin présente des phénomènes d'encéphalite. Le virus de l'herpès est donc également une ectodermatose neurotrope. Les expériences d'immunité croisée prouvent que ce virus est identique à celui de l'encéphalite.

Etiologie. — La maladie se transmet par porteurs de germe. Le germe se trouve dans les sécrétions naso-pharyngées.

Résultats divergents. — Kling Davide et Leljenquist inoculent des lapins, non seulement au moyen des sécrétions naso-pharyngées, mais aussi avec le contenu intestinal. Ils provoquent, chaque fois, une encéphalite qui ne se traduit par aucun symptôme clinique, mais se constate à l'autopsie. Or, les lésions décrites sont des lésions banales dues à de l'encéphalite spontanée de lapin et provoquées par une microsporidie.

Ces auteurs n'ont donc pas isolé le virus de l'encéphalite épidémique.

Traitement. — Tous les traitements utilisés jusqu'à ce jour sont empiriques et n'ont guère donné de résultat. L'auteur poursuit actuellement des recherches au moyen d'un vaccin.

Le vaccin est fait de cerveau de lapin trituré, puis centrifugé ou filtré. L'injection est faite par voie intrarachidienne (de quelques gouttes à 1 centimètre cube et demi) après ponction lombaire. Elle donne lieu à une forte réaction thermique et méningée. L'injection est refaite à diverses reprises. Les résultats obtenus sont encourageants. A la phase aiguë, l'auteur a constaté dans plusieurs cas une rétrocession des phénomènes graves jusqu'à guérison complète. A la phase de parkinsonisme, il a obtenu chez certains malades une amélioration incontestable, au fur et à mesure que l'on répétait les injections. Chez d'autres malades, l'état est resté stationnaire ; mais l'affection a paru arrêtée dans son évolution. Ces premiers résultats appellent de nouvelles recherches, mais comme tels, ils sont hautement encourageants et légitiment de grandes espérances.

Cette conférence est suivie de plusieurs communications. L. Fournier et R. Schwartz ont employé le virus vaccin de Levaditi en injections intrarachidiennes chez treize malades. Poincloux a soigné ainsi cinquante malades. Les auteurs ont constaté l'atténuation puis la disparition des phénomènes capitaux : léthargies, paralysies oculaires, myoclonies. Dans le parkinsonisme : arrêt de l'évolution et rétrocession des phénomènes existants. MM. Nicolau et Poincloux établissent que le virus encéphalitique de passage injecté dans le canal rachidien disparaît rapidement.

Etat actuel de la radiumthérapie dans le traitement du cancer, par M. le professeur A. Bayet (de Bruxelles). — L'auteur envisage quatre questions :

1. *La radium chirurgie.* — Cette méthode, déjà ancienne, *ménage chirurgicalement* une voie pour placer les aiguilles de radium, en somme, on peut l'appeler la « chirurgie d'accès ». Quoique condamnée par Regaud, au Congrès du cancer, en 1923, cette méthode offre pour Bayet de gros avantages, tels qu'une irradiation homogène et la possibilité de placer les aiguilles, sans risquer de travailler à l'aveuglette. Il dit avoir eu de nombreux cas de guérison constatés par beaucoup de médecins belges et étrangers, dont Proust, de Paris.

2. *Technique à employer dans les cures de radium.* — Quand les mitoses sont nombreuses dans la tumeur à irradier, Bayet conseille de laisser les aiguilles en place pendant un mois et même six semaines.

Pour les cancers de l'amygdale, par exemple, ou du larynx, employer des appareils moulés avec un très gros filtrage pour ne pas irriter la peau. Ces appareils assurent une irradiation homogène.

3. *La β-thérapie profonde* utilise les rayons secondaires émis par une plaque ou des fils de métal soumis aux rayons d'une lampe de Coolidge.

La technique employée pour les cancers du sein, consiste à larder la tumeur de fils métalliques, de manière à former un quadrillé puis d'irradier à l'aide de la lampe de Coolidge.

4. *Le cancer maladie générale.* — Dans toute curiethérapie, envisager que le cancer est avant tout une maladie générale ou mieux, un état général conditionnant l'apparition de la tumeur qui devient ainsi secondaire.

Bayet rappelle ses expériences avec A. Slosse, sur le cancer arsenical, qu'il considère comme un précieux argument à cette théorie de l'état biologique précancéreux.

Il résume ensuite un récent travail de Slosse et Reding, qui, étudiant l'altération humorale dans le cancer, sont parvenus, en modifiant l'équilibre humoral, à l'aide de sels de magnésium, à faire rétrocéder en partie la tumeur.

Cette méthode pour Bayet serait à envisager comme modifiant le terrain et servirait de préparation à la radium-chirurgie.

Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce, par M. le docteur A. Ley, professeur à l'Université libre de Bruxelles. — Divers traitements ont été préconisés pour modifier l'état humoral des paralytiques généraux et les rendre sensibles au traitement spécifique. L'inoculation malarique paraît, actuellement, le procédé le plus efficace, puisqu'on a signalé 40 p. 100 de malades traités ayant pu reprendre une vie professionnelle normale et s'y maintenir pendant plusieurs années. Seule la malaria tierce (*plasmodium vivax*) est à employer.

Les idées actuelles sur l'anaphylaxie, par M. Bordet (de Bruxelles). — Si l'on injecte une substance protéique à un animal neuf et qu'au bout d'un certain temps, on refasse une injection de la même substance, au même animal, celui-ci peut présenter des phénomènes graves qui aboutissent à la mort. L'animal paraît donc sensibilisé et l'anaphylaxie nous semble être le contraire de l'immunité.

Parmi les effets nombreux du choc anaphylactique sur les diverses parties de l'organisme, on peut citer son action sur les muscles lisses. Celle-ci peut être mise en évidence à l'aide de fragments de muscle détaché (utérus) baignant dans du sérum de Ringer, auquel on ajoute un peu de sérum de cheval. La contraction observée est d'autant plus forte, que l'animal est préalablement sensibilisé à ce sérum.

Ce phénomène, dit « choc anaphylactique », doit relever de l'action des anticorps, parce que les substances qui le déterminent sont des antigènes. On présuma qu'une réaction anticorps-antigène représentait la cause déterminante du choc.

De même qu'il existe deux immunités : une active et une passive, il existe deux anaphylaxies : l'une active, celle qui correspond à la définition primordiale de l'anaphylaxie ; l'autre, qui se développe chez un animal neuf si on lui injecte le sérum d'un animal préalablement anaphylactisé.

Puisque séparément l'anticorps et l'antigène sont inoffensifs, il faut bien admettre que, ensemble, ils suscitent l'intervention d'une substance nuisible qui détermine directement le choc. Or, quel que soit l'antigène, les symptômes sont identiques, et l'on est tenté d'admettre que la substance toxique est toujours la même : appelons la anaphylactique. Le problème du déterminisme du choc est donc ramené à l'étude de l'origine de l'anaphylatoxine.

Après avoir envisagé en détail les diverses hypothèses émises au sujet de la formation de l'anaphylatoxine, ainsi que les arguments invoqués en faveur et contre celles-ci, Bordet

défend l'origine sérique de l'anaphylatoxine. Cette dernière serait préformée dans le sang, mais son activité est à l'état normal, neutralisée par d'autres composants du sang. Bordet a pu obtenir tous les phénomènes du choc anaphylactique en se servant, comme liquide d'injection, de sérum frais de cobaye mis en contact avec de la gélose dont on le débarrasse par centrifugation. Cette expérience a donc réalisé l'apparition de l'anaphylatoxine en l'absence d'intervention d'antigène et d'anticorps. Elle démontre que l'anaphylatoxine existe ou se forme aux dépens du sérum, à condition que le sérum subisse une certaine influence que diverses substances peuvent exercer; telles sont la gélose, le complexe anticorps-antigène.

L'anaphylaxie n'est pas l'opposé de l'immunité, mais doit être considérée comme un accident survenant au cours de la défense et résultant de celle-ci même.

— D'autres conférences ou communications furent faites, citons entre autres :

Interprétation des films sur le cancer de l'estomac, du colon et du corps thyroïde, par Victor PAUCHET (de Paris).

Contention mécanique des spasmes des contracture. L'athétose, par M. G. BIDOU (de Paris).

Ce que le praticien doit savoir de la sporotrichose, par M. LESPINNE (d'Ixelles).

Technique générale de la préparation des cavités dentaires, par M. MORINEAU (de Paris).

Les autoplasties faciales avec pédicules tubés, par M. Paul MOURRE (de Paris).

L'insuline dans le traitement du diabète, par M. Marcel LABBÉ (de Paris).

Les greffes testiculaires suivant la méthode de Voronoff, par M. DARTIGUES (de Paris).

Organisation de l'assistance aux estropiés, par M. Ch. DAM.

Faut-il énucléer les amygdales hypertrophiées? par M. G. HIGGET.

Les modifications à prévoir en Belgique à la loi sur les accidents du travail et aperçu sur les projets de loi concernant les assurances sociales, par M. G. GILBERT.

La colloïdothérapie, par M. KOPACZEWSKI.

Les stations thermales et climatiques doivent être avant tout des villes de cure, par M. V. GARDETTE.

Les lésions de l'urètre postérieur et leur traitement, par M. E. TANT.

Recherches récentes sur la transfusion du sang, par M. BÉCART (de Paris).

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les doses massives de salicylate de soude associées ou non aux procédés de choc et à l'autovaccinothérapie articulaire, par M. KEERSMACKERS (de Bruxelles).

Traitement de la pleurésie purulente par la pleurotomie à thorax fermé, par M. GRÉGOIRE (de Paris).

Le traitement moral : de l'autosuggestion à l'éducation de la volonté ou cure de direction, par M. Paul-Emile LÉVY (de Paris).

La correction par ostéotomie des déformations des membres inférieurs et, en particulier, des déformations rachitiques, par M. SORREL (de Berck).

Essai de réhabilitation de la prostatectomie périnéale, par M. G. LEMOINE (de Bruxelles).

Thérapeutique et voyages au long cours, par M. A. LOIR (du Havre).

La mobilisation active immédiate, par M. Ch. WILLEMS (de Liége).

Le traitement moderne du lupus, par M. HALKIN (de Liége).

Le cœur et les médicaments cardiaques, par le professeur HENRIJEAN (de Liége).

La chronaxie, test moderne d'excitabilité, par M. H. FREDERICQ (de Liége).

Entretien sur les mécanismes de production des métastases dans les tumeurs malignes, par M. FIRKET (de Liége).

*
* *

Cette simple énumération, bien incomplète, montre combien furent nombreux, variés et étendus les moyens de travail mis à la disposition des médecins qui suivirent les Journées médicales belges.

A côté de ces conférences et des démonstrations dans les hôpitaux, nos amis belges offrirent à leurs visiteurs les plus belles réceptions et les distractions les plus variées.

C'est ainsi que M. Max, le grand bourgmestre de Bruxelles, tint à recevoir lui-même les médecins dans le merveilleux Hôtel de ville de Bruxelles. Des soirées théâtrales brillantes, des excursions furent offertes aux médecins. Mais rien ne toucha plus le cœur des confrères français que l'hospitalité qui leur fut offerte par un grand nombre de médecins belges. La somptuosité de ces réceptions intimes n'eut d'égale que leur cordialité, aussi nombreux sont les médecins français qui retourneront l'an prochain aux Journées médicales de 1925. L. G.

LE PNEUMOTHORAX

ACCIDENTELLEMENT CRÉÉ

AU COURS DE LA PONCTION EXPLORATRICE

Par le docteur JEAN RICHARD.

Nous venons d'étudier une pathogénie tout à fait spéciale du pneumothorax accidentellement créé à l'occasion d'une ponction exploratrice. Outre l'originalité qu'elle comporte, il semble qu'il y ait à en tirer des applications pratiques.

Classiquement, le syndrome peut se constituer de quatre façons différentes :

1° A la suite d'une fistule pleuro-bronchique;

2° Par décomposition d'un épanchement putride ou par vomique d'une pleurésie purulente;

3° Par plaie pénétrante de la poitrine avec effraction de la plèvre pariétale;

4° Enfin à la suite d'une thoracentèse mal pratiquée (faute de technique amenant la pénétration de l'air par aspiration ou par refoulement).

Cet article a pour but d'étudier spécialement un des aspects du premier mode de production du syndrome. Le plus souvent la perforation pulmonaire se produit à l'occasion de la rupture d'un alvéole superficiel et la fistule pleuro-bronchique se constitue, la séreuse se trouvant bientôt mise en communication avec les ramifications bronchiques.

La tuberculose est responsable de 80 à 90 p. 100 des cas de pneumothorax médicaux : l'emphysème, la gangrène pulmonaire, les pleurésies purulentes, les bronchopneumonies, les infarctus étant des causes beaucoup moins importantes par leur fréquence.

L'effort, les secousses de toux ou du rire interviennent secondairement pour aider à la production de la fistule par augmentation brusque de la pression intrapulmonaire.

Dans le cas de tuberculose, la perforation succède aux progrès du processus ulcératif d'un tubercule

sous-pleural dont la nécrose s'étend à la plèvre et permet ainsi la constitution de la fistule broncho-pulmonaire.

Voilà en quelque sorte le mode *endogène* de production de la perforation, mais nous venons d'observer personnellement un second mode *exogène* de constitution de cette fistule.

Nous allons en rapporter succinctement deux observations résumées.

Observation I. — B..., trente-six ans, réformé de guerre, entre en novembre 1922 au Sanatorium de La Guiche pour tuberculose fibro-caséeuse bilatérale avec gros foyer de ramollissement progressif au niveau des deux tiers supérieurs du poumon droit; lésions en pleine évolution avec fièvre, mauvais état général et bacilles de Koch nombreux dans les crachats; *à gauche* une infiltration plus discrète et plus limitée, sans aucun signe d'activité présente.

En septembre 1923, il se plaint d'un point douloureux assez accentué dans la région de l'hypochondre droit, avec toux quinteuse, sèche, persistante malgré une révulsion sinapisée et une médication calmante. A l'examen stéthoscopique; obscurité à peu près totale au niveau de la base droite. Examiné à l'écran, on note, outre l'infiltration bilatérale, à droite, l'obscurcissement partiel du sinus costo-diaphragmatique, une diminution notable de l'amplitude diaphragmatique et une sorte de surélévation de l'hémidiaphragme de ce côté faisant croire à une pleurésie enkystée droite.

Le 1er septembre une ponction exploratrice est pratiquée au lit du malade avec une seringue munie d'une aiguille assez longue et d'un calibre un peu fort.

La ponction est poussée un peu loin, pour chercher à atteindre la nappe liquide paraissant profondément située, mais on ne ramène qu'un peu de sérosité sanguinolente, sans plus.

A huit heures du soir, le même jour, probablement après une quinte de toux un peu plus forte, est apparue une douleur violente et continue dans tout l'hémithorax droit.

Le lendemain, le malade se plaint, au moment de la visite, de phénomènes douloureux ressentis pendant une partie de la nuit dans tout le côté droit. A l'examen physique, signes de pneumothorax sur toute l'étendue de ce côté de la poitrine. A l'écran, large décollement, mais adhérence étendue d'une partie du lobe supérieur et symphyse diaphragmatique partielle.

L'hémidiaphragme droit a repris son aspect presque normal sous l'influence de la pression intrapleurale; le phénomène semblait donc dû à un tiraillement en feston par symphyse et sclérose à ce niveau. Aucune trace d'épanchement n'est constatée, comme on l'observe habituellement dans les cas de perforation pleuro-pulmonaire par ulcération d'un tubercule sous-pleural.

Examiné plusieurs jours de suite à l'écran, la bulle gazeuse persiste toujours et le collapsus partiel du poumon se maintient sans modification. La fièvre du sujet baisse et l'expectoration diminue notablement après avoir présenté une courte phase de recrudescence, comme c'est la règle dans ce cas. Cinq jours après, tout laissant prévoir l'oblitération de la fistule pleuro-bronchique, on mesure la pression avec le manomètre de Küss et l'on trouve -4.

Le pneumothorax ainsi constitué est entretenu ensuite progressivement et régulièrement, le poumon opposé gauche restant absolument silencieux et ne donnant lieu à aucun trouble quelconque. Pendant de longs mois, le malade présente une grande amélioration, jusqu'au jour où un épanchement purulent apparaît et de nouvelles localisations surviennent sous forme d'abcès froids de la paroi thoracique compromettant gravement le succès de la cure.

Obs. II. — (Le pneumothorax, dans ce cas, est plus douteux, aucune mesure manométrique n'ayant pu être prise. Observation seulement à rapprocher de la précédente par son histoire clinique). Il s'agit d'un malade que nous venons de voir tout récemment, mais dans des circonstances malheureusement bien différentes et sans qu'aucune observation précise n'ait pu être prise sur l'évolution de sa maladie.

Il vient à la consultation du dispensaire pour me demander avis relativement à une cure sanatoriale, après une poussée évolutive récente de tuberculose banale.

Il présente les signes suivants :

A la percussion : matité en avant et arrière, absolue *à gauche*;

A l'auscultation A GAUCHE : en avant, abolition totale du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés; en arrière, souffle à caractère amphorique sur toute l'étendue du champ pulmonaire avec râles humides et tintement à timbre nettement métallique. Cependant pas de bruit d'airain. (Il s'agit vraisemblablement d'un pneumothorax partiel avec lame pulmonaire interposée.)

Devant la présence de ces signes, je l'interroge à nouveau. Il me raconte qu'en 1911, alors qu'il avait présenté des phénomènes pleurétiques à gauche, son médecin lui avait fait de ce côté une ponction exploratrice, qui n'avait ramené que du sang pur, signature à peu près certaine de la blessure du poumon. Au même instant une douleur très vive, en coup de poignard, est ressentie par le malade dans tout le côté gauche. Je n'ai pas pu savoir s'il y avait eu d'autres signes (angoisse, dyspnée, etc.).

En tout cas, ces lésions pulmonaires gauches qui paraissent étendues sont admirablement bien tolérées depuis cette époque.

Nous avons cru devoir rapporter ces deux observations qui nous ont semblé tout d'abord curieuses par le mécanisme tout particulier du pneumothorax observé d'une façon sûre dans le premier cas, probable dans le second. C'est bien la ponction exploratrice qui a déterminé le syndrome par la petite blessure faite dans le poumon porteur de lésions tuberculeuses, dans la plus grande partie de son étendue.

En effet, il faut à notre avis, renoncer à admettre que le phénomène puisse se produire dans le cas de ponction exploratrice atteignant accidentellement le parenchyme pulmonaire sain.

Au moment de terminer ce travail, il nous a été signalé que, même avec l'emploi de fines aiguilles, des accidents analogues peuvent s'observer.

Néanmoins, outre la « curiosité clinique » de ces cas, il semble qu'il y ait à en tirer la conclusion que la ponction d'une séreuse malade, n'est pas toujours absolument inoffensive. Outre les accidents syncopaux passagers, ou même mortels qu'elle peut amener par traumatisme pleural, il faut, semble-t-il, signaler la possibilité de l'accident que nous rapportons ici. Et pour cela, l'emploi d'aiguilles aussi fines que possible, semble indispensable. En outre la blessure d'un poumon malade devra toujours être à éviter car elle n'a pas été inoffensive dans les cas rapportés ici.

Heureusement dans le premier cas que nous avons surtout bien étudié, le Forlanini a pu être poursuivi, le poumon symétrique étant indemne de lésions actives. Il n'en serait pas de même certainement dans tous les autres cas semblables.

De son côté, M. Dumarest signale, dans son ouvrage *La Pratique du pneumothorax thérapeutique* (Chapitre I, TECHNIQUE, APPAREILS) l'observation d'un pneumothorax d'origine pulmonaire, secondaire à la pénétration accidentelle du trocart de Küss, au cours d'un essai de création de pneumothorax thérapeutique. Il nous a semblé utile de rapprocher cet accident de celui que nous avons constaté au cours d'une simple ponction exploratrice, pour montrer l'importance qu'il y a à éviter, dans un cas comme dans l'autre, de dépasser l'espace pleural.

L'emploi de fines aiguilles pour les ponctions exploratrices, prudemment conduites d'une part,

l'observation rigoureuse de la technique de Küss, avec d'autre part, les oscillations du manomètre, permettront d'éviter cet accident.

ACTUALITÉS

UN NOUVEAU CRITIQUE DU TRANSFORMISME

Ainsi que je l'ai indiqué précédemment à propos du livre d'Osborn sur « L'origine et l'évolution de la vie » (*Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 79), la démolition de la théorie transformiste se poursuit aujourd'hui parmi les naturalistes et les biologistes, à la grande surprise du public, même instruit, qui avait fini par croire à cette théorie comme à un dogme. Il faut reconnaître du reste que Lamarckiens et Darwiniens avaient accepté, à titre de preuves, des faits insuffisamment contrôlés, sur lesquels les savants reviennent maintenant avec soin, découvrant ainsi finalement combien peu ces faits sont en réel accord avec les affirmations péremptoires du transformisme. Parmi ces savants, il convient de mentionner particulièrement M. L. Vialleton, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, dont les nombreux travaux d'embryologie, d'anatomie et de morphologie font partout autorité.

M. L. Vialleton a exposé dans un livre très remarquable et merveilleusement documenté (1) la série des recherches qui l'ont amené à dresser, contre certains principes essentiels de la doctrine évolutionniste, des arguments très sérieux. Ces arguments découlent de l'étude serrée des ceintures pelvienne et pectorale et des membres des vertébrés tétrapodes (amphibiens, reptiles, oiseaux, mammifères), de leur valeur morphologique comparée et de leurs homologies, étude à laquelle sont consacrées les deux premières parties de l'ouvrage. Malgré leur importance, il nous faut passer sur ces pages nourries d'observations rigoureuses dont l'analyse profitable exigerait de longs développements, pour nous consacrer plus spécialement à l'examen de la troisième et dernière partie : Critique morphologique du transformisme.

***

Cette critique est faite à un triple point de vue : à celui de l'embryologie, de l'anatomie comparée et de la systématique ou classification. Considérons-les successivement.

Une des lois fondamentales du transformisme est celle de Serres-Muller, dite loi biogénétique, que l'on formule souvent ainsi : l'ontogenèse est la répétition condensée de la phylogenèse; autrement dit, le développement embryonnaire rappelle et résume le développement historique de l'espèce. En effet, les phases successives par lesquelles l'œuf passe pour devenir un individu adulte doivent avoir une signification, et, du moment que l'on admet la descendance des organismes, cette signification ne peut être que celle d'exprimer les stades traversés par l'espèce au cours des temps géologiques. Par suite, chacune des phases que présente l'embryon correspond à un être antérieur qui a réellement vécu et dont dérive, par variations progressives, l'espèce actuelle, de telle sorte que l'ontogenèse permet d'établir de quels êtres cette espèce descend. Ainsi, d'une part, la loi biogénétique se justifie par l'hypothèse de la descendance et, de l'autre, elle apporte à celle-ci une indéniable vérification. C'est ce qui explique l'importance capitale que lui attribuent les transformistes.

Mais des objections ont déjà été faites à cette loi, notamment par K. Vogt et par O. Hertvig et on a été obligé de constater qu'il n'y a pas un parallélisme rigoureux entre l'ontogenèse et la phylogénèse et que le développement embryonnaire présente des condensations, des « falsifications » bien singulières. Ces objections, M. L. Vialleton les reprend et les précise. Sans doute, l'œuf ne développe pas des parties préformées en lui, qui n'auraient qu'à grandir pour donner les organes de l'adulte; il évolue au contraire du simple au composé par différenciation de parties nouvelles (épigenèse). Pendant cette évolution, il esquisse simplement des ébauches de plus en plus compliquées, et ce sont ces ébauches que les transformistes prétendent assimiler aux ancêtres successifs de l'espèce. Or, cette assimilation est absolument illégitime. Comme le montre très bien M. L. Vialleton, ces ébauches ne sauraient être rattachées à une forme inférieure quelconque, attendu qu'elles s'attestent sans valeur fonctionnelle propre, bien qu'elles soient susceptibles de se développer en organes ultérieurement aptes à fonctionner. C'est ainsi que les protovertèbres d'un embryon de mammifère ne répondent nullement à celles de l'amphioxus ni aux corps vertébraux d'un poisson très simple. De même, il est erroné de comparer les arcs viscéraux de l'homme aux arcs branchiaux des poissons et d'y voir la preuve que nous descendons d'un ancêtre pisciforme, attendu que ces arcs subissent des changements très différents et que ceux de l'homme ne sont en aucune manière une transformation ou un perfectionnement de ceux des poissons. Jamais, il n'a été possible de trouver dans une forme embryonnaire et avec des possibilités fonctionnelles l'analogue exact d'une forme inférieure vivante ou ayant vécu. En réalité, puisqu'il s'agit d'une épigenèse, les premières ébauches se ressemblent et se ressemblent d'autant plus longtemps que l'on compare des embryons de types plus voisins, mais il arrive un moment où les ébauches se différencient nettement, sans que l'on puisse, ni par l'observation ni par l'expérience, établir entre elles aucune transition ou des formes de passage, parce que ces passages, entraînant un bouleversement général, sont incompatibles avec la vie de l'embryon. Les ressemblances des ébauches embryonnaires découlent des conditions mécaniques du développement et ne peuvent pas figurer l'image des organismes ancestraux. Par conséquent la loi biogénétique n'a point la valeur explicative que le transformisme lui prête et l'embryologie ne saurait nous orienter pour reconstituer plausiblement la généalogie des espèces.

***

Au point de vue de l'anatomie comparée et de la systématique, la critique ne se montre guère plus favorable au transformisme. M. L. Vialleton fait justement remarquer que les comparaisons établies entre des séries d'organes homologues ne four-

(1) L. Vialleton. *Morphologie générale. Membres et ceintures des vertébrés tétrapodes. Critique morphologique du transformisme*, 1 vol. in-8 avec 270 fig. dans le texte, 1924, G. Doin, Paris.

nissent pas les preuves demandées parce qu'on ne tient un compte suffisant ni de leurs connexions ni de leur état sur le vivant. Certains anatomistes arrivent ainsi à des assimilations erronées. Voilà HUXLEY, par exemple, qui, dans ses *Eléments d'anatomie comparée des vertébrés,* représente un crocodile à côté d'un dinosaurien et d'un oiseau, mais avec le membre postérieur dressé pour montrer comment le membre horizontal des crocodiles a dû passer au membre dressé des vertébrés supérieurs. Le savant anglais a ainsi artificiellement supprimé la difficulté, car précisément ce passage ne s'observe nulle part dans la nature. De telles erreurs tendancieuses ont au surplus été souvent commises par les auteurs, notamment pour les reconstitutions d'animaux disparus. C'est ainsi que, dans la reconstitution de l'ancêtre supposé des oiseaux ou *proavis,* NOPCSA a donné au membre postérieur une disposition qui ne peut s'observer que chez l'homme, et que OSBORN, dans la reconstitution du *struthiomimus,* a imposé à ce singulier saurien une courbure concave de la colonne vertébrale absolument incompréhensible et qui ne pourrait se réaliser qu'après une fracture. Ayant constaté, à la lumière d'une étude morphologique très poussée, toutes ces difficultés, on est forcé d'admettre que les prétendues formes de passage des grands types d'organisation les unes aux autres n'ont encore jamais été réellement observées. Si donc les homologies expriment les lois générales de la structure organique, elles n'indiquent en aucune manière qu'il y ait relations phylogénétiques entre les parties homologues.

Les classifications ont de tout temps visé à sérier les êtres suivant leur degré de perfectionnement et à grouper ensemble les êtres qui se ressemblent le plus. Pour grouper ces êtres, on a dû se baser sur certains caractères dont l'existence entraînait celle de tous les autres, en vertu de la *loi de corrélation* de G. CUVIER. Mais le transformisme a pensé que la seule classification naturelle consiste à retrouver la filiation des organismes. Comme l'ont montré les affabulations romantiques de HAECKEL, la systématique se présentait sous l'aspect d'un arbre au tronc indéfiniment ramifié. De l'arbre touffu de la vie, nous ne voyons aujourd'hui que les dernières pousses et la besogne du naturaliste consiste à descendre, en s'aidant de l'embryologie, de l'anatomie comparée et de la paléontologie, de l'ultime ramure aux branches principales puis au tronc unique dont elles dérivent. Avec M. L. VIALLETON, nous avons vu que ni l'embryologie ni l'anatomie comparée ne permettent de remonter bien loin dans l'ascendance des espèces et que partout nous aboutissons à des types irréductibles. Serons-nous plus heureux avec la paléontologie? En aucune façon. D'abord il est des êtres, à la vérité rares, qui ont survécu depuis les temps les plus reculés sans changements appréciables, ce qui fait douter un peu de la valeur transformatrice des facteurs de l'évolution. En second lieu, les premières faunes, celles du cambrien et du précambrien, exhibent déjà des formes très évoluées et très tranchées. On pourrait objecter que les formes préparatoires, « prophétiques », n'ont pas laissé de traces dans les assises antérieures parce qu'elles ont été détruites par le métamorphisme. Mais alors comment se fait-il que les grands types d'organisation aient apparu dès le début avec leurs caractères fondamentaux, qui sont encore ceux de la faune vivante? D'ailleurs les nouveaux types apparus postérieurement, reptiles, oiseaux, mammifères, ne se sont-ils pas montrés d'emblée avec leurs traits essentiels? Enfin, si l'on a pu restaurer quelques lignées, et le plus bel exemple est celui des équidés, ces lignées sont très courtes et ne dépassent guère le genre, tout au plus la famille, de telle sorte que, conformément à l'opinion de DÉPÉRET et à celle de DACQUÉ, la classification nous apparaît, non sous forme d'un arbre à rameaux divergents, mais sous celle de rameaux parallèles et multiples entre lesquels n'a pu être décelée aucune origine commune.

* * *

Nous sommes donc ramenés, par des voies différentes, aux grands types d'organisation de G. CUVIER. La morphologie en a sans doute augmenté le nombre, mais l'idée maîtresse de l'illustre naturaliste n'en persiste pas moins. Entre ces types, aucune forme possible de passage, aucun rapport de descendance, car ils existent en eux-mêmes et par eux-mêmes et l'hypothèse de SERGI, supposant que les divers types sont issus de protoplasmas primitifs différents, est inadmissible parce qu'elle suppose une évolution étendue dont on ne perçoit aucune trace. Il s'agit donc d'un retour au créationnisme, mais à un créationnisme mitigé, puisque M. L. VIALLETON concède des variations dans les modalités du type, variations parfois assez étendues, mais qui, en aucun cas, ne peuvent sortir du type et qui reconnaissent pour causes soit des mutations, soit des adaptations ou plus exactement des préadaptations s'opérant pendant la période embryonnaire. C'est la négation pure et simple du transformisme classique.

Ainsi de l'édifice construit avec tant d'enthousiasme pendant la dernière moitié du XIXe siècle, il ne reste que des ruines. Nous devons être reconnaissants à M. L. VIALLETON, dont l'ouvrage restera un modèle de méthode et d'érudition, d'avoir prouvé la nécessité de reviser les données morphologiques et de les situer, pour les bien comprendre, dans le cadre complexe de la vie. Mais, ayant taillé, il faut recoudre. Le type d'organisation est une conception mystique et la science ne peut s'en contenter. Il importe à la morphologie de ne pas s'en tenir là et de témoigner de « sa vitalité nouvelle, riche en promesses de fruits savoureux » dont parle en terminant M. L. VIALLETON, en s'efforçant de combler maintenant la lacune que sa critique impitoyable a créée.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AOUT 1924)

De la variation du pouvoir anesthésique du chlorhydrate de cocaïne en fonction de la teneur en ions hydrogène. — M. J. RÉGNIER, en étudiant l'effet produit sur la cornée du lapin par l'application de solutions antiseptiques, a constaté que le pouvoir anesthésique augmente avec l'alcalination de la solution, mais qu'il n'y a pas simple proportionalité entre le P_H et le pouvoir anesthésique. De plus, l'absorption par la cornée de la solution anesthésique est beaucoup plus rapide et plus complète pour les solutions à P_H élevé que pour celles à P_H faible; enfin la rapidité de l'anesthésie est plus grande pour les P_H alcalins que pour les P_H acides.

(SÉANCE DU 11 AOUT 1924)

Contribution à la connaissance des infections inapparentes (exemples tirés de l'étude expérimentale du typhus exanthématique). — M. Charles NICOLLE avait montré dès 1911 que certains cobayes, inoculés de typhus exanthématique, ne présentaient pas la fièvre caractéristique, et que cependant leur sang était virulent. C'est à ce type d'infections aiguës, septicémiques, impossibles à reconnaître autrement que par l'inoculation, que MM. Nicolle et Lebailly ont donné en 1919 le nom d'*infections inapparentes.*

D'autres animaux, le rat (blanc ou gris), la souris blanche, une gerbille, contractent aussi le typhus sous forme d'infection inapparente; l'immunité ainsi obtenue est de courte durée.

Ces faits paraissent avoir une portée générale et enseignent que l'absence de symptômes chez un animal inoculé ne prouve pas nécessairement un état réfractaire ou son immunité acquise; que bien que certaines maladies humaines ne semblent pas jusqu'ici inoculables aux animaux, on peut penser que certaines espèces y sont sensibles sans le témoigner cliniquement et sont capables de les transmettre; enfin que les espèces sensibles, les individus anciennement atteints et réputés réfractaires reprennent parfois la maladie sous forme inapparente et la transmettent. M. Ch. Nicolle a déjà rapporté quelques faits qui témoignent en ce sens pour la rougeole.

L'auteur insiste en terminant sur la nécessité d'éviter toute confusion entre le terme nouveau d'*infection inapparente* et le terme ancien d'*infection latente.*

Sur les propriétés de l'anatoxine diphtérique. — M. G. RAMON rappelle que des expériences sur les propriétés immunisantes de l'anatoxine ont été confirmées en médecine humaine par MM. Darré, Loiseau et Laffaille, Zoeller, Lereboullet et Joannon.

Ces propriétés apparaissent dès maintenant comme très stables; que l'anatoxine ait été conservée à la glacière ou au laboratoire, son activité in vitro et in vivo n'est pas sensiblement modifiée, même au bout d'un an.

L'anatoxine diphtérique peut être chauffée à 65 degrés et même 70 degrés, sans perdre ses propriétés, et M. G. Ramon a pu immuniser des chevaux aussi bien avec de l'anatoxine chauffée qu'avec de l'anatoxine non chauffée.

Cette résistance au chauffage est importante pour la pratique, puisqu'elle permet la tyndallisation de l'anatoxine.

Influence du radical « cinnamique » sur la stimulation des organes hématopoiétiques. — MM. SIMONESCO et André LANCIEN.

REVUE DES THÈSES

La section de l'isthme ou symphyséotomie dans le rein à fer à cheval [Travail du service d'urologie de l'hôpital Saint-Joseph] (1), par le docteur Jean KESSELER.

CONCLUSIONS. — Le rein en fer à cheval sain ou supposé sain, c'est-à-dire ne présentant aucune lésion pathologique telle que l'hydronéphrose, les calculs, la tuberculose, ou les tumeurs, lésion qui peut attirer l'attention sur lui, et faciliter son diagnostic, peut néanmoins être reconnu sur le vivant.

Ce diagnostic, difficile encore, il est vrai, à l'heure actuelle, n'en est pas moins à la portée d'un praticien tant soit peu exercé, pourvu qu'il ait présente à la mémoire l'existence de cette anomalie.

Le chirurgien devra se baser : a) *Sur l'étude du syndrome douloureux*, parfaitement décrit par Rovsing, à tel point que la plupart des auteurs qui ont étudié la question n'ont rien ajouté d'important au tableau clinique qu'il en a fait.

Ce syndrome consiste particulièrement en douleurs relevant de l'irritation du plexus solaire déterminée par la compression exercée sur lui par l'isthme ; ces douleurs sont exagérées par certaines positions et par certains mouvements du malade ; il existe, en outre, de la contracture, des troubles digestifs et intestinaux. b) *Sur la palpation*, qui est capitale puisque, bien conduite, elle a pu, à elle seule, permettre de poser un diagnostic certain. c) *Sur les explorations instrumentales.* Si la radiographie peut donner d'excellentes indications (il est des cas où l'isthme lui-même a pu être identifié nettement), la pyélographie reste le moyen le plus efficace pour reconnaître l'anomalie.

Quant à l'emploi des sondes opaques, à l'examen cystoscopique et au cathétérisme des uretères, on ne peut dire qu'ils soient d'une utilité manifeste pour établir le diagnostic.

Le diagnostic du rein en fer à cheval devra être fait avec les tumeurs rétro-péritonéales, notamment les tumeurs du pancréas, et parfois les affections rénales ne concernant pas un rein en fer à cheval ; et enfin avec les tumeurs et les affections de l'estomac, qui ont pu donner facilement le change. Ce diagnostic différentiel sera facilité par la notion que l'on devra toujours actuellement avoir présente à l'esprit, de l'existence possible de l'anomalie. Le traitement opératoire du rein en fer à cheval douloureux consistera en une section de l'isthme, ou symphyséotomie.

Parmi les trois voies d'abord : *a*) Voie lombaire habituelle; *b*) Incision de Péan ; *c*) Voie transpéritonéale, il faudra choisir l'incision de Péan, qui donne le maximum de jour et permet un accès facile sur l'isthme, dans les meilleures conditions possibles, les deux autres voies d'abord n'ayant été employées qu'accidentellement par les auteurs, le diagnostic exact n'ayant pas été posé d'avance.

La technique opératoire consistera en une méthode simple : libération de la face postérieure de l'isthme à la sonde cannelée ; section franche de celui-ci avec ou sans hémostase; application de chaque côté, sur la tranche de section de deux à quatre points de suture suivant la hauteur et l'épaisseur de l'isthme.

Les résultats de la symphyséotomie sont en général très favorables, et les douleurs disparaissent complètement après l'intervention.

(1) *Thèse de Paris*, 1924, Amédée Legrand, éditeur.

Contribution à l'étude du rachitisme. Pathogénie. Etiologie. Traitement (1), par Mme G. POUCHET-SOUFFLAND.

CONCLUSIONS. — 1° Le rôle du système nerveux dans l'étiologie du rachitisme, paraît avoir été trop négligé jusqu'ici; et il y aurait lieu de rechercher, tant par l'observation que par l'expérience, jusqu'à quel point il intervient dans cette étiologie.

2° L'influence des *vitamines* est actuellement l'objet d'expériences qui ont conduit déjà à des résultats des plus importants.

En régissant l'utilisation, et par conséquent la fixation dans l'économie des substances destinées à subvenir aux besoins de la cellule, ces *facteurs de la nutrition* favorisent le fonctionnement normal du système nerveux.

3° Le développement anormal des rachitiques, tant nourris au sein que nourris au biberon, à l'aide de laits frais ou stérilisés [et notre statistique portant sur un nombre assez considérable (720) de cas confirme cette assertion], tend à faire admettre dans la genèse de cette affection un trouble de la cellule nerveuse conditionnant les troubles digestifs, indiscutables, et non sous leur dépendance comme il a été admis jusqu'à présent.

Les excellents effets obtenus dans le traitement rationnel du rachitisme à l'aide des modificateurs de la nutrition : phosphore, mercure, iode, calcium, magnésium, fer, entraînant une modification secondaire du système nerveux soit central, soit sympathique, viennent à l'appui de l'importance du rôle qu'il faut attribuer au système nerveux dans l'étiologie du rachitisme.

Les échecs observés à la suite de la seule modification du régime alimentaire ou de l'emploi des substances opothérapiques : adrénaline, corps thyroïde, etc., sont encore en parfaite concordance avec cette opinion. La modification du régime alimentaire sans intervention des médicaments nervins dont nous préconisons l'emploi est presque toujours mal acceptée en raison de l'inappétence, de l'atonie cellulaire et des troubles gastro-intestinaux coexistant avec le rachitisme.

(1) *Th. de Paris*, Amédée Legrand.

La leucémie à grande cellule indifférenciée chez l'enfant (1), par le docteur Cécile WACHI, ancien externe des hôpitaux de Paris.

CONCLUSIONS. — I. La leucémie à grande cellule indifférenciée est une affection rare chez l'enfant ; elle est cependant la plus fréquente des leucémies observées dans cette période de la vie.

II. La leucémie à grande cellule indifférenciée se présente chez l'enfant avec les mêmes caractères cliniques que chez l'adulte : état infectieux avec hypertrophie de la rate et des ganglions, flèvre, anémie, hémorragies. Chez l'enfant, les symptômes pharyngés sont parfois de première importance ; ils dominent la symptomatologie clinique et peuvent occasionner des erreurs de diagnostic.

III. Le sang des malades atteints de leucémie à grande cellule indifférenciée présente les caractères suivants : diminution marquée et progressive du nombre des hématites, avec conservation de la valeur globulaire, hyperleucocytose moyenne avec prédominance d'une variété cellulaire spéciale, la cellule indifférenciée ou cellule souche d'Ehrlich, qui constitue un véritable signe pathognomonique de la maladie.

IV. — Chez l'enfant, malgré ces caractères cliniques et hématologiques, le diagnostic de leucémie à grande cellule indifférenciée est parfois délicat. Il existe en somme des syndromes anémiques et des syndromes leucémiques entre lesquels se placent toutes les formes de transition.

V. En l'absence de toute donnée étiologique précise, il n'existe aucun traitement efficace de la leucémie à grande cellule indifférenciée.

LIVRES NOUVEAUX

Transfusion du sang (2), par Victor PAUCHET et Auguste BÉCART.

La transfusion du sang reste à l'ordre du jour. C'est un moyen héroïque dans la pratique médicale, chirurgicale, obstétricale et infantile. Ses indications sont multiples : hémorragies aiguës, hémorragies répétées, maladies du sang, goitre exophtalmique, anémie pernicieuse, dépression pré ou postopératoire. Tous ces cas pathologiques sont justiciables de la transfusion. Les indications sont quotidiennes et si on ne s'en sert pas plus souvent, c'est parce que le praticien n'est pas organisé pour cela.

En suivant les indications de ce livre, tout chirurgien, tout médecin, tout accoucheur, tout spécialiste, doit pouvoir exécuter une transfusion du sang.

On trouvera dans cet ouvrage après un court chapitre « *Historique* », les *Indications chirurgicales*, puis *médicales* de la transfusion. Les *accidents consécutifs*, les *groupes sanguins* sont décrits ensuite avec tous les détails désirés. Le *choix du donneur* est le chapitre qui précède celui très important des *méthodes de transfusion du sang*.

Les auteurs conseillent deux méthodes : 1° la méthode du sang stabilisé, c'est-à-dire rendu incoagulable par addition de citrate de soude ou par des traces de sulfarsenol. Le sang se conserve ainsi sans se coaguler. C'est le procédé à recommander aux praticiens et aux confrères qui font peu usage de la transfusion ; 2° celle du sang pur. Pour que le sang puisse être employé pur, il faut faire usage d'un matériel paraffiné ou vaseliné. En effet, le métal, le verre, le caoutchouc, provoquent la coagulation. Le paraffinage préalable empêche la coagulation. La seringue de Bécart, présentée à l'Académie de médecine, est un instrument qui rend pratique et facile cette opération.

Bécart a pratiqué plus de 1.000 transfusions du sang. C'est le résultat de sa pratique qui a été exposée dans ce volume que chaque praticien devra avoir dans sa bibliothèque.

L. G.

(1) *Thèse de Paris*, 1924, Marcel Vigné, 13, rue de l'École-de-Médecine

(2) Un vol. in-8 de 186 pages, avec 52 figures dans le texte. — Prix : 18 fr. ; franco, France : 19 fr. 80. — Paris, G. Doin.

La Stomatologie en clientèle (1), par le docteur F. NIDERGANG, ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

Abrégé de l'art dentaire en pratique médicale, ce volume comble une lacune dans la littérature stomalogique, il constitue par excellence le manuel du médecin désirant pratiquer l'art dentaire courant.

Une première partie comprend les *Notions indispensables*, la *description des instruments*, les *petites manœuvres opératoires précédant le traitement d'une carie*, les *affections dentaires*, leur traitement et leurs complications, etc.

Une seconde partie particulièrement technique traite des *Extractions* et de la *Prothèse inamovible et amovible*, elle se termine par quelques notions de *Prothèse de laboratoire*.

Une troisième partie, très courte, donne une description de l'orthodontie à la portée du praticien.

L. G.

CONGRÈS

XIe CONGRÈS D'HYGIÈNE (Paris, 21, 22, 23 et 24 octobre 1924.) — Le XIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre de l'Instruction publique et de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène ; il tiendra séance les mardi 21, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24 octobre 1924, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. L. Mirman, ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, conseiller-maître à la Cour des comptes, président de la Société pour 1924.

La Société de médecine publique assume tous les frais ; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent prendre part au Congrès.

PROGRAMME. — *Lundi 20 octobre.* — A 15 heures, à l'occasion du Congrès : « Réunion à l'Institut Pasteur des membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français ».

Mardi 21 octobre. — A 9 heures, ouverture du Congrès. Discours de M. le président de la Société, de M. le ministre de l'Instruction publique et de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène.

Rapport général : M. le docteur Dequidt : « L'enseignement de l'hygiène en France ; Etat actuel de la question ».

Rapport général : M. le professeur Léon Bernard : « Rapport préliminaire sur l'enseignement de l'hygiène à l'étranger ».

A 14 heures. Rapport de M. Marié-Davy et Mme Daumézon « Enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement primaire ».

Rapport de M. le docteur Pacaud et de Mlle Th. Robert : « Enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement secondaire ».

Communications : M. le docteur Dufestel : « L'enseignement de l'hygiène à l'école primaire ».

M. Léon Bideau : « La lutte contre le taudis, à la campagne et à la ville, par l'Ecole primaire ».

M. le médecin inspecteur Camail : « L'enseignement pratique de l'hygiène dans les écoles » ; résultats obtenus par la Société l'hygiène par l'exemple.

M. le docteur Paul Parisot : « Résultats de deux ans (1923-1924) d'enseignement de l'hygiène aux enfants des écoles primaires de la Ville de Nancy ».

M. le docteur Moncenix : « Organisation et fonctionnement de l'inspection médicale des écoles de la Ville de Grenoble ; enseignement de l'hygiène dans les principaux établissements scolaires ».

M. le docteur Cavaillon et Mlle Evelyn Walcker : « L'enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement primaire du département de l'Aisne ». Résultats obtenus par l'Association d'hygiène sociale de l'Aisne.

M. le docteur F. Humbert : « Rôle joué dans les divers pays par la Croix-Rouge pour l'enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement primaire ».

M. le docteur Salmon : « La protection de la santé publique en Angleterre, notamment la protection de l'enfance et

(1) In-8° 1924, 97 fig. Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine ... ls.

l'enseignement de la pratique de l'hygiène (observations et considérations à propos de l'inter-échange sanitaire en Grande-Bretagne, mars-avril 1924) ».

M. le docteur Miron (Bucarest) : « L'enseignement de l'hygiène en Roumanie ».

Mme le docteur Montreuil-Straus : « Les possibilités actuelles de l'enseignement de l'hygiène sexuelle aux jeunes filles, en France ».

M. le docteur Chauvois : « Des malades que la pédagogie doit connaître et l'hygiène empêcher; les désanglés du ventre ».

Mercredi 22 octobre. — A 9 heures. Rapport : M. Frois : « Enseignement de l'hygiène dans les établissements publics d'enseignement technique ».

Communications : M. H. Portevin : « L'hygiène à l'école par l'exemple, spécialement dans l'enseignemeut technique ».

M. le docteur Gommès : « L'enseignement de l'hygiène ménagère ».

MM. les docteurs Clerc et Schaeffer : « L'enseignement de l'hygiène aux officiers de la marine marchande ».

M. le docteur Schaeffer : « L'enseignement de l'hygiène à bord du navire-école Jacques Cartier ».

M. le docteur Ichok : « L'enseignement de l'hygiène à l'Ecole des hautes-études sociales ».

M. le docteur Sicard de Plauzoles : « Un cours libre d'hygiène sociale à la Sorbonne ».

M. le médecin principal Jullien : « Une expérience personnelle d'enseignement d'hygiène dans les établissements d'instruction. Par qui doit être donné cet enseignement? »

A 14 heures. Rapport : M. le professeur Courmont et M. le professeur agrégé Rochaix : « L'enseignement de l'hygiène dans les Facultés de médecine ».

Communications : M. le professeur Bourdinière (Rennes) : « L'enseignement de l'hygiène dans les Facultés et Ecoles de médecine ».

M. le médecin-major des Cilleuls : « L'enseignement de l'hygiène dans les écoles militaires ».

M. le professeur Blayac : « La place de la géologie dans l'enseignement de l'hygiène (certificat d'hygiène des Facultés de médecine) ».

M. le docteur Forestier : « L'enseignement de l'hygiène destiné aux candidats-fonctionnaires de l'hygiène publique en Grande-Bretagne ».

M. le docteur Lenglet : « L'enseignement de l'hygiène du point de vue syndical ».

Mlle Delagrange et Mme Gamble : « Ecoles d'infirmières et enseignement de l'hygiène; de la nécessité de la pratique de l'hygiène dans la vie personnelle des infirmières ».

M. le docteur Kouindjy : « Le rôle du médecin dans l'éducation physique ».

Jeudi 23 octobre. — A 9 heures. Revue générale des questions d'hygiène publiées pendant les années 1923-1924 et se rapportant à des questions :

1° M. le docteur Dujarric de la Rivière : « Hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire ».

2° M. le docteur Briau « Hygiène générale et sociale ».

Rapport : M. le docteur Diénert : « De l'épuratiou des eaux usées. Qu'est-elle actuellement? Que peut-elle et que doit-elle être (épandage, épuration biologique, boues activées, épuration chimique)? »

Communications ; MM. les docteurs Vigne et R. Crémieu : « La standardisation des méthodes pour l'analyse bactériologique des eaux ».

M. Eug. Fouard : « La réalisation pratique de l'ultra-filtre à membrane de collodion pour la stérilisation de l'eau d'alimentation et de tous les liquides (présentation d'appareils) ».

M. le docteur Moncenix : « Installation défectueuse des fosses septiques dans les habitations à bon marché de la banlieue des villes; conditions à imposer ».

A 14 heures. Communications : M. le docteur Armand-Delille : « Le rôle de la lumière solaire dans la croissance de l'enfant et l'équilibre physiologique de l'adulte ».

MM. les docteurs Aublant, Dubois, et le professeur Lisbonne : « Recrudescence de la fièvre ondulante dans le Midi de la France. Essai de prophylaxie ».

Mme L.-G. Daumézon : « Tuberculose et cancer à Narbonne, de 1898 à 1923 ».

A 16 heures. Visite de l'Institut Lannelongue à Vanves. M. le professeur Lafosse : « L'Institut Lannelongue et l'enseignement de l'hygiène au personnel sanitaire ».

A 20 heures. Banquet.

Vendredi 24 octobre. — Visites à Reims : Cité ouvrière. Foyer Rémois sous la conduite de M. Charbonneaux; installations d'hygiène urbaine (appareils à javellisation, refoulement des matières de vidange, plans de reconstruction) sous la direction de M. le docteur Téchoère, Directeur du bureau d'hygiène. — Visite des monuments. Visite de la cathédrale. — Une excursion à l'ancien front de bataille est en voie d'organisation. — Visite aux caves de la Maison L. Pommery et lunch. — Départ le matin et rentrée le soir. Seul le prix du transport en chemin de fer est à la charge des Congressistes, aller et retour : 72 fr. 20 en 1re classe et 50 fr. 35 en 2e classe. Ce prix pourra être abaissé si le nombre des Congressistes est suffisant. Mais les billets collectifs devant être demandés plus de quinze jours à l'avance prière de vouloir bien s'inscrire dès que possible auprès du docteur Dujarric de la Rivière, secrétaire général, Institut Pasteur, Paris (XVe). Les dames sont admises.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications et de rapports devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les rapports ne devront pas avoir plus de quinze pages et les communications plus de six pages (pages de 39 lignes, lignes de 52 lettres), format de la *Revue d'hygiène*;

2° Les manuscrits devront être remis en séance;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs;

4° Les demandes de tirés à part doivent être adressées directement à la Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe);

5° Remettre en séance un résumé (10 à 15 lignes) destiné à la presse.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FAMILLE A PRIX RÉDUITS. — L'attention des familles désireuses de se rendre dans les villes d'eaux, centres de villégiature et de tourisme, etc., du Réseau P.-L.-M., est spécialement appelée sur la délivrance, dans toutes les gares, de billets d'aller et retour à prix réduits aux familles d'au moins trois personnes payant place entière et effectuant un voyage de 300 kilomètres au moins, retour compris.

Les billets peuvent comprendre, en dehors du chef de famille ou de sa femme : les ascendants du chef de famille et ceux de sa femme; leurs enfants non mariés, leurs enfants mariés et les conjoints de ces derniers; leurs petits-enfants non mariés; une nourrice pour tout enfant de moins de trois ans; deux domestiques (cuisinier ou cuisinière, valet ou femme de chambre, bonne d'enfant), pour les familles de trois à six personnes (chaque enfant de trois à sept ans comptant, dans ce cas, pour une personne) et un domestique en plus par groupe ou par fraction de groupe de quatre membres de la famille en sus de six.

Réduction de prix. — Les prix des billets comportent une réduction de 50 p. 100 pour la troisième personne et de 75 p. 100 pour la quatrième personne et chacune des suivantes. Lorsque le billet est demandé pour quatre personnes au moins et pour un parcours supérieur à 400 kilomètres, une réduction supplémentaire, variant entre 10 p. 100 et 45 p. 100 suivant le nombre des personnes, est, en outre, consentie sur la fraction de prix correspondant au parcours à effectuer en excédent de 400 kilomètres.

Validité. — Les billets délivrés jusqu'au 30 septembre sont valables jusqu'au 5 novembre. Ceux délivrés du 1er octobre au 14 juin sont valables 33 jours. Dans certains cas, il est accordé une ou deux prolongations de 30 jours.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bréviaire du botaniste. Florule de poche des genres et des espèces complexes ainsi que de leurs hybrides, par P. FOURNIER. — En fascicules à 3 fr. — Saint-Dizier (Haute-Marne), chez l'auteur, 1 *bis*, rue des Alliés.

Le Métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire, par MONCEAUX. 1 vol., 173 pages. — Paris, Legrand.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1924, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (bureau du service de santé) avant le 22 novembre 1924, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Hopital civil d'Oran. — Un concours pour l'emploi de médecin suppléant de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital civil d'Oran sera ouvert à Alger le 24 novembre 1924.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital d'Oran, à la préfecture d'Oran (bureau de l'Assistance publique) ou au Gouvernement général de l'Algérie (intérieur, 2e bureau).

Ministère du travail, de l'hygiène et de la prévoyance sociales. — Le *Journal officiel* du 28 août 1924 (no 228, p. 7970) publie une circulaire aux préfets. Cette circulaire leur fait remarquer que « les attributions de l'inspecteur d'hygiène sont ou mal limitées ou incomplètement définies. A de très rares exceptions, l'importance des fonctions de l'inspecteur d'hygiène n'est pas suffisamment comprise et il n'est établi aucun programme de ses fonctions et de ses devoirs.

Par contre, dans chaque département existe un inspecteur de l'assistance publique à qui, parfois, sont confiées en totalité ou en partie, des fonctions d'inspecteur d'hygiène ; dans quelques départements, par contre, l'inspecteur d'hygiène est chargé des services de puériculture qui sont de la compétence de l'inspecteur de l'assistance publique. Il y a là une confusion de compétence et d'attribution qu'il y a lieu de faire cesser en établissant nettement dans quelles conditions doivent être assurés dans le département les services de l'inspection de l'assistance publique et ceux de l'inspection d'hygiène. Aussi, m'a-t-il paru utile de vous adresser ci-dessous un règlement type sur lequel vous pourrez baser, dans votre département, l'organisation des services de protection de la maternité et de l'enfance et ceux de l'hygiène ».

Cette circulaire est suivie de l'extrait du rapport de M. Gadaud, député, sur les modifications à apporter à la loi de 1902, rapport qui se termine par le résumé ci-après :

« L'organisation des inspections d'hygiène peut être représentée par le schéma suivant :

Le médecin inspecteur d'hygiène doit :

1° Avoir la direction effective :

Du service administratif de l'inspection d'hygiène (personnel de ses bureaux, statistique sanitaire, étude des questions d'hygiène générale, etc).

Du service départemental de désinfection et de la lutte contre les épidémies.

Du service départemental de la vaccine.

Du laboratoire départemental de bactériologie (sans, de préférence, en être le chef).

Du service anticancéreux.

De l'inspection médicale des écoles ;

2° Avoir la direction effective de la lutte antivénérienne ou représenter le préfet auprès de l'organisation qui en est chargée ;

3° Apporter son concours technique :

1. A l'inspectenr de l'assistance publique dans la protection de la maternité et de l'enfance.

2. A l'office départemental des pupilles de la nation ;

4° Etre en liaison effective avec le conseil départemental d'hygiène et les divisions de la préfecture traitant des questions se rapportant à l'hygiène ;

5° Représenter le préfet dans les rapports sanitaires avec les communes dotées ou non de bureaux municipaux d'hygiène ;

6° Etre un élément actif de liaison et de coordination entre l'administration et les œuvres de protection de la santé publique.

Si, de préférence, les inspections départementales d'hygiène doivent être organisées conformément à ces directions, il va toutefois de soi que, dans le cas où une inspection d'hygiène, tout en possédant une organisation différente, rend

tous les services nécessaires, il est inutile d'envisager un remaniement d'ensemble de son organisation.

Dans le cas contraire, vous voudrez bien m'en rendre compte et m'informer des mesures qu'il vous appartient de prendre vis-à-vis du conseil général afin de remédier à cette situation et de réaliser l'organisation nécessaire à une protection efficace de la santé publique. »

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 30 août 1924 (n° 230 p. 8026), publie un décret en date du 27 août, ajoutant à la liste des membres du conseil de gouvernement de l'Afrique Equatoriale Française et de la Commission permanente du Conseil « le directeur du service de santé de la colonie. »

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1924 commencera le 1er octobre et sera terminée le 13 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 18 au 22 décembre.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Roger.

Hygiène et épidémiologie exotiques. — Professeurs : MM. Marchoux, Teissier, Tanon.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Jeanselme.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lecène.

Ophtalmologie. — Professeur : M. de Lapersonne.

Réglements sanitaires. — Professeur : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° Les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine; 3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris; 4° Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité; 5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 10 fr.; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie), 350 fr.; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3 h.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les docteurs Metzger, Le Lorier, Ecaille, agrégés, accoucheurs des hôpitaux; Vaudescal, agrégé; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, chef de clinique et anciens chefs de clinique; Réglade, Cerné, chefs de clinique adjoints; Chomé, assistés de MM. de Manet, Joanny, Vidal, La Burthe et Chappaz, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 15 septembre 1924. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

GASTROTONOMÉTRIE ET COPROLOGIE CLINIQUES. — EXPLORATION DU DUODÉNUM. — Le docteur René GAULTIER, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris fera du 22 au 27 septembre de dix à onze heures à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations de *gastrotonométrie clinique* (méthode d'exploration totale des fonctions gastriques) avec applications thérapeutiques : massage pneumatique, insufflation gazeuse d'O et de CO^2, etc. Il exposera la pratique de l'*exploration du duodénum* (usages de la sonde d'Emhorn pour le diagnostic des affections duodénales, biliaires et pancréatiques, l'alimentation duodénale et le drainage médical des voies biliaires) et fera un exposé résumé des méthodes de *coprologie* dans leurs applications à la clinique des affections des voies digestives (parasitologie et bactériologie pratiques, examen microscopique, réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales, syndromes coprologiques ; présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de garde-robes de nourrissons).

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire dans le service près de la surveillante ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris, 8e.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — TRAIN SPÉCIAL A PRIX RÉDUITS POUR FONTAINEBLEAU, THOMERY et MORET. — Le train spécial d'excursion à prix réduits, 2e et 3e classes, qui est mis en marche, chaque dimanche, jusqu'au 7 septembre prochain, de Paris à Fontainebleau et Moret, s'arrêtera à Thomery à partir du 3 août.

Aller. — Paris, départ : 7 h. 31 ; arrivée : Fontainebleau, 8 h. 35 ; Thomery, 8 h. 46 ; Moret, 8 h. 52.

Retour. — Par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Prix des billets (aller et retour) :

Paris-Fontainebleau : 2e classe, 12 fr.; 3e classe, 7 fr. 50.

Paris-Thomery ou Paris-Moret : 2e classe : 13 fr.; 3e classe, 8 fr.

Le nombre des places est limité.

Le train spécial donne à la gare de Fontainebleau la correspondance avec le service automobile P.-L.-M. d'excursions en forêt.

LE DIAGNOSTIC SÉROLOGIQUE DU CANCER

PAR MM.

A. RÉMOND (de Metz) et ALBERT SENDRAIL
Prof. de clin. méd. à la Faculté de Toulouse. Interne des hôpitaux

Il est généralement admis qu'au cours du développement du cancer, les milieux humoraux de l'organisme atteint subissent de profondes modifications : celles-ci revêtent une importance et une signification variables. Les unes, les moins connues, celles qu'il conviendrait de connaître le mieux, annoncent la cancérisation prochaine du terrain, accompagnent ses manifestations primitives. Le cancer est « toujours constitué biologiquement avant de l'être histologiquement ». C'est cette « phase de malignité biologique et humorale » (Banx) qu'il importerait d'explorer et dont l'étude permettrait de prévoir le développement local d'une tumeur et de la prévenir par la création d'une immunité artificielle.

Il est d'autres modifications générales, d'apparition plus tardive, qui traduisent les réactions de défense contre un cancer en évolution. A vrai dire ces réactions défensives sont méconnues par beaucoup : l'organisme se laisserait envahir par le cancer sans lui opposer de résistance, et les tissus sains même l'accueilleraient en ami, lui fourniraient des vaisseaux, des éléments nutritifs. On voit mal cependant pourquoi chaque temps d'arrêt dans le processus néoplasique serait mis sur le compte d'une diminution spontanée de l'action nocive tumorale, et non pas d'une action défensive de l'organisme temporairement efficace. Rubens-Duval distingue très justement à notre sens (1) les tumeurs bien compensées et celles qui ne le sont plus.

Il reste enfin à envisager des modifications générales qu'il est aisé de mettre en évidence; ce sont aussi les plus banales et celles dont l'intérêt est moindre; elles accusent la défaite de l'organisme, son envahissement à la période ultime par les produits de désorganisation de la tumeur, la surcharge du sérum en déchets protéiques.

Sans prétendre dissocier ce qui ressort aux altérations du milieu intérieur, génératrices du cancer, ou aux altérations défensives de l'organisme contre un cancer à son début, il est permis de rechercher un procédé de laboratoire capable de déceler les premières modifications sériques en rapport avec le processus néoplasique. L'existence d'un tel procédé serait la condition d'un diagnostic véritablement précoce, précoce à plus juste titre du moins que celui qu'autorise l'examen biopsique, qui suppose une tumeur accessible, déjà volumineuse, déjà en pleine évolution.

Le nombre est considérable des réactions sérologiques que l'on a successivement proposées depuis vingt ans pour le diagnostic du cancer. Nous ne retiendrons que celles dont l'intérêt clinique semble plus certain, et insisterons surtout sur les plus récentes; nous nous sommes attachés pour notre part à en vérifier quelques-unes : nous ferons état ci-dessous de nos résultats personnels.

* * *

Il est des procédés qui utilisent les *propriétés lytiques* du sérum cancéreux ou au contraire le pouvoir qui, dans d'autres conditions, lui est conféré, de *retarder ou d'empêcher certaines réactions lytiques*.

(1) *Congrès de Strasbourg*, 23-24 juillet 1923.

a. La connaissance des *hémolysines* cancéreuses date de l'observation de Bard qui constata dans tout liquide de pleurésie hémorragique de nature néoplasique, la dissolution des globules rouges. Kelling (1) mit en présence d'un sérum cancéreux, des hématies d'embryon de poulet qu'il vit, dans 50 p. 100 des cas, s'hémolyser après un séjour de six heures à l'étuve (hétérolyse). Alessandre (2) et Crile (3) utilisèrent les globules humains normaux (isolyse).

Nous avons, pour notre part, pratiqué cette réaction sur neuf sérums de cancéreux avérés, en employant des globules de mouton, selon la méthode de Weinberg et Mello (4), et n'avons obtenu l'hémolyse dans les délais indiqués que pour trois de ces sérums : tous trois provenaient du reste de sujets porteurs de cancers avancés du tractus digestif (estomac, rectum).

La cutiréaction du cancer, proposée par Elsberg (5) n'est qu'une application de l'hémolyse cancéreuse : si l'on injecte sous la peau des sujets suspects, une dilution d'hématies à 10 p. 100, on voit au bout de six heures dans les cas positifs, apparaître une tumeur douloureuse cernée d'un halo brun.

Le taux de la cholestérine dont on connaît les propriétés antihémolytiques, est généralement abaissé dans le sérum des cancéreux (Loeper et Debray). Il semble que l'on soit autorisé à prétendre que l'hypocholestérinémie est ici le principal facteur du pouvoir hémolytique.

Malheureusement l'élévation de l'index hémolytique ne garde qu'une valeur restreinte au point de vue du diagnostic, puisque, comme en témoignent nos résultats, elle ne s'observe pas toujours dans les cas de cancer et s'observe parfois dans les cas de tuberculose (Crile) ou d'infections aiguës. Au point de vue du pronostic, en revanche, les indications qu'elle fournit paraissent dignes d'intérêt, puisque Roussy, S. Laborde, Leroux et Peyre (6) assurent que l'on peut prévoir par sa constatation le succès de l'irradiation des tumeurs.

b. L'organisme cancérisé contient également des ferments spécifiques destinés à la digestion des albumines spéciales de chaque tumeur. Pour déceler ces ferments, il suffit de mettre en contact un fragment de tumeur et le sérum suspect, et de reconnaître par la ninhydrine ou au réfractomètre, la production des acides aminés : telle est la *réaction d'Abderhalden*. Trop complexe et trop infidèle pour acquérir une valeur clinique.

c. Tout sérum a le pouvoir de détruire les éléments cellulaires hétérogènes : les cellules cancéreuses détruites par le sérum normal le sont moins par le sérum cancéreux; c'est ce principe qu'utilise la *réaction de Freund et Kaminer* (7).

On se sert d'émulsions de fragments tumoraux

(1) KELLING. *Wien. klin. Woch.*, 1909, n° 38, p. 1292-1299.
(2) ALESSANDRE. *Loc. ital. patol.*, 30 sept. 1909.
(3) CRILE. *Journ. of the amer. med: Assoc.*, 12 déc. 1908.
(4) WEINBERG et MELLO. *Bull. an. franç. pour l'étude du cancer*, 1910, n° 1, p. 42-51.
(5) ELSBERG. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 mars 1909.
(6) ROUSSY, S. LABORDE, LEROUX et PEYRE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 24 juin 1922.
(7) FREUND et KAMINER. *Wiener klin. Woch.*, 1910, n° 34, p. 1221-1223.

que l'on dilue de façon à n'avoir plus qu'un nombre réduit de cellules par millimètre carré (vingt cellules par exemple dans le grand carré de l'appareil de Thoma-Zeiss). Il suffit de compter le nombre des cellules après l'introduction d'une goutte du sérum incriminé et un séjour prolongé à l'étuve, pour mesurer la valeur de l'index cytolytique.

Mais les résultats positifs ne s'observent guère que dans les cancers avancés; Monakow, Eschivara, sans nier l'intérêt de la méthode, en contestent la portée clinique.

d. S'inspirant de considérations analogues, Brieger et Trebing (1) ont conseillé les premiers de mesurer l'*index antitryptique* qui serait, chez les cancéreux, particulierement élevé. La technique consiste à faire agir sur des plaques de gélatine, de sérum coagulé ou d'agar-agar une solution titrée de trypsine qui, effectuant une rapide digestion, y creuse de profonds godets. L'adjonction de sérum en dilution de 1/2 à 1/10 retarde ou paralyse l'action digérante; lorsque cette inhibition se produit nettement pour une dilution de 1/8 à 1/10, la réaction est dite positive.

Pour Pétrow (2) un résultat négatif plaiderait contre le diagnostic de cancer, les résultats positifs n'autorisant en sa faveur que de simples présomptions; mais Delbet (2) dénie toute valeur spécifique à la méthode.

e. Au nombre de ces réactions fermentatives nous pouvons compter celle de Thomas et Binetti (3) dont le principe repose sur la présence de réductases en plus grand nombre dans le sérum cancéreux que dans le sérum normal. Le bleu de méthylène en solution hydroglycérinée est utilisé comme réactif indicateur, en présence d'un extrait lipoïdique de carcinome. La vitesse de réduction, accrue pour le sérum cancéreux, est telle que la décoloration du bleu doit s'effectuer dans un temps variant de vingt minutes à deux heures suivant la proportion d'extrait ajouté au sérum.

Nous avons, pour notre part, essayé la réaction sur 37 sérums (15 sérums de cancéreux, 17 sérums de tuberculeux, syphilitiques ou autres) et, soit avec des extraits lipoïdiques préparés par nous, soit avec un extrait fabriqué sous la direction des auteurs de la méthode, nous n'avons jamais observé de décoloration dans les délais indiqués. En utilisant un extrait cancéreux, obtenu par une technique très différente (autolysat de tumeur à la glace), nous sommes parvenus à de meilleurs résultats. Mais, même avec ce procédé, les différences entre les réactions dites positives et les autres restent si minimes, que nous ne pouvons nous porter garants de la valeur de la méthode.

*
* *

Quelques auteurs ont cherché à mettre en évidence par des procédés divers les *modifications physico-chimiques* qui semblent constituer dans les sérums cancéreux les phénomènes d'accompagnement de toute *réaction alexique* spécifique, de toute formation d'un complexe antigène-anticorps.

a. Telle en premier lieu la *réaction méiostagmique* d'Ascoli et Izar (1). L'antigène utilisé était un extrait alcoolo-éthéré de carcinome; Izar et Castellante (2) conseillent aujourd'hui d'employer plutôt une solution d'acides ricinolique et linoléique dans l'alcool absolu. L'addition de l'antigène au sérum détermine, si celui-ci provient d'un cancéreux, un abaissement de la tension superficielle, mesurée par le nombre de gouttes qui s'écoulent par l'orifice d'un compte-gouttes dit « stalagmomètre ».

Les résultats fournis par cette méthode sont variables : l'instabilité des antigènes en rend l'application clinique malaisée.

b. La formation du complexe antigène-anticorps cancéreux provoque également un déplacement de la réaction chimique du milieu précédemment neutre, que l'on met en évidence grâce à la phénolphtaléine : c'est la *réaction de l'épiphanine*, de Weichardt (3), réaction d'une technique délicate et d'une valeur encore mal établie. Il n'est pas sans intérêt de rappeler à son sujet que l'étude des variations de la concentration du sérum en ions H et OH (PH de Sjörensen) a permis récemment de signaler une augmentation notable de l'hémoalcalinité chez les cancéreux.

c. L'*épreuve de la glycémie réactionnelle*, de Rhodenbourg (4) nous donne le moyen de réaliser in vivo l'étude de la réaction alexique : les recherches de cet auteur sur le cancer expérimental lui ont montré que toute décharge d'anticorps semble s'accompagner d'une hyperglycémie transitoire; ainsi, chez un cancéreux dont les défenses sont défaillantes, l'injection de protéines homologues provoquerait une hyperglycémie beaucoup moindre que celle que l'on obtient par le même procédé chez un sujet normal. Cette méthode n'a pas encore fait ses preuves.

d. Nous rapprocherons de ces réactions les *réactions dites de déviation du complément.* Il pouvait paraître tentant d'appliquer au cancer la méthode de Bordet-Gengou : on a utilisé successivement à titre d'antigènes des extraits aqueux ou alcooliques de tumeur, des extraits acétoniques de sang de paralytiques généraux [van Dungern (5)], des émulsions de maltose [Hara (6)]. La diversité de ces antigènes témoigne assez nettement que cette réaction (comme celle de Wassermann du reste), ne comporte aucune spécificité biologique : elle constitue une simple réaction de précipitation colloïdale et semble indiquer que le sérum néoplasique présente un état de dispersion micellaire différente de celle du sérum normal.

*
* *

Nous envisagerons en dernier lieu les réactions qui mettent à profit les *modifications chimiques* du milieu intérieur au cours du développement du cancer.

a. L'hyperalbuminose, et particulièrement l'élévation du taux des acides aminés dans le sérum des cancéreux, est un fait acquis depuis les travaux de

(1) Brieger et Trebing. *Berl. klin. Woch.*, 1er juin 1908.
(2) Petrow. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1914-1918.
(3) Thomas et Binetti. *C. R. de la Soc. de biol.*, 7 janv. 1922; — *Les Néoplasmes*, 15 mars 1922.

(1) Ascoli et Izar. *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 8, p. 403-406, et n° 22, p. 1170-1183.
(2) Izar et Castellante. *Pathologica*, oct. 1922.
(3) Weichardt. *Soc. phys. de Berlin*, 19 fév. 1909.
(4) Rhodenbourg. *Journ. cancer Research*, 1921, p. 223.
(5) Van Dungern. *Münch. med. Woch.*, 9 janv. et 14 mai 1912.
(6) Hara. *Deut. med. Woch.*, 5 mars 1914.

Loeper et de ses collaborateurs (1). La *réaction de Kotzareff* (2) permet de déceler les amino-acides au moyen d'un procédé colorimétrique qui utilise leur oxydation par le réactif tyrosinase-paracrésol.

b. La récente réaction de Herbert Kahn (3) rend compte de la moindre faculté des acides gras du sérum cancéreux, d'entrer en combinaison avec d'autres corps; l'auteur l'explique par l'augmentation du taux des lipoïdes qui peuvent se combiner préalablement avec ces acides. Cette méthode, comme la précédente, est encore à l'étude.

c. Nous nous proposons d'insister davantage sur la *réaction de Botelho*, encore que son mécanisme soit resté indéfini. Le procédé de Wilbouchevitch (4) (modification du procédé primitif à la gélatine de Botelho) est celui que nous avons suivi : il consiste à ajouter à $0^{cm^3}5$ du sérum suspect dilué de moitié avec du sérum physiologique, 2 centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 d'acide citrique, formolée à 1 p. 100; on verse au contact du sérum ainsi préparé des quantités croissantes de solution iodo-iodurée fraîche; il se forme un précipité qui, dans le cas de réaction positive reste apparent après agitation pour une addition de $0^{cm^3}7$ ou $0^{cm^3}8$ de solution iodo-iodurée et devient très épais pour $1^{cm^3}1$ ou $1^{cm^3}2$; dans le cas de réaction négative on n'obtient guère de précipité léger que pour $1^{cm^3}3$, de précipité épais pour $1^{cm^3}5$ ou $1^{cm^3}6$; tels sont du moins les seuils que nous avons adoptés. Nous n'avons pas jugé supérieurs les procédés modifiés de Cabanis et Foulquier (5) (procédé à l'ammoniaque) ou de Blouquier de Claret et Brugairolle (6) (procédé à l'acide oxalique).

Sur 19 sérums de sujets cancéreux (cancers contrôlés en très grande majorité par biopsie ou nécropsie) nous avons trouvé :

8 cancers du sigmoïde ou du rectum	Botelho	+
2 epitheliomas du col utérin	»	+
2 carcinomes du sein	»	+
2 cancers de l'œsophage	»	+
1 kyste de l'ovaire dégénéré	»	+
1 cancer de l'estomac	Botelho	—
1 epithelioma de la lèvre	»	—
1 sarcome de la cuisse	»	—
1 sarcome de la grande lèvre	»	—

Soit 78,9 p. 100 de résultats positifs, proportion très voisine de celle que donne Wilbouchevitch (77,2 p. 100). Notons que plusieurs de ces cancers étaient au début de leurs manifestations cliniques; pour trois d'entre eux, nous avons pu pratiquer deux ou même trois réactions au cours de l'évolution néoplasique; il ne nous a pas paru que l'index de positivité eût bénéficié des progrès de la cachexie; dans un cas même, l'apparition d'une azotémie de 2 grammes correspondit à une diminution dans l'intensité de la réaction.

Sur 42 sérums de sujets non porteurs de cancer, nous avons trouvé :

12 avec réaction Bordet-Wassermann positive	Botelho	—
6 tuberculose pulmonaire ou articulaire	»	—
19 divers	»	—
2 hypercholestérinémie	Botelho	+
1 diabète avec acétonémie	»	+
1 syphilis cérébrale	»	+
1 pneumonie	»	+

Soit 88,1 p. 100 de résultats négatifs, proportion plus favorable que celle que donne Wilbouchevitch (78,3 p. 100).

Nous avons cru qu'il n'était pas sans intérêt de vérifier la valeur de la réaction dans le cancer animal :

Epithelioma de la joue (chien)	Botelho	+
Tumeur mixte de la mamelle (chienne)	»	+
Sarcome du maxillaire (cheval)	»	+
Myxome du péritoine (chien)	Botelho	—
Polypes vaginaux (chienne)	»	—

Ces résultats semblent attester que le cancer animal s'accompagne des mêmes répercussions humorales que le cancer humain et qu'il n'est pas entre les deux de différence biologique essentielle.

*
* *

Les auteurs qui se sont attachés au cours de ces dernières années à évaluer l'intérêt des diverses recherches de laboratoire proposées pour le diagnostic du cancer, ont énoncé en général des conclusions assez pessimistes. Il est vrai qu'aucune des réactions étudiées, si dignes d'attention que paraissent certaines d'entre elles, ne permet de prévoir, avant toute manifestation clinique, l'apparition d'une néoplasie. Il semble toutefois, que les résultats acquis autorisent à affirmer la réalité d'altérations profondes des milieux humoraux en rapport avec l'évolution du processus tumoral : le cancer est une maladie générale.

(1) Loeper. *Journ. méd. franç.*, août 1920; — *Presse méd.*, 15 avril 1922.
(2) Kotsareff. *Sch. med. Woch.*, 1923.
(3) Herbert Kahn. *Strahlenthérapie*, 1923, p. 808.
(4) Wilbouchevitch. *C. R. de la Soc. de biol.*, 23 déc. 1922.
(5) Cabanis et Foulquier. *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 avril 1923.
(6) Blouquier de Claret et Brugairolle. *Gaz. des hôpit.*, 3 juin 1924.

LA DUALITÉ ET L'INSULINE

Par le docteur ABRAMOVITSCH (du Hâvre).

L'insuline est à l'ordre du jour. C'est une médication puissante, qui a été bien étudiée par les auteurs canadiens (Banting et Best, Mac Léod, 1921).

Dans l'étude de cette médication, il y a deux parts à considérer : les données acquises et le mystère.

Où est ce mystère, en quoi consiste-t-il, comment peut-on l'éclairer par la Dualité, — tel est le but du présent article.

Examinons d'abord, sommairement, les faits acquis, d'après les travaux récents (1).

Trois dates sont à retenir :

En 1877, Lancereaux a découvert le « diabète pancréatique ».

En 1893, Laguesse a localisé la fonction endocrine du pancréas dans les îlots de Langerhans.

En 1921, Schaefer a donné le nom d'insuline à l'hormone pancréatique.

Dans le pancréas, comme dans les autres glandes endocrines, on constate deux substances complètement *indépendantes* l'une de l'autre : les acini avec

(1) C. Delezenne, L. Hallion et S. Ledebert. Les données physiologiques relatives à l'insuline et leur signification, *Presse méd.*, 24 nov. 1923.

conduits excréteurs et la substance endocrine ou insuline.

DUALITÉ PHYSIOLOGIQUE DU PANCRÉAS. — Les deux substances sont plus qu'indépendantes; elles sont incompatibles.

Dans les extraits pancréatiques, l'insuline est détruite par la trypsine (Banting et Best, 1921).

Les deux ferments ne pouvant coexister, résident chacun, dans une substance particulière et indépendante du pancréas.

Chaque ferment a pour siège un demi-pancréas différent.

La dualité du pancréas est ainsi une fois de plus démontrée.

Chez les poissons téléostéens, le tissu insulaire et le tissu acineux forment des masses *distinctes*, d'après Laguesse.

Nous avons déjà étudié cette dualité du pancréas à propos des cancers du pancréas, dans notre ouvrage sur la dualité du corps humain (1).

L'étude de l'insuline confirme cette dualité, par la présence des deux ferments indépendants et se neutralisant : la trypsine et l'insuline.

Leur développement embryonnaire, non simultané, est encore une preuve de leur indépendance et de la dualité.

En effet, l'insuline apparaît bien avant la trypsine, chez l'embryon.

Aussi, peut-on isoler l'insuline, en atrophiant le pancréas, par la suppression de ses voies d'excrétion.

Les auteurs canadiens préparèrent ainsi une substance (des extraits aqueux), qui, injectée à des chiens diabétiques, diminua la glycémie et la glycosurie.

Cette séparation de l'insuline du pancréas sort d'une pensée dualiste.

L'insuline active a pu même être retirée à des pancréas de fœtus, prélevés à une période de la gestation où le tissu insulaire est seul bien développé (Laguesse).

L'action de l'insuline a pu être approfondie, grâce à l'expérimentation.

EXPÉRIMENTATION. — Dans le diabète expérimental chez le chien, l'ablation totale du pancréas amène la mort de l'animal, en trois semaines environ (von Méring et Minkowski, 1889).

Il y a hyperglycémie considérable et glycosurie persistante, jusqu'à la mort de l'animal, et disparition du glycogène du foie.

Une parcelle de glande laissée en place ou greffée sous la peau évite la mort.

La suppression de la greffe fait reparaître le diabète.

L'équilibre du sucre physiologique est obtenu par deux organes : le pancréas qui le détruit et le foie qui le fabrique.

En effet, après l'ablation du foie, le glucose décroît chez le chien graduellement et, quand il arrive à 0,50 p. 1000, éclate un syndrome comateux suivi par une hyperexcitabilité motrice, précédant de très près la mort.

Une injection de glucose fait revenir l'animal à la vie (Mann et Magath).

(1) ABRAMOVITSCH. *La Dualité du corps humain*, 1924, p. 6, préface du docteur Ch. Fiessinger. — Paris, L'Expansion scientifique française.

Grâce à ces travaux, les auteurs américains ont pu étudier l'action physiologique de l'insuline.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'INSULINE. — En injection sous-cutanée ou intra-veineuse, l'insuline fait cesser la glycosurie et ramène la glycémie à l'état normal; la lipémie et l'acétonémie sont également ramenées à la normale; mais l'effet ne dure que quelques heures; d'où nécessité de renouveler les injections deux à trois fois, dans la même journée.

La suppression des injections ramène l'état diabétique.

La caractéristique de l'action de l'insuline est l'hypoglycémie.

La chute du sucre sanguin commence immédiatement après l'injection de l'insuline et n'atteint son maximum chez le lapin (Eadie) qu'au bout d'une heure ou une heure et demie et s'efface progressivement vers la huitième heure.

L'abaissement du taux du sucre sanguin n'est donc que momentané. Il revient à son point de départ, au bout de huit heures.

L'importance de la *fixité* du « milieu intérieur » est ainsi mise en relief par l'insuline : l'hypoglycémie, au niveau bas, met l'existence *en danger*.

« Tout à coup, éclate une grande crise de convulsions généralisées, avec dépression progressive, jusqu'au coma profond, avec perte de toute sensibilité. Ensuite, l'animal froid *succombe* ou *se rétablit* complètement. »

Semblable épreuve peut être subie, sans dommage durable, à quelques jours d'intervalle.

Une injection de glycose, à dose suffisante, suffit pour faire *cesser rapidement* l'état convulsif.

Seul, le glycose possède cette qualité d'antidote, d'une façon presque *instantanée*.

En effet, parvenu au stade de coma complet, « le chien est *presque instantanément* ranimé par l'injection intraveineuse de 0.25 à 0.50 de glycose par kilo.

En trois secondes, on le voit se dresser sur ses pattes.

En moins d'une minute, son état semble redevenir presque normal.

A n'importe quel stade de l'agonie, tant que le cœur bat, la même *résurrection* s'obtient. »

Voilà grosso modo rappelés les *faits connus*.

LE MYSTÈRE DE L'INSULINE. — Ce qui constitue le mystère, ce sont les trois données suivantes :

1° La nature de l'insuline;

2° La mort par l'hypoglycémie;

3° La résurrection par injection de glucose.

La science contemporaine est impuissante à élucider ce mystère qui intrigue tous les chercheurs et hommes de science.

LA NATURE DE L'INSULINE. — « Jamais on n'a obtenu la substance active à l'état pur et il n'a été possible de déterminer au point de vue chimique, ni ses réactions propres, ni sa constitution, ni même sa nature.

On peut aller jusqu'à douter qu'elle réponde à la définition stricte des hormones, si l'on en exclut les diastases comme on l'a fait jusqu'ici. Elle ne laisse d'évoquer l'idée d'un catalyseur par sa labilité. »

CATALYSE DE L'INSULINE. — La catalyse a été découverte par Berzelius en 1835.

« Le phénomène qui a lieu quand un corps met en

jeu par *sa seule présence* certaines affinités qui, sans lui, resteraient inactives. »

Les faits suivants le démontrent :

1° En effet, le sang prélevé, à divers intervalles, après l'injection de l'insuline ne détruit pas son sucre in vitro, plus rapidement, qu'un sang témoin.

Donc, l'insuline n'agit pas, si elle est isolée de l'énergie animatrice; elle n'agit pas par elle-même; elle n'agit que par sa présence, en catalyseur;

2° Une grande partie de l'insuline est retrouvée dans les urines, où elle jouit *de toute son activité* (Fischer);

3° Le taux de glycémie est peu modifié par l'ablation des trois-quarts du pancréas; il devient double après l'ablation de 90 degrés de la glande et quadruple quand l'exérèse atteint 94 p. 100 (Wishart, Kleiner).

Ainsi donc, un quart du pancréas suffit à sa fonction.

L'action n'est pas proportionnelle à la masse.

La même signification résulte de l'expérience suivante;

4° Chez les chiennes pleines dépancréatées à la fin de la portée, il n'y a pas de glycosurie, tant que le fœtus n'est pas expulsé (Carlson et Dreunan, Lafon, Aron).

La petite quantité de l'insuline fœtale ne peut agir sur la mère que par sa seule présence, en catalyseur;

5° Le professeur W. Laufberger (1) (de Brunn) a injecté à des rats le centuple de la dose mortelle pour ces animaux, sans parvenir *jamais* à déterminer leur mort en moins de trois heures.

Or, on sait que l'injection d'insuline amène, en l'espace de trois heures, la disparition du sucre sanguin et du glycogène hépatique.

Une dose centuple n'agit pas plus vite, ni mieux qu'une dose simple.

C'est donc bien par *sa seule présence* que l'insuline a une action hypoglycémique;

6° D'autre part, le foie de la tortue, soumis à une circulation artificielle de sérum physiologique glucosé, ne montre pas ensuite de différence dans sa teneur en glycogène, que le liquide ait été ou non additionné d'insuline (Noble et Mac Léod).

L'insuline *n'agit pas in vitro*.

L'insuline est une substance *inerte* qui n'agit qu'*in vivo*, par l'intermédiaire de l'énergie vitale. Son passage dans l'organisme est *un acte de présence*. Rien de plus;

7° Pierre Mauriac et E. Aubertin (2), en endormant des chiens ou des lapins au chloroforme, à l'éther ou à la chloralose, ont vu l'action de l'insuline devenir inconstante et irrégulière. *L'anesthésie par l'éther paraît contrecarrer le plus constamment l'action de l'insuline.*

L'anesthésique, sans action sur la substance *inerte* de l'insuline, agit, en réalité sur sa matière *animatrice*, sur le gaz vital;

8° Les mêmes auteurs ont démontré l'importance du facteur individuel dans l'action de l'insuline et dans l'évolution du diabète expérimental par dépancréatisation (3).

(1) Prof. W. Laufberger (de Brunn). *Klin. Woch.*, Berlin, 12 fév. 1924, t. III, n° 7, in *Presse méd.*, 29 mars 1924.

(2) Pierre Mauriac et E. Aubertin. De l'influence du chloroforme, de l'éther et de la chloralose sur l'action de l'insuline, *Réunion biol. de Bordeaux*, 17 mai 1924, in *Presse méd.*, 18 juin 1924.

(3) *Réunion biol. de Bordeaux*, 1er avril 1924, in *Presse méd.*, 16 avril 1924.

« Deux chiens dépancréatés le même jour et soumis au *même régime* et aux *mêmes doses d'insuline* font chacun un *diabète différent*. »

L'un avec une forte glycosurie présente un état général peu touché quarante jours après l'opération.

L'autre a une glycosurie faible, mais un diabète mortel en sept jours.

La différence d'action n'est pas due à l'insuline, mais au gaz vital *variable* dans chaque individu.

Par cette double expérience, les savants expérimentateurs ont démontré la nature catalytique de l'insuline.

L'insuline n'a pas d'action sur les échanges respiratoires qui restent sans changement.

Il n'y a pas de combustion dans l'hypoglycémie, mais un *accroissement général des échanges gazeux* (Dixon, Eadie, Pember).

Nous expliquons cet état par le détachement du gaz vital, provoquant un état naissant.

Etat naissant du gaz vital. — C'est un état important que nous avons étudié dans un travail placé, non encore publié.

Qu'il nous suffise de dire que Zenghelis (1) attribue l'activité du gaz naissant à l'extrême division des masses actives en contact.

« Quand les gaz se trouvent à l'état naissant (exemple : par l'action d'un acide sur un métal) les gaz se développent sur toute la surface du métal par bulles invisibles microscopiques. Si ces bulles ont les dimensions d'un colloïde, soit un diamètre de 10^{-7m}, la surface active est *40 millions de fois plus grande* que celle qui existe quand la même quantité sort d'un tube de verre de 4 millimètres. »

La fixité du « milieu intérieur » de Claude Bernard sert à fixer et attacher le gaz vital.

La constante du milieu intérieur s'exprime par le rapport de l'azote au sucre protéidique, selon la formule : $\frac{\text{N protéidique}}{\text{S protéidique}}$ = la constante du milieu intérieur [H. Bierry, F. Rathery et F. Bordet (2)].

C'est par l'intermédiaire du sucre protéidique que se fait l'adsorption du gaz vital ou sa fixation à l'organisme.

Adsorption du gaz vital. — « Adsorption est un phénomène physico-chimique (plus physique que chimique) par lequel une substance gazeuse ou dissoute *se fixe* à la surface d'une autre substance solide, sans qu'il y ait *ni réaction chimique*, ni dissolution proprement dite » (Duclaux).

Elle est *proportionnelle* à la surface de contact entre le corps adsorbant et la substance adsorbée.

En thérapeutique, on emploie à cet effet, les poudres inertes : bismuth, kaolin, charbon, etc.

En biologie, le gaz vital *adhère* à la substance des glandes vasculaires *par adsorption*.

Il n'y a pas de transformation des produits adsorbés.

Leur fixation les laisse intacts. Cette *porosité spéciale* des glandes endocrines est due à la *glycémie normale*, comportant deux sucres : le sucre libre et le sucre protéidique.

(1) D. Cons. Zenghelis, professeur de chimie à l'Université d'Athènes. Les gaz et l'état naissant, *Revue scient.*, 12 nov. 1921, n° 21.

(2) H. Bierry, F. Rathery et F. Bordet. Hyperprotéidoglycémie et néphrites, *Presse méd.*, 6 oct. 1923.

Les deux sucres représentent *une unité glycémique.*

En effet, F. Rathery et H. Kourilsky (1) ont constaté chez le chien normal, le chien dépancréaté et l'homme diabétique une balance entre le sucre fixé et le sucre libre. Après l'injection d'insuline, il y a une élévation du sucre protéidique, d'autant plus importante que la chute du sucre libre est plus intense.

Dans leurs expériences ultérieures (2), in vitro, avec M. Bierry, ces savants ont constaté que le sucre protéidique, après avoir augmenté, diminue, à son tour, mais moins vite que le sucre libre.

L'*hypoglycémie diminue la force d'attraction* et de fixation du gaz vital, *qui se détache, d'où la mort.*

L'injection de glucose, en augmentant la glycémie, *attire* à nouveau le gaz vital dont l'adsorption est consolidée par le taux normal du sucre sanguin. Nous pouvons ainsi comprendre le mécanisme intime de l'action insulaire.

Mécanisme intime de l'action de l'insuline. — L'hypoglycémie au niveau bas de 0,45 p. 1000 fait apparaître des convulsions, qui disparaissent par une injection de glucose.

Voilà le fait fondamental.

Comment l'expliquer?

« En faut-il conclure que l'*hypoglycémie* est la cause immédiate, suffisante et nécessaire des convulsions, se demandent C. Delezenne, L. Hallion et S. Ledebt.

Des faits que nous avons observés à maintes reprises, sur plus de 200 lapins, *nous en font douter.* Le taux de glycémie avec lequel coïncident les convulsions et notamment leurs premières crises était bien à l'ordinaire un taux très bas, mais, quelquefois, par contre, il était relativement élevé et même dans deux cas il était aux limites de la normale. Nous avons été ainsi conduits à penser que l'hypoglycémie, si elle était un facteur des convulsions, n'en était pas du moins l'unique facteur. »

Rathery, Desgrez et Bierry attribuent les accidents du diabète aux deux mécanismes :

1° Aux substances *toxiques indéterminées* dans l'insuline ;

2° A une *chute trop intense* de la glycémie.

Mais, contrairement à la plupart des auteurs, MM. Rathery, Desgrez et Bierry pensent que la *chute de la glycémie est incapable à elle seule à expliquer tous les troubles* constatés de l'insuline.

La toxicité n'est pas admise par MM. H. Chabannier, Lobo-Onelle et Lebert (3).

Onze mille piqûres ont été bien tolérées.

Nous éliminons avec ces auteurs la toxicité.

Il nous reste l'hypoglycémie.

Peut-elle expliquer à elle seule tous les accidents?

On ne sait pas quel est le *mécanisme exact* de l'action de l'insuline, dit le professeur Marcel Labbé (4).

« Rien dans les expériences sur des chiens dépancréatés ou sur des sujets diabétiques n'a permis de déceler une action excitatrice de l'insuline; il semble bien qu'elle agisse seulement en restituant, pour un moment, à l'organisme du malade la *sécrétion interne* que son pancréas est incapable de lui fournir.

Depuis deux ans d'emploi, les médecins américains n'ont pas encore publié un cas de guérison du diabète par ce médicament.

La marge qui existe entre la dose active et la dose toxique n'est pas très large, les procédés de titration sont imparfaits, en sorte qu'on se trouvera fatalement un jour ou l'autre en présence d'accidents.

La plupart sont dus à l'*hypoglycémie.*

Maniée sans mesure, l'insuline peut entraîner tous les inconvénients de l'*hypoglycémie*, dit Etienne Chabrol (1). »

L'hypoglycémie est donc incriminée par les auteurs.

Toutefois, on ne peut pas écarter l'hyperglycémie.

Hyperglycémie. — Dans le diabète expérimental, chez le chien dépancréaté, il y a mort par hyperglycémie (von Méring et Minkowski). La mort par *accroissement de la glycémie* a été encore démontrée par Cohn (2). Il injecte dans l'estomac des lapins 40 grammes de sucre; les animaux meurent rapidement avec des convulsions et l'on trouve *dans les organes de grandes quantités de sucre.*

Dans le diabète, les accidents mortels sont dus tantôt à l'hypo, tantôt à l'hyperglycémie.

Ces données concordent avec la clinique.

C'est ainsi que s'exprime Jaccoud (3) :

« Le chiffre du sucre urinaire et le chiffre de la polyurie sont sans rapport avec le développement des accidents comateux, c'est-à-dire qu'un diabétique *à glycosurie et à polyurie fortes* n'y est pas plus exposé qu'un diabétique *à glycosurie et à polyurie faible.*

Mais, en revanche, chez un malade donné, la diminution notable de la polyurie sans diminution parallèle dans le processus glycogénique, est un phénomène grave, qui doit faire craindre, s'il persiste, la prochaine apparition du coma. »

En ces conditions, l'*accroissement de la glycémie* amène bientôt l'accumulation du sucre dans l'organisme.

« Cette circonstance, *quelle que soit son explication, paraît suffisante par elle-même pour provoquer* l'explosion des accidents. »

Ainsi, le grand clinicien qui était Jaccoud a vu juste : le coma diabétique est dû soit à l'hyper, soit à l'hypoglycémie.

En réalité, cet accident grave est dû à la *disparition de la fixité du sucre sanguin.*

C'est la théorie dualiste.

Théorie dualiste. — L'insuline amène la mort dans le coma diabétique par l'*hypoglycémie.*

La fin normale d'un diabétique par coma est due à l'*hyperglycémie.*

« Le sucre protéidique jouit à l'état normal d'une grande fixité chez le même individu » (Bierry, Rathery, Bordet).

La *destruction de la fixité* par l'hyper ou l'hypo révèle un trouble profond du métabolisme donnant la mort.

(1) F. Rathery et H. Kourilsky. *Soc. de biol.*, 12 janv. 1924.
(2) Rathery, Kourilsky et Bierry. *Soc. de biol.*, 16 fév. 1924.
(3) Chabannier, Lobo-Onelle et Lebert. Insuline, *Journ. des prat.*, 15 sept. 1923.
(4) Prof. Marcel Labbé. La valeur de l'insuline dans le traitement du diabète, *Journ. méd. franç.*, sept. 1923.

(1) Etienne Chabrol. Comment diriger une cure d'insuline, *Journ. méd. franç.*, sept. 1923.
(2) Cohn. *Beitrag zur Erklärung des coma diabeticum*, 1885, in *Clinique Jaccoud*, n° 4.
(3) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale*, 1888, p. 289.

Cette fixité du sucre protéidique correspond à la fixité du milieu intérieur de Claude Bernard, avons-nous dit.

Notre brochure sur la dualité (1) se termine ainsi :

« Par des voies différentes, nous sommes arrivés aux mêmes conclusions : la fixité du gaz vital d'une part, et la fixité du milieu intérieur, d'autre part. Les deux termes ont la même signification : la *condition de la vie.* »

Le mystère de l'insuline en est une démonstration.

La pathogénie du processus est inconnu.

Sommes-nous en mesure de l'expliquer?

Oui, à condition d'admettre l'existence du gaz vital, selon l'hypothèse dualiste.

La vie dépend du maintien de la fixité du milieu intérieur, de la constante glycémique.

« En dehors du sucre libre, il y a chez les diabétiques des variations très nettes de la glycémie protéidique, qui jouit à l'état normal d'une grande fixité chez le même individu. » (Bierry, Rathery, Bordet).

Cette notion est capitale, car c'est le pivot du mystère de l'insuline.

A l'état normal, le sucre libre est de 1 gramme.

Dans le diabète, il y en a quatre à cinq fois plus.

« Le sucre protéidique normal oscille entre 0.60 et 0.80. Dans les néphrites aiguës, il occasionne toujours la mort, lorsqu'il est supérieur à 2 grammes, soit trois fois plus qu'à l'état normal.

Le sucre protéidique étant plus fixe, règle la constance du milieu sanguin.

La fixité de la constante glycémique est mise en relief par l'insuline.

L'insuline n'agit qu'avec la participation de l'énergie vitale.

Le gaz vital, logé dans le sac pluriglandulaire axial, est fixé dans l'organisme par l'adsorption des colloïdes.

Or, pour produire l'adsorption, les tissus doivent posséder une fixité de structure, réalisée par le sucre protéidique.

Lorsque le sucre disparaît du sang, l'attachement par adsorption se relâche. Le gaz vital fuit.

La vie se retire. La mort arrive par *relaxation de lien.*

C'est un acte physique.

Délier un lien, le renouer, est un acte physique, qui peut se renouveler indéfiniment.

C'est ainsi que nous expliquons la *rapidité d'action* de l'insuline et *son action répétée ;* ce sont deux termes d'un acte physique et non chimique.

Nous ne concevons pas cette instantanéité dans le chimisme.

La digestion — acte chimique — ne peut se faire instantanément.

Le pain digéré et passé à l'état de chyme ne peut plus revenir à son état primitif de pain.

La transformation chimique dans le corps vivant est définitive.

Au contraire, la transformation physique peut se renouveler, sans dommage.

C'est le cas de la résurrection dans le coma diabétique.

Le *coma* est la conséquence de la *relaxation*, de la mise en liberté du gaz vital, qui se sépare des tissus dont la *fixité sucrée est brisée.*

La *résurrection* résulte de l'*adsorption du gaz* vital, par apport du sucre, rendant au sang sa constante glycémique.

La fixité du « milieu intérieur » de Claude Bernard sert à *fixer le gaz vital.*

Cette fixité est « la condition de la vie ».

Elle est en rapport avec « le *gros fait* dont l'importance au point de vue pratique est considérable, c'est qu'une simple administration de glucose enraie rapidement les accidents qu'un excès d'insuline a pu causer [L. Hallion (1)].

Nous interprétons ce *gros fait*, qui constitue le fond du *mystère*, par la *fixation* ou le *retrait* du gaz vital.

(1) Abramovitsch. *La Dualité du corps humain.*

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du métabolisme du calcium dans la tétanie (2), par le docteur Charles Lestocquoy, interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — 1° Il est très difficile de définir le minimum de signes nécessaires au diagnostic de la tétanie latente. La recherche de l'hyperexcitabilité électrique est sujette à de nombreuses causes d'erreurs; d'ailleurs, elle n'est pas toujours possible. Le meilleur signe clinique de tétanie latente semble être le phénomène de Chvostek. De nombreuses raisons nous autorisent à croire qu'il caractérise un état d'hyperexcitabilité particulière du système nerveux périphérique, impossible à séparer des formes frustes de la tétanie; la principale est sa disparition sous l'influence de l'irradiation ultraviolette, traitement spécifique de la tétanie manifeste ;

2° L'abaissement de la teneur en calcium du sérum sanguin a été récemment proposée comme un critère biologique de la tétanie. La méthode actuellement utilisée, et dont nous avons entrepris l'étude critique, a pour but le dosage du calcium libre non combiné aux protéines. Elle néglige le calcium protéinique et ses sels ionisables. Les manipulations qu'elle nécessite modifient très profondément l'équilibre des ions sanguins. Elle permet cependant d'arriver aux conclusions suivantes :

3° Dans les formes manifestes de la tétanie, la teneur du sérum sanguin en calcium non protéinique est en général notablement abaissée ; cette constatation peut être considérée comme un des symptômes de la série tétanique ;

4° L'hypocalcémie n'est cependant pas constante, et son absence ne permet pas d'infirmer un diagnostic de tétanie reposant sur de sérieuses bases cliniques ;

5° Les exceptions à la loi d'hypocalcémie sont encore plus nettes et indiscutables au cours de l'évolution des cas de tétanie manifeste sous l'influence du traitement par l'irradiation ultra-violette : les manifestations cliniques de la tétanie peuvent persister alors que, depuis plusieurs jours déjà, la calcémie est redevenue normale ;

6° Dans l'ensemble des cas de tétanie, manifeste ou latente, il y a un certain parallélisme entre l'intensité des manifestations cliniques et l'importance du déficit calcaire. Mais ce parallélisme est très loin d'être rigoureux ;

7° La valeur séméiologique de la calcémie peut, en dernière analyse, être schématisée ainsi :

1. Dans la tétanie avec contractures ou laryngospasme, en l'absence possible d'un signe décisif, signe du facies par exemple.

a. Une forte hypocalcémie (Ca voisin de 7) est un argument important à l'appui du diagnostic de tétanie ;

b. Une calcémie légèrement abaissée (Ca voisin de 8) apporte une présomption en faveur de la tétanie. Mais ces chiffres peuvent s'observer en dehors de la tétanie ;

c. Une calcémie normale (Ca = 10) n'infirme pas le diagnostic de tétanie, mais elle impose de nouvelles investigations cliniques.

(1) L. Hallion. Notions de physiologie relatives aux effets de l'insuline, *Journ. méd. franç.*, sept. 1923.

(2) *Th. de Paris* 1924, Lefrançois.

2. Dans la tétanie latente,

Les variations du taux du calcium sanguin sont trop peu considérables, le déficit calcaire trop souvent absent pour qu'on puisse utiliser cette méthode bio-chimique dans la délimitation de son domaine;

8° Les exceptions à la loi d'hypocalcémie dans la tétanie manifeste permettent d'affirmer que la relation entre la teneur en calcium du sérum sanguin et le degré d'hyperexcitabilité du système nerveux n'est pas une équation simple. Il y a de fortes raisons de croire que l'étude de la fraction ionisée du calcium sanguin est appelée à éclairer la question et peut-être à rendre compte des discordances actuellement observées;

9° Il est probable qu'il faut, en outre, faire entrer dans la pathogénie de la tétanie, à côté du facteur calcium, un facteur toxique dérivé de la guanidine. Actuellement on ne sait pas encore quelle peut être la relation qui lie le taux du calcium et le taux de la guanidine dans le sang, ni comment l'insuffisance parathyroïdienne, d'une part, l'hypertrophie du thymus, d'autre part, troublent le métabolisme de ces deux éléments. Ces facteurs semblent nécessaires à l'éclosion de la tétanie, mais aucun ne saurait à lui seul l'expliquer;

10° L'irradiation par les rayons ultra-violets à l'aide de la lampe de quartz à vapeurs de mercure est le traitement de choix de la tétanie. Il y a cependant des cas résistants. Mais leur nombre n'est pas suffisant encore pour permettre une critique de la méthode thérapeutique.

NOTES DE PRATIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté, puis prescrire :

Le 1er jour, bromhydrate de quinine (1 g. à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le 2e jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, 3 à 4 cachets pro die de Théosalvose caféinée ou spartéinée à 0g50 (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

LIVRES NOUVEAUX

Questions actuelles de biologie médicale (1), par le professeur G. H. ROGER.

Les questions de biologie médicale groupées dans ce livre ont fait l'objet de recherches et de travaux importants de la part du professeur Roger. Il les expose en une vue d'ensemble, dégage des faits acquis des déductions pratiques et indique sur quel terrain les résultats obtenus permettent de s'aventurer pour l'orientation de nouvelles recherches.

En sept chapitres sont traitées les questions suivantes : I. *Les fonctions internes du poumon, action du poumon sur les matières grasses.* — II. *Quelques faits relatifs à la physiologie normale et pathologique du poumon.* — III. *Action cardio-vasculaire de quelques extraits d'organes.* — IV. *Recherches sur les capsules surrénales.* — V. *Action du foie sur les poisons.* VI. *Recherches sur les ferments.* — VII. *Le rôle de la bile.*

Pour chacune de ces questions, le professeur Roger rappelle les doctrines admises dans ces dernières années, les problèmes qui se posaient, puis relate ses expériences, sa technique, les résultats acquis.

La seule énumération des questions traitées dans ce livre montre l'intérêt que leur étude expérimentale peut présenter, non seulement pour le physiologiste et le biologiste, mais aussi pour le médecin.

Des faits rapportés par l'auteur se dégagent des conclusions intéressantes pour la clinique : les tissus animaux, par exemple, comme les tissus végétaux renferment des substances pharmaco-dynamiques fort énergiques, l'action de ces substances dans le système cardio-vasculaire et sur le pneumogastrique mérite à cet égard de fixer l'attention et ces résultats conduisent à des applications thérapeutiques assez nombreuses.

Les fonctions du foie sont plus ou moins profondément troublées au cours des maladies les plus diverses (infectieuses, aiguës ou chroniques, intoxications, affections organiques); aussi est-il intéressant d'avoir des procédés simples et pratiques, capables de fournir au clinicien les renseignements nécessaires. Pour l'auteur, c'est la recherche de l'acide glycuronique dans les urines qui rend les plus grands services.

Sans passer en revue chacune de ces études on peut déjà mesurer l'importance des résultats obtenus par l'auteur et leur répercussion en clinique.

L. G.

(1) Prix : 16 fr. — Paris, 1924, Masson et Cie.

CONGRÈS

VIe CONGRÈS DE L'INTERNAT DES VILLES DE FACULTÉ (MONTPELLIER, 3-6 novembre 1924). — Ce VIe Congrès se tiendra à Montpellier du 3 au 6 novembre 1924.

Le bureau est ainsi composé : président, M. le professeur Estor; vice-présidents, MM. le docteur Cadilhac (de Cette) et le professeur Vedel; secrétaire général, M. le professeur agrégé G. Giraud; secrétaires adjoints, MM. les docteurs Boulet, Mourgue-Molines, internes en exercice; trésorier, M. le professeur agrégé Villard; trésorier adjoint, M. le docteur Puech, chef de clinique.

Ce Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

a. Sont admis comme membres adhérents les internes et anciens internes des villes de Faculté La cotisation de membre adhérent est de 30 francs pour les anciens internes et de 15 francs pour les internes en exercice.

b. Sont admis comme membres associés les membres immédiats de la famille du titulaire (femme et enfants). La cotisation de membre associé est de 15 francs

Des excursions à Aigues-Mortes, Nîmes et Arles sont prévues pour les 5 et 6 novembre. Elles sont facultatives et font l'objet d'une adhésion spéciale. Elles seront ouvertes aux membres adhérents et associés, moyennant le versement d'une cotisation indépendante qui sera aussi réduite que possible, l'Association des anciens internes de Montpellier prenant une partie importante des frais à sa charge.

Le dernier délai d'inscription au Congrès est le 10 octobre 1924.

PROGRAMME SOMMAIRE. — *Lundi 3 novembre*, 16 h. : MM. les membres du Congrès sont invités à assister à la séance solennelle de rentrée de l'Université, palais de l'Université.

20 h. : Banquet offert aux membres adhérents du Congrès (internes et anciens internes) par l'Association des anciens internes des hôpitaux de Montpellier, hôtel de la Métropole.

Mardi 4 novembre, 9 h. : séance d'ouverture du Congrès à la Faculté de médecine. Rapport du professeur Cruchet, secrétaire général de l'Association. Exposé de l'état actuel de la situation militaire de l'internat. Discussion et vœux. Rapport de MM. Delmas-Marsalet (de Bordeaux) et Boulet (de Montpellier) sur le *Risque professionnel de l'internat*. Discussion et vœux.

11 h. : Visite de la Faculté de médecine et de ses dépendances.

12 h. 30 : banquet offert aux internes en exercice, membres du Congrès, par les internes en exercice des hôpitaux de Montpellier et la Commission administrative des hospices à l'hôpital suburbain.

15 h. : visite du musée de Montpellier.

16 h. : séance de travail à la Faculté de médecine.

21 h. : réception offerte aux membres du Congrès par la Faculté de médecine de Montpellier.

Mercredi 5 novembre, 8 h. : visite des hôpitaux de Montpellier.

9 h, 30. : départ pour Aigues-Mortes. Visite de la vieille ville, des salines, des caves coopératives. Déjeuner à Aigues-Mortes. Retour à Montpellier dans la soirée.

Jeudi 6 novembre, visite de Nîmes et d'Arles. Dislocation dans la soirée à Nîmes.

Correspondance : Adresser toute la correspondance au docteur Gaston Giraud, secrétaire général du VIe Congrès de l'Internat, 9, boulevard de l'Observatoire, Montpellier (Hérault).

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME AIGU DU POUMON

SIGNES, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC (1)

Pronostic. — Il est toujours « des plus sévères » (Laubry). D'une manière générale, il est fonction de : 1° l'*état antérieur du cœur*, et, plus particulièrement encore, du *ventricule gauche*, à l'insuffisance duquel est rattaché aujourd'hui l'œdème aigu du poumon : n'observe-t-on pas, chez les sujets qui en sont atteints, *avant* comme *après* la crise, tous les phénomènes qui caractérisent l'insuffisance ventriculaire gauche ; fonctionnels : dyspnée nocturne ou produite par l'effort ; palpitations régulières ou extrasystoles ; douleurs précordiales de type angineux, favorisées par le décubitus ; — physiques : augmentation de volume du ventricule gauche, bruit de galop gauche, tachycardie, élévation des deux tensions, mais surtout de la minima, insuffisance mitrale fonctionnelle (C. Lian) ? Si l'insuffisance ventriculaire gauche se réduit, soit spontanément, soit sous l'influence de la thérapeutique, le pronostic s'améliore ; 2° de l'*état des fonctions rénales, chlorurémie* : n'y a-t-il pas (A. Weil) hyperchloruration du sang des brightiques en imminence d'œdème pulmonaire aigu, et chez lesquels (Jacquelin) il y a simultanément insuffisance cardiaque ; *hypertension* surtout (Gallavardin, Vaquez, Widal) ; 3° du *traitement* : au début, saignée précoce et copieuse, morphine (Vaquez) ; plus tard, traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche par la digitale donnée à doses suffisantes, et sans se préoccuper des hypothétiques dangers que pourra faire courir l'administration de ce médicament à des sujets atteints d'hypertension et d'insuffisance rénale (Josué et Parturier, C. Lian, Vaquez).

Diagnostic. — 1° **Essentiel.** — Il repose sur deux éléments, qu'il faut toujours combiner : clinique, chimique [albumino-réaction] (Bezançon et de Jong).

2° **Différentiel.** — 1° Dans l'*embolie pulmonaire*, le début est brusque, et la dyspnée violente, comme dans l'œdème aigu, mais il n'y a pas d'expectoration albumineuse, et les signes physiques sont beaucoup moins nets.

2° Dans l'*asthme*, pas d'accélération respiratoire ; souvent, au contraire, le nombre des respirations est diminué ; on trouve uniquement des râles sibilants et ronflants ; l'expectoration, peu abondante, arrive seulement à la fin de l'accès.

L'asthme cardiaque peut encore, lorsqu'il provoque une dyspnée excessive et s'accompagne d'une expectoration abondante, prêter à confusion. Mais l'albumino-réaction des crachats est négative (Bezançon, de Jong et Jacquelin). Il peut d'ailleurs se compliquer d'œdème pulmonaire (C. Lian, Laubry).

3° Au cours des *bronchites chroniques* peut survenir une expectoration abondante, spumeuse, rappelant les crachats d'œdème pulmonaire, dite catarrhe pituiteux ou bronchorrhée. Pour MM. Bezançon et de Jong, ces expectorations à allure albumineuse, qui font penser volontiers à l'œdème pulmonaire, comprennent en réalité trois types, séparables par l'examen histo-chimique et chimique.

a. *L'expectoration albumineuse.* — Elle se voit dans les cas où le malade présente du véritable œdème pulmonaire et présente les caractères chimiques et histo-chimiques décrits plus haut. La présence d'exsudat séro-albumineux en grande quantité le caractérise.

b. *L'expectoration hydromuqueuse.* — Ce sont les crachats d'une forme de bronchite chronique spéciale, le vrai catarrhe pituiteux. Les malades expectorent 400 à 500 centimètres cubes de crachats d'aspect œdémateux, mais ne renfermant pas d'albumine, à peine de mucine. L'eau en est l'élément dominant. On n'y trouve pas de parties purulentes. Cette même expectoration s'observe à un degré moindre chez beaucoup d'emphysémateux qui remplissent deux crachoirs dans les vingt-quatre heures d'un liquide mousseux, blanchâtre, avec très peu de crachats purulents. On donne parfois nom d'asthme humide à ce type de bronchite chronique avec emphysème. A première vue, on croirait que c'est du liquide d'œdème qui est surajouté aux petites portions purulentes. En réalité, il s'agit d'un liquide hydromuqueux.

c. *L'expectoration mixte à prédominance hydro-muqueuse* se voit chez les individus emphysémateux et bronchitiques du type précédent quand des accidents cardio-rénaux surviennent. Comme ils sont cardio-rénaux, on penserait, à regarder leurs crachoirs, qu'ils ont de l'œdème pulmonaire. En réalité, s'ils ont par moment un peu d'œdème pulmonaire se traduisant par l'apparition d'un peu d'exsudat séro-albumineux dans les crachats, leur expectoration abondante est tout de même avant tout hydro-muqueuse. Mais la quantité de crachats, ou plus exactement la quantité d'eau rendue, est pourtant en relation assez nette avec l'état de leurs reins. Ce sont ces malades chez qui le régime déchloruré améliore la dyspnée et diminue l'expectoration. Ce sont de vraies bronchites albuminuriques, en ce sens que leurs crachats ne sont pas des crachats d'œdème pulmonaire, mais que leur hypersécrétion bronchique est bien en relation avec l'état de leurs reins.

4° Les diverses formes d'*urémie respiratoire* peuvent prêter à confusion. On les reconnaîtra grâce à l'absence de signes d'auscultation : respiration de Cheyne-Stokes, dyspnée pure sine materia ou accès de pseudo-asthme.

5° Dans la forme foudroyante avec asphyxie blanche, surtout s'il n'y a pas d'expectoration, on peut croire à une *syncope*, à un accès d'*angine de poitrine*. Mais le cœur continue à battre, et on ne constate ni la douleur ni les symptômes de l'angine de poitrine. L'angine de poitrine des diabétiques se complique fréquemment, d'ailleurs, de grands accès d'œdème pulmonaire aigus (M. Leconte, Lian, P. Merklen, Vaquez). Enfin. l'*œdème aigu du poumon d'origine pneumonique* sera reconnu par la coexistence des éléments suivants : hyperthermie, pouls plein et vibrant, signes physiques mixtes d'œdème et d'hépatisation (Masius).

3° **Etiologique.** — Il faut songer avant tout à :

a. L'*hypertension artérielle*, dont « l'œdème aigu est symptôme courant, surgissant à toutes les périodes, soit aux mêmes titres que d'autres crises vasculaires, véritable signe révélateur, soit au moment où le ventricule gauche donne des signes de fatigue. L'œdème alterne alors avec les douleurs angineuses ou les complique. » (Laubry) ;

b. Les *affections aortiques*, « depuis l'insuffisance aortique rhumatismale la plus pure, jusqu'aux aortites syphilitiques toujours en évolution, aux aortites infectieuses subaiguës, aux anévrismes de l'aorte, aux athéromes de l'aorte thoracique... L'œdème y est un signe précoce d'aortite ou un signe terminal de faiblesse cardiaque » (Laubry).

Bibliographie récente. — *Traités classiques.* — BEZANÇON et DE JONG. *Traité de l'examen des crachats*, Paris 1913. — A. CLERC et L. RAMOND. Intoxications par les gaz de guerre, *Nouveau Traité de médecine*, fasc. 6, Masson. — A. JACQUELIN. Contribution à l'étude clinique et pathogénique des manifestations broncho-pulmonaires des rénaux et des cardio-rénaux, *Th. de Paris*, 1922, et *Gaz. des hôpit.*, 1 et 3, 10 fév. 1923, nos 10 et 12. — LAUBRY. *Sémiologie cardio-vasculaire. Troubles fonctionnels.* — M. LECONTE. Les insuffisances cardiaques partielles, *Journ. méd. franç.*, avril 1921. — LIAN. Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, *Presse méd.*, 22 janv. 1910, n° 7, p. 49 ; — *Gaz. des hôpit.*, 13 déc. 1913, n° 142.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 67, p. 1118, et n° 69, p. 1150.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La beauté de la chevelure, par le docteur Paul ALEXANDRE. 75 lois et dessins originaux de H. GAZAN. 1 vol., 188 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Javailier, éditeur, 47, rue Poncelet.

Le Métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire, par MONCEAUX. 1 vol., 173 pages. — Paris, Legrand.

L'Œuvre de Pasteur, par Charles RICHET, professeur à l'Université de Paris, membre de l'Institut. Un vol. in-16. — Prix : 6 fr. — Paris, F. Alcan.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Par arrêté en date du 30 aout 1924, a été attribuée, à titre posthume, pour services rendus à l'assistance publique :

Médailles de bronze. — M. Gancz, étudiant en médecine, de nationalité roumaine, faisant fonctions d'externe à la Maison de retraites des ménages.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Georges Luys (de Paris).

Officiers d'Académie. — M. le docteur Bernard (de Frasne).

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE (Fondation de la Ville de Paris). Hôpital de la Charité (professeur : M. SERGENT). — Cours de révision d'une semaine (20 au 25 octobre 1924) sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, P. Pruvost, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1924, du 20 au 25 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. 1/2 à midi; l'après-midi, 3 heures à 4 heures) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. HOPITAL SAINT-LOUIS (professeur : M. JEANSELME). — COURS DE PERFECTIONNEMENT. — *Dermatologie et maladies vénériennes*, sous la direction de M. le professeur Jeanselme avec la collaboration de : MM Sebileau, Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, Lian, Darré, Tixier, de Jong, Sezary, Touraine, Gougerot, Dupuy, Hautant, Lemaitre, Sabouraud, Chevalier, Burnier, Marcel Bloch, Hufnagel, Schulmann, Giraudeau, Marcel Sée, Bizard, Noire, Civatte, Ferrand, Barbe.

Le cours complet de dermatologie commencera le 3 octobre 1924.

Le cours complet de vénéréologie commencera le 5 novembre 1924.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 4 h. et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'École-de-Médecine (guichet n° 3).

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA PÉDIATRIE. — Les docteurs Armand-Delille, Hallé, Hubert, Lemaire. Lesné, Paisseau, Weill-Hallé, médecins des hôpitaux, les docteurs Mouchet, Veau, chirurgiens des hôpitaux, feront, du 6 au 18 octobre 1924, deux séries de douze leçons sur les maladies de la première enfance avec démonstrations pratiques, à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot, et à l'hôpital Saint-Louis (Musée), 40, rue Bichat.

Complément pratique. — Au cours de ces conférences, il sera procédé à des examens de malades, à des projections et à des démonstrations pratiques sur la diététique des troubles digestifs de la première enfance (application de la diète hydrique, les laits modifiés, les régimes hydrocarboné et azoté).

Le droit d'inscription est fixé pour chaque série à 100 fr. Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. le docteur Lemaire, à l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot.

CHRONIQUE

Julie Bouchaud des Hérettes à la « maison Coigny » (1), par le docteur L. Babonneix.

Tout le monde a lu *Raphaël*, et tout le monde sait qu'il pourrait porter en sous-titre : *ou de l'amour chaste*. Chaste, l'amour du « vieillard » pour Julie : sa tendresse ne se bornait-elle pas « à la presser quelquefois contre son cœur et à la baiser sur le front, en écartant de la main ses cheveux! » Chastes, les amours des amoureux, chez lesquels « les vils désirs de la passion sensuelle s'étaient anéantis dans la pleine possession de l'amitié l'un pour l'autre! » Et chaste, l'amour du « bon docteur » qui avait contracté une affection cardiaque par « suite d'une passion mystérieuse et secrète pour une des plus belles femmes de Paris! »

La réalité est, comme toujours, sensiblement différente du roman imaginé par le poète. Julie, pour ne parler que d'elle, était « très volage ». Il faut bien le croire, puisque c'est une de ses meilleures amies qui l'affirme. Avant de rencontrer Lamartine, elle avait beaucoup aimé. N'avait-elle pas brûlé d'abord pour un grand maître de l'Université, « homme d'un nom illustre par le génie, puissant par une haute faveur auprès du chef du gouvernement, séduisant par la gloire qui l'entourait et par la figure », et que Lamartine, dans le *Cours familier*, dépeint comme un « gros homme, carré comme un limousin », et qu'il entendit, dans quelque cérémonie, « réciter d'une voix universitaire » des strophes dont l'intention était « honorable » et qu' « on applaudit, mais faiblement »? A Fontanes succédait Lally-Tollendal « vieillard à l'âme juvénile », qu'elle poursuivait de ses feux jusque à Gand, et qui, auprès d'elle, « se délassait, le soir, des larmes, des sueurs et des paroles qu'il avait versées au Conseil ». Et, pendant qu'elle adressait à Lamartine les lettres qu'a retrouvées M. Doumic, il lui restait encore assez de temps pour envoyer force billets au baron Mounier, « un de ces esprits qui n'ont point de jeunesse » et qui, conformément à la mode du temps, avait été, successivement, révolutionnaire, bonapartiste, puis royaliste.

Pourquoi « cette belle personne » aimait-elle tant à aimer? C'est qu'elle devait succomber, jeune encore, à la tuberculose, et que la maladie faisait d'elle une *embrasée*. Mais où avait-elle contracté la tuberculose? C'est ce qu'aucun de ses biographes n'avait encore su nous dire.

M. L. Babonneix, qui nous a déjà conté avec humour les péripéties du voyage à Gand, nous donne aujourd'hui la clef du mystère. Julie n'a nullement été élevée « dans toute la splendeur du luxe. » En réalité, son enfance et sa jeunesse ont été très malheureuses. De bonne heure, elle avait perdu sa mère. Son père? un incapable, quelque peu ivrogne. Dès sa douzième année, elle avait été confiée à l'une de ses tantes paternelles, Louise-Julienne Bouchaud de la Foresterie. Celle-ci avait commencé par être dans l'aisance, son frère lui ayant légué une belle propriété sise à Saint-Domingue. A la suite des événements dont l'île était le théâtre, la propriété avait été, d'abord mise sous séquestre par le gouvernement, puis incendiée par les révoltés. Privée de tout revenu, Louise-Julienne était tombée dans la misère. Misère d'autant plus affreuse qu'elle avait à sa charge deux « pupils », dont Julie!

De la « maison Coigny », sous les combles de laquelle Lanjuinais lui avait trouvé un petit logement, elle accable les autorités de ses demandes de secours. Mais c'est en vain que, pour obtenir des fonds, elle ménage les formes... A ses requêtes, l'Administration répond par des enquêtes. Non seulement, elle se refuse à verser ce qu'elle doit, mais encore elle entend se faire payer les loyers dus par la malheureuse. Et comme celle-ci est dans l'impossibilité de s'acquitter, le receveur des loyers des Domaines Nationaux menace d'envoyer un huissier pour saisir les « tristes grabats » de la citoyenne Bouchaud et de ses « pupils! »

De 1796 à 1800, les appels aux larmes se multiplient. Dans toutes ses pétitions, Louise-Julienne signale son « affreuse situation », et se demande avec angoisse ce que vont devenir les enfants confiés à ses soins, qui ont froid en hiver, et faim en toute saison!

Voilà où Julie a selon toute vraisemblance, contracté la tuberculose! Et voilà le rôle capital qu'a joué, dans sa vie, l'hôtel de Coigny! « Si Julie ne s'y était pas étiolée, y prenant, à l'école de la misère, des leçons de souffrance, d'où lui fût venue cette « ardeur languissante » qui frappait jusqu'aux indifférents? Où eût-elle pris cet air de beau lys penché qui fit, sur le « vieillard » si profonde impression, et, par la pitié, le conduisit à l'amour? Comment, plus tard, Lamartine eût-il pu trouver en elle « la figure de ses rêves, un beau fantôme avec des bandeaux noirs et de beaux yeux battus? » (Anatole France). L. GAYARD.

(1) *Revue d'histoire littéraire de la France*, oct.-déc. 1923.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES CLINIQUES ET ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX ET LA TAXE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

M. Mistral, député, expose à M. le ministre des Finances que les cliniques et établissements médicaux étant, par une récente décision de la Cour de cassation, classés dans les professions commerciales, deviennent, de ce fait, passibles de la taxe sur le chiffre d'affaires, et demande si, pour l'établissement de celui-ci, les soins purement médicaux (opérations et accessoires) doivent être confondus avec le logement et la nourriture ou si, au contraire, le contribuable peut être exonéré pour le produit de sa profession libérale et doit seulement déclarer le chiffre d'affaires résultant du logement et ses accessoires, ajoutant que la même question se pose pour l'établissement des déclarations du cédulaire. (*Question du 19 juin 1924.*)

Réponse. — Il résulte de l'arrêt de la Cour de cassation auquel il est fait allusion que les exploitants de clinique et établissements médicaux doivent être assujettis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux pour l'ensemble des bénéfices qu'ils retirent de leur exploitation sans qu'il y ait à distinguer entre la part de ces bénéfices afférente aux soins médicaux donnés aux malades et celle provenant des fournitures faites soit aux malades eux-mêmes, soit aux autres personnes reçues dans l'établissement. Par voie de conséquence, la taxe du chiffre d'affaires est également exigible sur la totalité des affaires réalisées, (*J. o.*, 1er-2 septembre 1924, n° 232, p. 3204.)

REVUE GÉNÉRALE

LA THORACOPLASTIE EXTRAPLEURALE ET LA PHRÉNICOTOMIE
DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. JACQUES BARANGER,
Interne des hôpitaux de Paris.

I. **Le principe du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.** — Il y a des *tuberculoses chirurgicales*, justiciables d'un traitement général, mais surtout d'un traitement local, le type en est si l'on veut la coxalgie ou le mal de Pott; il y a des *tuberculoses médicales*, qui de par leur généralisation (granulée) ou leur localisation (forme ulcéreuse de la tuberculose intestinale) relèvent presque uniquement d'un traitement d'ordre général. La *tuberculose pulmonaire* a longtemps représenté le type des tuberculoses médicales; pourquoi cela et pourquoi aussi passe-t-elle maintenant en partie dans le groupe des tuberculoses chirurgicales?

Qui dit tuberculose chirurgicale dit tuberculose localisée d'une part, lésion accessible d'autre part; le chirurgien peut agir sur un ganglion par l'excision, sur une articulation par la mise au repos, on sait que la tradition française pour les tuberculoses ostéoarticulaires est à l'immobilisation plâtrée.

La tuberculose pulmonaire est une tuberculose localisée, surtout à son début, mais le poumon a longtemps passé pour un organe pratiquement inaccessible au chirurgien, soit à cause de sa cuirasse thoracique et pleurale, soit de par sa structure en éponge, soit plutôt à cause du va-et-vient perpétuel de ce soufflet physiologique.

L'excision partielle, la mise au repos de l'organe semblaient de réalisation difficile. Elles furent pratiquées cependant; l'excision avec des résultats mauvais (phrénicotomie, Tuffier, Doyen, Mac Even), la mise au repos de l'organe avec des résultats vraiment encourageants.

Ce repos d'un poumon, utilisable seulement dans le cas d'un autre poumon intact a été obtenu de trois manières :

1. Le *pneumothorax artificiel*, réalisant le véritable *collapsus actif d'un poumon tuberculeux*. C'est une opération de petite chirurgie pratiquée aujourd'hui largement par les médecins.
2. La *thoracoplastie extrapleurale* réalisant un collapsus moins complet arrivant malgré tout à vider plus ou moins complètement les cavernes, agissant surtout par l'aide précieuse qu'elle fournit à la *rétraction fibreuse* que manifeste un poumon tuberculeux ayant tendance à se cicatriser. Elle est la seule utilisable dans le cas de plèvre adhérente.
3. La *phrénicotomie* enfin, ou section d'un nerf phrénique est un moyen adjuvant d'immobilisation d'un hémithorax.

II. **Historique.** — Les premiers essais de thoracoplastie datent de 1885. De Cérenville, fut frappé du résultat de l'opération d'Estlander dans les pleurésies purulentes (désossement pariétal limité) et jugeant par analogie essaya dans un cas de tuberculose pulmonaire la résection de la Ve côte pour obtenir l'affaissement d'une caverne sous-jacente.

En 1888 Quincke essaya « un désossement local au niveau de l'anneau supérieur du thorax ». Presque en même temps Carl Spengler et Turban proposaient et réalisaient à Davos la résection étendue des côtes comme traitement des empyèmes tuberculeux et de la tuberculose ulcéreuse; ils donnaient à l'opération son nom de thoracoplastie extrapleurale ».

Tous ces essais furent timides, leurs résultats peu concluants, leur retentissement surtout en France très limité.

Nous ne dirons pas la même chose de l'intervention que proposa Tuffier en 1892. Inciser le IIe espace intercostal, décoller la plèvre pariétale de la partie supérieure du thorax et par son intermédiaire comprimer le sommet d'un poumon tuberculeux au moyen d'une greffe graisseuse ou d'un corps étranger, il y avait là certainement une idée d'une logique impeccable, et si cette opération, indiquée par une lésion unilatérale du sommet, ne s'était pas adressée à des tuberculeux au début, elle aurait certainement, vu les résultats encourageants de son auteur (16 cas en 1914, 10 améliorations), rallié plus de chirurgiens.

Il a semblé, en effet, que les cas au début devaient justifier seulement du traitement général.

Signalons encore la tentative de Freund qui, partant de cette vue théorique que la localisation fréquente au sommet de la tuberculose pulmonaire doit être la conséquence de l'étroitesse de l'anneau costal supérieur, réséqua le Ier cartilage costal en dedans de son union avec la Ire côte. Son intervention n'a qu'un intérêt historique.

Il fallut la *vogue du pneumothorax artificiel* conçu par Forlanini en 1882, mais vulgarisé simplement dans les dix premières années du XXe siècle (Dumarest, d'Hauteville, réalise son premier pneumothorax en 1908) pour encourager les chirurgiens, ceux-ci cherchèrent dans la thoracoplastie le moyen de pratiquer « la collapsthérapie » de la tuberculose dans les cas de lésions unilatérales où le pneumothorax artificiel n'était pas possible. Comme l'a dit très justement Dumarest « du pneumothorax artificiel à la thoracoplastie il n'y a qu'un pas; l'un conduit fatalement à l'autre. »

Aussi dès 1908 un chirurgien allemand *Friedrich* (de Marbourg) réalisait, selon la conception de Brauer, un large désossement de la paroi thoracique. Sa large thoracectomie, rappelant l'opération de Schede dans l'empyème chronique consistait en une résection des côtes de la Xe à la IIe depuis leur extrémité cartilagineuse jusqu'à leur angle postérieur. Sa technique obtint un certain succès en Allemagne, et même dans les pays étrangers; elle est encore pratiquée, en Amérique par Willy-Meyer. Vers 1912 *Wilms* préconisa la mobilisation d'un volet thoracique (huit Ires côtes) par section de chaque côte en avant et en arrière, c'était l'opération de *Quénu* appliquée au traitement de la tuberculose pulmonaire.

En 1912 enfin *Sauerbruch*, de Zurich (actuellement à Munich) pratiqua la thoracoplastie extrapleurale selon la technique de la *résection costale postérieure*. Imitant l'opération de *Boiffin* dans les empyèmes, il sectionnait sur 7 centimètres environ l'extrémité postérieure des onze Ires côtes. Des trois thoracoplasties larges, c'est l'opération de Sauerbruch qui devait triompher.

L'opération de Bauer-Friedrich en effet, très mutilante, du fait du shock formidable qui s'ensuit, du fait surtout du déséquilibre considérable pour le

médiastin consécutif au désossement brutal et complet d'un hémithorax, entraîne une mortalité considérable. Et si les dernières statistiques de Friedrich sont plus encourageantes, cela tient probablement au choix très sévère des sujets. Néanmoins il reste que l'opération de Friedrich réalise un affaissement considérable de l'hémithorax, diminuant la capacité thoracique, d'après Sauerbruch lui-même, de 600 à 900 centimètres cubes. Quant à l'opération de Wilms, elle semble bien n'avoir jamais été pratiquée que par son auteur; aussi bien on avait montré déjà (thèse de Gourdet) que l'opération de Quénu, presque aussi mutilante réalisait une réduction de la capacité thoracique bien minime et un affaissement bien peu considérable par rapport à l'opération de Boiffin. On ne doit pas s'étonner que l'opération de Wilms amène simplement 160 à 180 centimètres cubes de diminution de la capacité thoracique. L'opération de Sauerbruch qui réalise 3 à 500 centimètres cubes de diminution de la capacité thoracique, qui est moins shockante que l'opération de Friedrich, qui donne d'une façon moins importante et surtout moins durable des troubles de déséquilibre du médiastin, devait l'emporter. Son auteur avait en 1923 réalisé déjà 4 à 500 fois cette intervention. C'est elle qui connaît la faveur de la plupart des chirurgiens allemands; des chirurgiens suisses (Roux à Lausanne, Alexander à Agrar), des chirurgiens scandinaves (Jacobœus et Key; Saugman et Bull), des Anglo-Américains (Brown et Eloesser, Archibald).

C'est elle aussi qui s'est implantée en France. Les Lyonnais ont commencé son utilisation. La première thoracoplastie de Bérard (partielle d'ailleurs) date de 1913; depuis, cet auteur a pratiqué plus de trente fois cette intervention; il a été suivi à Lyon par des collègues ou des élèves : Santy, Leriche, Patel. A Paris, Lardennois, sur l'inspiration d'Ameuille, a pratiqué trois fois cette opération. A Roubaix, Descarpentries en 1923 avait deux observations de thoracoplasties extrapleurales avec une technique un peu différente de celle de Sauerbruch il est vrai.

Les travaux originaux français écrits sur la question sont avant tout des travaux lyonnais. *Bérard*, ses élèves *Guilleminet* et *Madinier* ont mis au point cette question dans des mémoires qui resteront. Nous devons signaler également la revue de Courcoux et Desplas et surtout le lumineux exposé de notre maître *Lenormant*, dans le *Journal de chirurgie*; nous lui avons fait de larges emprunts.

Quant à la *phrénicotomie*, son idée aussi est allemande et il semble que jusqu'ici sa réalisation n'ait pas dépassé les frontières de son pays d'origine. Pratiquée au début seule, avec la prétention d'obtenir par la collapsthérapie la guérison de lésions tuberculeuses unilatérales, elle est actuellement reléguée au rang d'opération adjuvante; et c'est soit avant une thoracoplastie (utilité diagnostique : vérification de l'intégrité du poumon dit sain après la mise au repos partielle du poumon atteint) soit après une thoracoplastie (opération complémentaire) que les auteurs allemands, notamment Sauerbruch l'emploient aujourd'hui. Pour Alexander l'épreuve de Sauerbruch (phrénicotomie comme procédé de vérification de l'intégrité du poumon opposé) n'a pas de valeur absolue.

III. **Indications et contre-indications de la thoracoplastie et de la phrénicotomie. — 1. Quand faut-il opérer ?** — L'indication d'une thoracoplastie doit être posée par un médecin et de préférence par le médecin de sanatorium après quelque temps d'observation.

En face d'un tuberculeux pulmonaire, tout au début, en face d'un sujet cachectique à lésions bilatérales le médecin n'hésitera pas ; il dira : traitement général ou médication symptomatique. Mais en face d'un sujet présentant une forme évolutive de tuberculose pulmonaire avec lésions unilatérales, il pourra se poser la question : Pneumothorax ou thoracoplastie ? La réponse sera la plupart du temps : pneumothorax, la méthode de Forlanini est l'opération idéale, elle détermine un shock insignifiant, réalise un collapsus pulmonaire total, s'adresse même à des sujets d'état général très atteint, enfin permet le retour à l'état antérieur quand l'évolution des lésions pulmonaires aura paru complètement enrayée. Un seul point noir important : la fréquence des complications pleurales. Choisir entre ce traitement admirable et une opération shockante, constituant une mutilation définitive, faisant courir au sujet des risques immédiats sérieux, opération qui, d'ailleurs, dans son exécution la plus large ne donne jamais que les trois quarts de la réduction de la capacité thoracique qu'on obtient avec un pneumothorax total (Brauër), c'est donc la plupart du temps choisir le pneumothorax artificiel et dans l'ensemble la thoracoplastie vit surtout des contre-indications et des accidents du pneumothorax. Aussi adopterons-nous, après Lenormant, la classification des indications proposée par Bérard et Dumarest qui est fonction de la possibilité ou de l'existence d'un pneumothorax artificiel.

A. La thoracoplastie, méthode de suppléance d'un pneumothorax impossible à réaliser. — La méthode de Forlanini nécessite l'existence d'une plèvre libre. Lors donc qu'on se trouve en présence d'une *plèvre adhérente*, il faut venir à bout des adhérences ou renoncer au pneumothorax. On a préconisé, d'une part, la libération des adhérences par une insufflation à forte pression, d'autre part, leur section au bistouri ou au galvanocautère sous le contrôle de la radioscopie ou de la thoracoscopie (Jacobœus), ces méthodes sont brutales, elles ont été rejetées à cause des accidents graves auxquels elles ont donné lieu.

On peut tourner la difficulté en mobilisant un volet thoracique : c'est la thoracoplastie extrapleurale. Encore n'y faut-il recourir qu'après plusieurs essais infructueux d'insufflation pleurale (Bérard et Dumarest) et après une observation prolongée. De plus le sujet doit se trouver dans des conditions plus sévères que pour un pneumothorax.

D'abord *lésion strictement unilatérale*, cliniquement ; cette intégrité *clinique* (qui, d'ailleurs, jamais ne répond à une intégrité anatomique complète) doit être complétée par une intégrité radioscopique; ceci est d'autant plus important que la propagation au poumon dit sain est infiniment plus fréquente après thoracoplastie qu'après pneumothorax artificiel; il semble que les deux facteurs en soient l'aspiration par l'hémithorax sain des sécrétions du poumon en demi-collapsus (du « matériel tuberculeux » [Madinier]) et l'affaissement de l'état général, provisoire mais considérable qui fait suite à l'intervention. Toutefois, signalons que Sauerbruch et Saugman sont moins absolus, ils tendent à assimiler complètement sous ce rapport la thoracoplastie au pneumothorax; tous deux rapportent des cas où

d'assez importantes lésions du côté supposé sain ont été améliorées par une thoracoplastie, ainsi que cela se voit dans la pratique du pneumothorax. Evidemment, disent Bérard et Dumarest, la tuberculose pulmonaire est une maladie à surprises, le succès peut, en cette matière, couronner des tentatives contre toute vraisemblance. Sous cette réserve, ils maintiennent la nécessité de l'unilatéralité stricte des lésions pour pratiquer la thoracoplastie.

Deuxième condition. — État général suffisamment résistant pour faire les frais d'une ou deux interventions sérieuses. Le pneumothorax donne des succès dans des formes aiguës pneumoniques de tuberculose pulmonaire, il ne peut être question d'une indication semblable pour la thoracoplastie.

Bérard et Dumarest ajoutent même : N'intervenez qu'en période d'apyrexie prolongée (sauf dans le cas de pyopneumothorax ouvert dans les bronches).

Troisième condition. — Tendance à la rétraction fibreuse du poumon et de l'hémithorax incriminés, la tâche doit être amorcée par la nature.

La thoracoplastie, nous l'avons dit d'après Madinier, ne réalise pas le collapsus actif du poumon, elle se contente de favoriser la rétraction fibreuse d'un poumon par mobilisation de la paroi thoracique, et, d'ailleurs, cette rétraction s'accuse encore plusieurs mois après l'intervention.

De tout cela, on peut déduire que : *Ce sont les lésions graves, étendues, destructives, franchement unilatérales, mais avec conservation d'une bonne résistance générale qui constituent l'indication de choix de la thoracoplastie lorsque le pneumothorax est impossible* (Bérard et Dumarest). La thoracoplastie ne s'adresse jamais aux lésions initiales, car ou bien ces lésions sont peu graves et justiciables alors d'un simple traitement général, ou bien elles sont aiguës et relèvent du pneumothorax. Les principales indications de la thoracoplastie, disent encore Bérard et Dumarest, sont surtout « les grosses lésions fibrocaséeuses ulcéreuses de la phtisie chronique et les larges pertes de substance localisées à tendance fibreuse, peu extensives et peu évolutives, avec intégrité des autres organes et de la résistance générale ».

B. La thoracoplastie complément d'un pneumothorax insuffisant ou abandonné. — De telles éventualités sont très fréquentes.

Deux cas peuvent se présenter :

a. *Le pneumothorax est insuffisant.* — « Soit que le décollement pleural n'ait pu être obtenu que dans les parties les plus saines du poumon et que le collapsus n'ait pu atteindre les lésions principales, soit qu'un processus adhésif, survenu secondairement, ordinairement à la suite d'une pleurésie, ait réduit tardivement la capacité d'un pneumothorax et compromis ainsi son efficacité.

Dans les deux cas des *adhérences* puissantes mettent un obstacle absolu au collapsus thérapeutique et le médecin se trouve dans l'obligation de renoncer à poursuivre un pneumothorax totalement inopérant ou au moins insuffisant » (Bérard et Dumarest).

b. *Un pneumothorax efficace a été abandonné*, tantôt par la négligence du malade se croyant prématurément guéri, tantôt par la faute du médecin, tantôt à la suite de complications pleurales. De sorte qu'un pneumothorax primitivement total devient peu à peu partiel. Même s'il n'y a pas eu d'épanchement, la symphyse peut suivre la reprise de contact des feuillets pleuraux, en vertu d'un processus inflammatoire chronique qui est constant.

Dans tous ces cas, la thoracoplastie est applicable, thoracoplastie partielle parfois, mais le plus souvent totale, les arcs costaux se prêtant un mutuel appui.

Toutefois, on ne décidera pas d'une manière inopportune la thoracoplastie après pneumothorax abandonné si le résultat général du pneumothorax a été maintenu, malgré la réexpansion pulmonaire, cas fréquent lorsque le collapsus aura duré longtemps.

De plus, s'il y a un épanchement important, on en pratiquera l'évacuation avant l'intervention par une ponction, on ne devra jamais opérer d'ailleurs au début de l'évolution d'un épanchement.

Enfin, s'il existe une collection gazeuse totale, on veillera à ce que la pression intrapleurale soit faible au moment de la thoracoplastie.

C. La thoracoplastie substituée avec avantage a un pneumothorax possible. — C'est une indication *exceptionnelle*, et d'une manière générale, quand la plèvre est libre il faut pratiquer le pneumothorax. Bérard signale toutefois une exception à cette règle : le *cas de lésions ulcéreuses localisées ou de grosses cavités siègeant à la base du poumon*. Une thoracoplastie partielle portant sur la moitié inférieure de l'hémithorax constitue là une opération relativement simple, sans gros risques, ne détermine ni shock important ni retentissement sur les organes du médiastin ; il semble que cette thoracoplastie partielle ait de gros avantages sur un pneumothorax total, qu'elle nécessite pour le malade moins de frais, de temps, d'assujétissement; la déformation qui en résulte n'est ni inquiétante ni bien préjudiciable à l'esthétique. Bérard a opéré deux malades dans ces conditions avec deux succès. Sauerbruch complète cette intervention par la phrénicotomie.

D. La thoracoplastie traitement de la fistulisation pleuro-pulmonaire ou pleuro-pariétale survenue au cours du pneumothorax artificiel. — *a.* La *perforation pulmonaire* est une complication généralement fatale du pneumothorax; la mort est particulièrement la conséquence de l'infection du liquide pleural. Faire, dans ce cas, une thoracoplastie large et précoce qui accole les feuillets de la plèvre et tarit immédiatement les sécrétions qui achèvent de se vider par les voies respiratoires.

b. La *fistulisation externe de l'empyème tuberculeux* amène plus lentement, mais d'une façon aussi certaine, des conséquences aussi redoutables. On le traitera par une thoracectomie plus ou moins large, selon les circonstances. Sauerbruch, Lucien Spengler et Bérard ont eu recours dans ces deux cas à l'intervention avec quelques succès.

E. La thoracoplastie traitement des hémoptysies profuses. — Bérard et Dumarest ne parlent pas de cette indication. On la trouve dans la thèse de Madinier rapportée d'après Friedrich et Sauerbruch. Il ne semble pas impossible que dans les cas d'hémoptysies abondantes et répétées avec plèvre adhérente, la thoracoplastie ait donné des résultats intéressants.

2. Quelles sont les contre-indications de la thoracoplastie? — *A.* L'age. — Eviter d'opérer en principe un enfant ou un vieillard.

Friedrich dit : pas au-dessous de quinze ans,

pas au-dessus de quarante; mais d'autres auteurs ont opéré un entant de douze ans ou un homme de cinquante ans, c'est une question d'espèces, de résistance générale surtout.

B. L'INSUFFISANCE DE LA RÉSISTANCE GÉNÉRALE. — Peut nécessiter l'abstention ou l'opération en deux temps.

C. D'AUTRES LOCALISATIONS GRAVES DE L'INFECTION TUBERCULEUSE. — Notamment la tuberculose de l'intestin, celle du rein.

La tuberculose laryngée n'est pas une contre-indication (Bérard et Dumont, Alexander-Ghartle et Geckler).

D. CERTAINES LÉSIONS OU AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES. — Menaçant la vie du malade, notamment les *lésions organiques du cœur* (myocardites, lésions valvulaires, insuffisance cardiaque). Citons encore le diabète, la néphrite chronique.

E. L'INTOLÉRANCE A LA NOVOCAÏNE. — Chez un sujet où l'on hésiterait d'autre part à pratiquer l'anesthésie générale.

F. LE MILIEU HOSPITALIER — Il y a certains milieux hospitaliers d'hygiène déplorable qui contre-indiquent absolument une opération de ce genre. En principe pratiquer l'opération *au sanatorium* (Sangman). En tous cas soumettre les malades, avant et après l'opération à une cure sanatoriale prolongée.

Parallèle entre les indications du pneumothorax artificiel et celles de la thoracoplastie. — Ce parallèle a sa place ici maintenant que nous connaissons les indications et les contre-indications de la thoracoplastie.

Pneumothorax, médication idéale, s'adressant à des lésions unilatérales jeunes, même très évolutives, mais avec tissu pulmonaire rétractile (Léon Bernard); un ennui : la nécessité de la réinsufflation, une complication fréquente, l'épanchement pleural.

Thoracoplastie extrapleurale, opération bien plus grave, ne réalisant pas le collapsus complet du poumon, partageant donc, comme le dit Madinier, le pronostic du pneumothoràx grand partiel, c'est-à-dire ne jugulant pas de façon certaine l'évolution des lésions pulmonaires; doit être réservée comme « moyen héroïque » (Madinier) aux formes graves, chroniques, avec lésions anciennes, à tendance fibreuse; elle a pour elle l'avantage du définitif.

3. **Quelle opération pratiquer?** — *A.* PLASTIE PARTIELLE OU PLASTIE TOTALE? — Nous avons vu dans notre historique que la plupart des chirurgiens s'étaient ralliés aux *plasties totales* type Friedrich ou mieux type Sauerbruch. En effet comme dit Guilleminet « les côtes se soutiennent entre elles et, en un point donné, la résection de quelques côtes donne un affaissement bien moindre que la résection de toutes les côtes ». De fait, si l'on en croit l'expérience de Brauer, de Sauerbruch, de Saugman, toutes les plasties partielles ne donneraient que des succès temporaires. Il faut donc réséquer, disent les Lyonnais de la Ire côte incluse à la XIe.

La *thoracoplastie partielle* a pourtant quelques indications que nous connaissons déjà :

1° Les lésions ulcéreuses de la base.

2° L'adjonction à un pneumothorax partiel. Spengler ajoute : certains cas de tuberculose pulmonaire compliquée d'empyème récent. Ne jamais oublier en tous cas que « même partielle la thoracoplastie doit être très large » (Guilleminet).

B. LA THORACOPLASTIE TOTALE DOIT-ELLE ÊTRE PRATIQUÉE EN UN TEMPS OU EN DEUX TEMPS? — Bérard dit : la seule indication de l'opération en deux temps est l'insuffisance de la résistance générale. Dans ce cas on commencera par réséquer 4 à 5 côtes inférieures puis quelques semaines après on terminera par la résection des côtes supérieures.

Toutefois certains auteurs préconisent systématiquement l'opération en deux temps.

C. FAUT-IL ASSOCIER A LA THORACOPLASTIE UNE OPÉRATION COMPLÉMENTAIRE? — Si l'on peut poser cette question, comme le fait remarquer Lenormant, c'est que les effets de la thoracoplastie sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire ne sont pas immédiats et qu'ils ne sont pas toujours complets. On s'est donc demandé s'il ne serait pas possible de les améliorer par une opération complémentaire.

Il n'est plus question sous ce nom ni de la pneumotomie, ni de l'exérèse d'un segment pulmonaire, pas plus que de la ligature des vaisseaux pulmonaires ou de la section des IIe, IIIe et IVe racines du sympathique dorsal préconisée par Alvarez. Nous retiendrons seulement : le pneumothorax artificiel, l'apicolyse et la phrénicotomie.

a. *Le pneumothorax artificiel.* — Peut être combiné, nous l'avons vu, avec la thoracoplastie partielle dans le cas de symphyse pleurale partielle. Cette symphyse partielle est fréquemment localisée au sommet du poumon alors que le reste de la plèvre à la base et à la partie moyenne est libre; aussi Sauerbruch préconise-t-il dans ce cas la thoracoplastie des cinq à sept Ires côtes; il a traité de la sorte 26 malades avec 15 guérisons. Jacobœus et Key, moins heureux, ont renoncé à cette manière de faire (2 morts et 1 échec sur 8 cas).

b. *L'apicolyse.* — Opération préconisée par Tuffier vers 1892. Elle consiste après incision du IIe espace intercostal à décoller la plèvre apicale à travers une feuille de soie vaselinée. On comble la cavité avec de l'épiploon, de la pâte de Beck, de la paraffine simple ou bismuthée ou encore un ballon qu'on gonfle. Isolée, cette opération est peu employée, et avec des résultats variables; Sauerbruch, Alexander, Wilms et Bull l'ont associée à la thoracoplastie qui agit toujours mal sur les lésions des sommets; ils s'en déclarent satisfaits. Rivière et Romains de Londres l'ont également utilisée.

c. *La phrénicotomie.* — « Est peut-être, dit Lenormant, l'opération qui complète le mieux la thoracoplastie ». La section du nerf phrénique entraîne une paralysie et une ascension de la moitié correspondante du diaphragme qui peut remonter de 7cm5 à droite et de 6 à gauche (Félix). On a ainsi une diminution de la capacité vitale d'un hémithorax. La phrénicotomie à elle seule suffit rarement à procurer au poumon un repos suffisant pour entraver l'évolution de lésions tuberculeuses; mais combinée avec une thoracoplastie totale ou une thoracoplastie partielle de la base elle complète fort heureusement l'effet des collapsus qu'elles déterminent; nous verrons tout à l'heure comment elle doit être pratiquée. Notons que d'après Hugo Hauke, la paralysie du diaphragme n'entraîne aucun trouble circulatoire (tel que stase de la veine cave inférieure par exemple).

(A suivre.)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

XXVIIIe SESSION. — BRUXELLES, 1er AU 7 AOUT 1924)

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu dans la grande salle du Palais des Académies. M. Herbette, ambassadeur de France, l'honorait de sa présence.

Au bureau avaient pris place : M. Masson, ministre de la Justice ; les docteurs de Massary et Glorieux, présidents français et belge ; Anglade, vice-président ; Auguste Ley, secrétaire général ; Charpentier, secrétaire général permanent ; le docteur Delattre, du ministère belge de l'Hygiène ; M. H. Dom, directeur général au ministère de la Justice ; M. Didion, directeur général au ministère de la Justice et membre du service d'anthropologie pénitentiaire ; le général-médecin Wilmaers, chef du Service de santé de l'armée belge ; les docteurs Klippel, Semelaigne, Meige, et enfin les délégués des divers pays alliés et amis.

Dans son allocution, M. Masson apporte au Congrès le salut du gouvernement belge et signale que les travaux des médecins aliénistes ont souvent inspiré les directives de son département en matière de réformes du régime pénitentiaire : « Je ne suis entre vos mains qu'un instrument, mais je m'efforcerai que vos vœux deviennent des réalités. »

Prennent ensuite la parole, au nom des diverses institutions et pays qu'ils représentent, les délégués suivants :

Docteur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon (ministère de l'Instruction publique et des beaux-arts) ; M. l'inspecteur général Rondel (ministère du Travail et de l'Hygiène) ; M. le médecin-major de 1re classe Cazenove (ministère de la Guerre) ; docteur Welter (gouvernement du grand-duché de Luxembourg) ; docteur Hesnard (ministère de la Marine) ; docteur Jelliffe [de New-York] (Société américaine de psychiatrie) ; professeur Brousseau (gouvernement de la province de Québec) ; professeur Wimmer (Faculté de médecine de Copenhague) ; le docteur Van der Scheer (Société néerlandaise de psychiatrie) ; le professeur Donaggio (de Modène) [Société italienne de neurologie] ; le professeur Orzechowski (Faculté de médecine de Varsovie) ; le docteur Répond (Société suisse de psychiatrie) ; le docteur Schnyder (Société suisse de neurologie).

M. le président de Massary prononce ensuite le discours inaugural : il tient d'abord à rendre hommage aux hautes personnalités qui ont bien voulu témoigner leur intérêt au Congrès. Il fait acclamer les noms de Leurs Majestés le Roi et la Reine des Belges qui ont accordé au Congrès leur haut patronage, ceux du cardinal Mercier, de M. le bourgmestre Max, etc.

Il esquisse l'histoire de l'assistance aux aliénés dans le passé. Il établit que si les reproches qu'on a adressés à beaucoup d'établissements sont fondés en ce qui concerne les soins matériels aux malades, ils ne le sont pas pour ce qui regarde les soins moraux et le souci de la liberté individuelle des aliénés.

Le docteur Glorieux adresse des remerciements aux ambassadeurs de France, de Suisse, du Grand-Duché, aux ministres de l'Instruction publique, de l'Hygiène, de la Guerre, de la Marine de France, au Conseil général de la Seine représenté par trois délégués (MM. Chausse, Paul Fleurot et le docteur Calmels), au préfet de la Seine, qui a délégué M. le docteur Capgras, au Comité de surveillance des asiles de la Seine ; aux Facultés de médecine et aux Sociétés scientifiques des pays d'Europe et d'outre-mer qui ont tenu à se faire représenter au Congrès. Il retrace en quelques paroles émues le sort malheureux des malades mentaux français évacués en Belgique par les Allemands, et le sort plus heureux des aliénés belges évacués en France au début de la guerre et soignés à l'asile de Vaucluse. Il termine en émettant le vœu de voir le gouvernement belge simplifier les formalités d'admission dans les asiles et arriver à l'admission libre pour les psychopathes non dangereux.

(1) Service spécial de l'*Association de la Presse médicale française*. — La reproduction de ce compte rendu est interdite aux journaux qui n'appartiennent pas à l'Association.

PREMIER RAPPORT : PSYCHIATRIE.

UNE DES FORMES DE L'ENFANCE ANORMALE : LA DÉBILITÉ MENTALE

Par les docteurs SIMON (de Perray-Vaucluse) et VERMEYLEN (de Gheel).

Les auteurs annoncent qu'ils n'étudieront que la débilité mentale chez l'enfant et qu'ils écartent de leur étude les troubles du caractère. D'après la définition de Binet, est débile tout sujet dont le niveau d'intelligence est supérieur à celui de sept ans. Mais la limite supérieure de la débilité restait à déterminer ; les auteurs croient pouvoir lui assigner l'âge psychique de neuf à dix ans. D'autres auteurs ont proposé de recourir à ce qu'on appelle le quotient d'intelligence, c'est-à-dire le quotient de l'âge intellectuel par l'âge réel du sujet. Un enfant normal aurait donc un quotient égal à l'unité. Toutefois on ne pourrait parler de débilité que pour un quotient supérieur à 0,70 ; mais pour établir le niveau moyen, très difficile d'ailleurs à fixer parce qu'il n'est pas « un », on pourrait avoir recours à une méthode statistique consistant à mesurer l'intelligence à un grand nombre d'enfants pris au hasard. Puis, calculant la variation moyenne de leur intelligence, on déterminerait les frontières d'un groupe moyen au delà et en deçà duquel se placerait tout naturellement l'élite ou l'arriération. Ce procédé ne donnerait, d'ailleurs, qu'une approximation assez incertaine. Une autre méthode consiste à étudier le niveau des enfants arriérés dans un établissement spécial. Pour l'intelligence, on doit considérer comme normal tout sujet dont l'écart par rapport au niveau de son âge est d'un an et comme anormal soit par excès, soit par défaut, les enfants dont l'écart à la moyenne de leur âge est supérieur à un an si l'enfant est jeune et à deux ans s'il est plus âgé.

Un problème important serait de déterminer l'avenir du sujet débile et le niveau maximum du développement intellectuel qu'on peut attendre pour lui.

Couramment nous préjugeons l'avenir d'un enfant par son état présent. Aujourd'hui, où nous possédons des procédés de mesure pour le développement intellectuel, on pouvait se demander si ces procédés ne pourraient conduire à des conclusions plus exactes. Une seule méthode semble susceptible de le permettre : la mesure du développement intellectuel d'enfants à un niveau donné ; mesurer de nouveau ce niveau quelques années plus tard, et voir alors ce que ces enfants sont devenus.

Chez les enfants normaux, on constate le plus souvent dans ce cas une avance intellectuelle régulière de douze mois par année. Chez les enfants débiles, les choses ne se passent pas de même : 1° Une certaine proportion d'enfants débiles seulement font des progrès ; bon nombre restent stationnaires ; ces chances de progrès augmentent avec le quotient d'intelligence de l'enfant à l'époque de son premier examen.

2° Quant aux enfants débiles qui avancent, leurs progrès sont inférieurs à une année par an, de telle sorte que leur retard va sans cesse en augmentant.

Ces gains sont d'autant moindres chaque année que le quotient d'intelligence du sujet est plus bas. Ils sont également plus grands chez les sujets jeunes (de moins de douze ans, par exemple) que chez les sujets plus âgés. D'après ces constatations, la formule de la débilité mentale deviendrait donc la suivante : retard intellectuel, développement ralenti, précocité des arrêts.

Passant à l'étude des formes cliniques, les auteurs décrivent succinctement les différents types de débiles. Ils distinguent :

1° Le débile pondéré ;

2° Le sot ;

3° Les débiles instables dont ils rapprochent les débiles puérils ;

4° Les débiles émotifs.

En terminant, les rapporteurs attirent l'attention sur les complications de la débilité (affections mentales, criminalité) et la nécessité qu'il y a à tenir les débiles à l'abri des entraî-

nements en organisant autour d'eux une tutelle quasi constante.

Discussion. — Docteur HESNARD exprime son scepticisme vis-à-vis de la méthode chiffrée qui ne remplacera jamais l'observation clinique, regrette que les rapporteurs n'aient pas étendu la question à celle de la variation de la débilité d'après l'âge, estime que dans la réalité les types de débilité sont plus nombreux que ceux admis par les rapporteurs et échappent à leur classification; en somme, l'étude de MM. Simon et Vermeylen lui semble trop psychométrique et pas assez clinique; pour lui, c'est l'affectivité du débile dont on doit s'occuper avant tout, car c'est d'elle que dépend la réadaptation du sujet.

Docteur POROT signale que la classification des rapporteurs correspond à celle que Hesnard et lui-même avaient proposée pendant la guerre. Il insiste sur le fait que dans l'appréciation de débilité mentale il faut tenir compte de la relativité ethnique et de l'influence du milieu.

Docteur Paul BONCOUR pense que les troubles du caractère ont plus d'importance que le degré de débilité pour apprécier la réadaptabilité sociale d'un sujet.

Docteurs DECROLY et BOULENGER prennent tous deux la défense de l'expérimentation; ils montrent les avantages de la méthode des tests qui ne s'opposent pas à l'examen clinique mais qui le complètent.

Dans sa réponse, M. SIMON fait observer que débilité mentale est un terme très général; c'est de propos délibéré, dit-il, que nous n'avons traité que de la débilité intellectuelle, en écartant la débilité du caractère. L'étude du caractère seul ne nous aurait conduit également qu'à un résultat partiel.

M. VERMEYLEN, loin de vouloir opposer l'une à l'autre la méthode expérimentale et l'examen clinique, ne considère les tests que comme un instrument qui permet de mieux exercer le sens clinique et cela dans des conditions plus précises et identiques pour tous les observateurs.

Que les résultats obtenus soient encore insuffisants et qu'en particulier la classification des débiles établie par ces moyens soit incomplète, c'est bien probable.

Nous ne voulons indiquer que la voie qui nous semble devoir être suivie pour sortir du domaine de l'interprétation uniquement subjective et établir sur des bases objectives des types cliniques. Nous avons délibérément renoncé à parler des anomalies du caractère, importantes à préciser cependant, pour le reclassement social du sujet.

L'étude des variations du caractère n'a pu jusqu'à présent être envisagée de façon expérimentale, mais la méthode analytique que nous préconisons permet précisément d'aborder de façon indirecte et détournée ce problème.

DEUXIÈME RAPPORT : NEUROLOGIE.

COMMENT ÉTUDIER LES TROUBLES DU LANGAGE

Par M. J. FROMENT (de Lyon).

La question des troubles du langage reste obscure. Pour l'élucider, il convient de reprendre méthodiquement l'œuvre de revision commencée par Pierre Marie et de l'étendre à tous les problèmes qu'embrasse la question des troubles du langage.

Mais quels sont ceux de ces problèmes dont la solution s'impose d'abord? Pour le rapporteur, c'est avant tout l'analyse clinique et phonétique des principaux troubles du langage qui importe, afin d'établir objectivement en quoi ils consistent.

L'anatomie pathologique n'est pas susceptible actuellement d'étayer une étude et une classification des troubles du langage. Elle ne peut rien nous apprendre sur la nature d'un trouble tel que l'aphasie dite motrice, par exemple.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE DU LANGAGE. — L'articulation et l'écriture sont des actes qui échappent à toute direction, à toute coordination consciente, et que nous exécutons machinalement sans les connaître. Seuls les procédés d'inscription utilisés en phonétique ont pu montrer en quoi consistait l'articulation des 44 sons fondamentaux ou « phonèmes » qui sont utilisés dans la langue française et qui représentent les 44 notes du clavier articulaire. La mémoire motrice est une mémoire inconsciente et, pourrait-on dire, organique qui tient sous sa dépendance des habitudes articulaires et des habitudes graphiques, mais ne nous en donne d'aucune manière l'image. Les prétendues images motrices, articulaires et graphiques ne correspondent à aucune réalité; ce sont de simples vues de l'esprit que ne légitiment ni l'étude de l'homme normal, ni celle de l'aphasique et de l'halluciné.

On ne peut nier par contre la réalité des images auditives et visuelles verbales, qui sont bien de véritables images mentales; c'est sur elles seules que repose la notion du mot.

L'évocation des images auditives verbales suffit à déclancher comme un réflexe les habitudes articulaires correspondantes aux phénomènes qui entrent dans la constitution des dits mots.

L'évocation des images visuelles verbales met en jeu et dirige les habitudes graphiques qui y ont été associées.

Le langage intérieur est, chez tout individu, constitué par les images auditives verbales avec ou sans accompagnement moteur, avec ou sens évocation concomitante des images visuelles verbales. D'intensité habituellement faible, il acquiert parfois, même à l'état normal, une plus grande sonorité et prend le timbre des voix connues.

DYSARTHRIES. — C'est en se basant sur l'étude des dysarthries proprement dites qu'il faut d'abord chercher à préciser quels sont les caractères phonétiques des troubles avérés du mécanisme articulaire.

Le test des mots d'épreuve n'est pas un bon moyen d'analyse. La formule phonétique, par contre, est pathognomonique d'un trouble de ce mécanisme articulaire. Pour un cas donné, ce sont toujours les mêmes phonèmes qui sont indistincts; les troubles répondent à une véritable constante qui trouve sa raison d'être dans les données et les lois de la phonétique.

APHASIES. — Les troubles de la parole qui caractérisent les aphasies ne sont au contraire que paradoxes au point de vue phonétique.

Le même phonème aisément et correctement prononcé dans un mot, ne peut plus être prononcé s'il s'agit d'un autre mot ou à l'état isolé.

Mais un examen méthodique montre qu'aucun phonème ne manque réellement à l'appel, donc qu'aucun procédé articulaire n'est perdu. Il ne peut donc être ici question de trouble de la coordination articulaire, ni de perte du souvenir des mouvements articulaires.

La conception qui paraît le mieux rendre compte des particularités et des paradoxes de l'aphasie est la suivante:

Qu'il s'agisse d'aphasie d'expression dite motrice ou d'aphasie de compréhension dite sensorielle, c'est toujours le souvenir auditif visuel du mot qui est en cause.

Mais tandis que dans l'aphasie dite sensorielle, il y a amnésie avec trouble de la reconnaissance, dans l'aphasie d'expression, dite motrice, le trouble ne se porte à peu près que sur l'évocation. L'impossibilité d'évoquer l'image visuelle verbale engendre l'agraphie, et l'impossibilité d'évoquer l'image auditive verbale, l'incapacité de parler dite aphasie motrice. Entre l'aphasie motrice, type Broca d'une part, et d'autre part l'aphasie amnésique et l'amnésie de l'homme normal, il n'y a que des différences de degré: c'est toujours parce que le mot ne résonne plus dans la tête que la prononciation en est impossible.

Dans l'aphasie motrice pure, la notion du mot n'est pas indemne; il y a amnésie verbale, partielle et dissociée. L'image visuelle verbale peut être évoquée, ce qui permet au malade d'écrire et de passer avec succès l'épreuve de Proust-Lichtheim-Dejerine. Mais par contre, le trouble de l'évocation de l'image auditive verbale subsiste et c'est ce qui empêche le malade de parler.

La possibilité de rééduquer les aphasiques dits moteurs sans aucune démonstration articulaire, en ne s'adressant qu'à leur oreille, et en s'efforçant simplement de fixer et coordonner les sons rebelles, est la vérification, pourrait-on dire expérimentale, de cette manière de voir.

DYSPHASIES. — La formule phonétique du bègue diffère très notablement de celle des dysarthriques.

HALLUCINATIONS VERBALES. — Elles seraient le résultat d'une dissociation ou d'une dislocation du langage intérieur.

Discussion. — Docteur ANGLADE (de Bordeaux) estime que la partie psychiatrique de l'aphasie a été négligée, de là provient en partie l'incompréhension où l'on se débat aujourd'hui. L'étude des troubles du langage chez les aliénés mériterait d'être entreprise de façon approfondie et apporterait bien des documents intéressants.

S'il est exact que la méthode anatomique n'a donné souvent que des vérifications d'une précision insuffisante, M. Anglade est convaincu d'autre part que la méthode préconisée par M. Froment, c'est-à-dire de s'en tenir à l'étude psycho-physiologique du langage, ne sera pas très efficace. Il faut rester fidèles à la vieille méthode anatomo-clinique, mais en la précisant, et étudier l'aphasie sans s'inféoder à une doctrine quelle qu'elle soit.

Docteur VANDERVLOET estime qu'il est impossible de négliger les travaux anatomiques accumulés sur la question.

Docteur HESNARD (de Bordeaux). Pourquoi M. Froment veut-il nous faire rejeter les images motrices du langage pour nous faire adopter les images visuelles?

Le langage est entièrement moteur, comme toutes les fonctions. Le dynamisme de l'esprit exige que nous formulions notre pensée. Je définirai la parole : l'écho moteur de l'apport sensoriel, sans qu'il soit besoin pour cela d'images. Ma conviction se base sur l'étude des hallucinés ; en étudiant ces malades, on s'aperçoit qu'ils refusent d'écouter leur langage intérieur parce qu'il formule des pensées teintées d'émotions désagréables, ce qui a pour résultat de les faire considérer au malade comme étrangères à lui.

Docteur QUERCY (de Rennes), après une série d'arguments de fait et de raisonnement qu'il ne peut être question de résumer, conclut ainsi :

1° Les images auditives et visuelles ne jouent qu'un rôle contingent dans l'histoire du langage courant, du langage réfléchi, de l'aphasie sensorielle ou motrice et de la rééducation des aphasiques.

2° Il y a des images verbales motrices très riches, très précises et très complètes.

3° Les images motrices n'ont pas un rôle plus important que les images auditives et visuelles dans l'histoire du langage.

4° Jusqu'ici, on a remplacé les images, insuffisantes, par des mots plus que par des réalités.

TROISIÈME RAPPORT : ASSISTANCE.

L'ADAPTATION DU MALADE MENTAL A SON MILIEU

Par le docteur SANO, médecin-directeur
de la Colonie de Gheel.

Après avoir rappelé que le vieil asile pour malades mentaux s'est heureusement transformé, que les idées de répression ont fait place à des idées de douceur, de bonté, d'idéalisme même, le rapporteur s'attache à établir qu'aucun milieu ne peut être aussi favorable à l'aliéné que le milieu familial. C'est là, en effet, que le malade mental trouvera le plus facilement quelqu'un à qui s'attacher et qui lui donnera en même temps ce sentiment de protection qu'il réclame.

C'est là aussi qu'il trouvera le plus facilement l'occasion de s'occuper, de se rendre utile et même de se constituer un petit pécule pour le moment où il reprendra sa place dans la société. C'est aussi dans ce milieu que l'aliéné aura le plus de chances de conserver sa personnalité, de ne pas devenir comme à l'asile un simple numéro.

Bien souvent même il est tellement adapté à la vie de famille à la colonie, qu'il faut insister pour le faire rentrer dans la société.

Le rapporteur montre par des statistiques que bien des malades soignés dans des asiles sont susceptibles de s'adapter au régime familial.

C'est ainsi que des aliénés de divers asiles belges amenés à la colonie de Gheel sans sélection préalable s'adaptèrent dans la proportion de 87 p. 100. Les résultats obtenus à Gheel peuvent être obtenus ailleurs, comme le prouve la création de la colonie de Dun-sur-Auron en France, de Lierneux en Belgique,

Que le psychiatre s'efforce donc de vider les asiles au lieu de contribuer à les remplir.

Discussion. — Docteur Auguste MARIE (de Paris) remercie le docteur Sano des paroles élogieuses qu'il a consacrées à la colonie de Dun-sur-Auron; cette œuvre lui a demandé dix ans d'efforts, mais il tient à rappeler qu'il est venu en puiser l'idée à Gheel.

Docteur CROCQ estime que M. Sano est trop idéaliste; entre les malades paisibles qu'il voit à la colonie et les psychopathes dangereux de l'asile-prison, il y a les aliénés ordinaires que nous voyons dans nos asiles; ceux-ci ont souvent des tendances antisociales contre lesquelles il est de notre devoir de préserver la société.

Docteur VAN DER SCHEER pense que les progrès en psychiatrie sont dus beaucoup plus au perfectionnement de nos moyens diagnostiques qu'à celui des méthodes de traitement, et qu'une bonne observation clinique est indispensable, quel que soit le milieu où l'aliéné est traité.

Docteur RÉPOND : donne des indications sur le mode de traitement familial dans plusieurs cantons suisses; les résultats obtenus sont excellents et les frais minimes; le malade placé en colonie ne coûtant guère que le quart ou le cinquième de ce que coûte le malade d'asile.

Il signale que les schizophrènes ne conviennent pas à l'asile et qu'ils peuvent en grande proportion s'adapter au traitement familial.

Docteur DECROLY : signale les bienfaits de l'assistance familiale en matière d'éducation d'enfants atteints de troubles graves du caractère et même de tendances dangereuses.

Docteur VERMEYLEN : corrobore l'opinion du docteur Decroly, signale les résultats très favorables obtenus à Gheel au point de vue rééducation des anormaux du caractère, grâce à une surveillance extrêmement active du malade et du milieu.

Réponse du rapporteur aux divers orateurs. — M. SANO estime que ses confrères suisses font plutôt du reclassement social que du traitement familial, car leurs malades sont dispersés sur des étendues énormes.

Les malades traités à Gheel ne diffèrent pas essentiellement de ceux des asiles fermés, ni même, de ceux de l'asile-prison; il peut citer à titre d'exemple un malade admis à Gheel après avoir commis une tentative de meurtre sur plusieurs membres de sa famille et qui n'a jamais donné le moindre ennui.

Quant à savoir comment on peut distinguer les malades susceptibles de s'adapter au régime familial, M. Sano estime que c'est impossible et qu'en cette matière l'expérience seule est juge.

COMMUNICATIONS DIVERSES. — Nous nous excusons d'être obligés d'en passer beaucoup sous silence et de résumer les autres très brièvement pour rester dans les limites qui nous ont été imposées.

M. FROMENT en collaboration avec SEDALLIAN et P. RAVAULT a précisé encore quelques points se rapportant à la doctrine qu'il défend relativement à la nature des troubles du langage.

Le docteur R. LEY a présenté les observations cliniques, les pièces anatomiques et les coupes microscopiques d'un cas d'aphasie de Wernicke et d'un cas d'aphasie motrice.

Le professeur GUILLAIN et MM. ALAJOUANINE et CELICE ont attiré l'attention sur un cas de contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne.

Le docteur VERVAECK, directeur du Service d'anthropologie pénitentiaire, a entretenu les auditeurs de l'activité des annexes psychiatriques des prisons belges.

MM. VAN BOGAERT et NYSSEN ont présenté un cas de tumeur de la région hypophysaire avec syndrome parkinsonien, et un cas de syndrome bulbaire régressif chez l'enfant.

Le professeur CROCQ a fait défiler une série de clichés pour démontrer le procédé qu'il emploie dans la représentation graphique de l'état mental des psychopathes.

Le professeur D'HOLLANDER a donné les résultats de ses dernières recherches sur la systématisation des voies cortico-thalamiques.

Le docteur HESNARD a lu une intéressante étude intitulée : « Contribution à la psychogenèse des psychoses délirantes chroniques ».

Le docteur QUERCY a soumis à une critique intéressante, du point de vue neurologique, certaines thèses exposées dans l'ouvrage de Bergson : *Matière et mémoire*.

Le docteur CROUZON a attiré l'attention sur l'existence de

névrites traumatiques pluritronculaires ascendantes, complication des accidents du travail, et importantes à connaître au point de vue du pronostic.

Les docteurs JUMENTIÉ et OLIVIER ont fait l'histoire d'un cas de néoplasme du ventricule cérébral latéral droit traité par la radiothérapie profonde; cette thérapie fut efficace contre les crises convulsives que présenta le malade, mais n'empêcha pas l'évolution des troubles psychiques.

Le professeur DONAGGIO a exposé le résultat de ses recherches histo-pathologiques sur les lésions des centres nerveux dans le parkinsonisme post-encéphalitique. Il a trouvé des lésions du *locus niger* dans tous les cas; la région préfrontale était toujours fortement altérée. Aucune lésion dans les ganglions de la base ni dans le noyau rouge, ni dans le cervelet. Il en conclut que le parkinsonisme encéphalitique ne doit pas être rattaché au groupe des syndromes pallidaux.

Le docteur Auguste MARIE a exposé le résultat de ses recherches sur les virus neurotropes en collaboration avec Levaditi.

Le docteur LARUELLE a fait l'exposé de huit cas personnels d'algies d'origine vertébrale.

Le docteur BEYERMAN a exposé les résultats de ses recherches anatomo-cliniques sur les anomalies congénitales du cervelet.

Le docteur LAIGNEL-LAVASTINE a tenté d'établir l'identité du mécanisme psychologique qui conditionne le fétichisme et le réflexe conditionnel.

Les docteurs PERRENS et DESPORTS ont présenté une analyse psychologique très fine et très poussée de l'état mental d'une jeune fille de vingt et un ans atteinte de sadisme.

Les docteurs ARNAUD et SOLLIER ont relaté le cas d'une femme atteinte de psychose mélancolique, qui finit par guérir après seize ans de maladie ininterrompue.

Le professeur Auguste LEY a parlé des résultats obtenus en Belgique dans le traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria.

Le professeur ORZECHOWSKI a parlé de l'action antinévralgique des médicaments d'ordre végétatif. Dans les symptômes sympathiques de nature irritative, la pilocarpine en injection, associée à la caféine, à la papavérine et au rhodazil, lui a donné des résultats extrêmement encourageants.

Le professeur SICARD a parlé du traitement local de la crise de migraine; après cocaïnisation, il injecte au niveau de la zone douloureuse, d'une part 25 centigrammes de caféine, et d'autre part un quart de milligramme d'adrénaline. Cette méthode réussit huit fois sur dix.

Le docteur HOVEN a présenté une communication intitulée : « Syphilis et troubles mentaux ».

Le docteur BOULENGER a exposé les résultats de l'application de la loi anti-alcoolique belge de 1919.

Le docteur DE CRAENE a exposé l'action de la Ligue belge d'hygiène mentale.

Le docteur BREMER a fait part de ses très originales recherches sur la physiologie du cervelet et les a fait suivre de considérations générales très intéressantes pour le clinicien.

Le docteur VERMEYLEN a exposé l'organisation d'une section d'enfants anormaux à la colonie de Gheel.

Le docteur ALEXANDER a parlé de l'orientation professionnelle chez les débiles mentaux.

Le docteur HARTENBERG a présenté une intéressante étude clinique : » Urée sanguine, constante d'Ambard et régime hypo-azoté chez les épileptiques ».

Le professeur WIMMER a développé les principales caractéristiques du nouveau projet de loi pénale au Danemark.

Le docteur LIVET a exposé entre autres un mode de traitement du goitre exophtalmique par les rayons ultraviolets et les rayons à basse fréquence.

*
* *

La semaine du Congrès fut une semaine de travail intense; néanmoins les réceptions, excursions et visites d'établissements furent nombreuses.

La veille du jour d'ouverture déjà, les congressistes présents à Bruxelles étaient invités à passer la soirée chez le docteur Glorieux, en son hôtel de l'avenue de Tervueren.

Le 1er août, les congressistes furent reçus à l'Hôtel de Ville de Bruxelles par l'administration communale qui leur offrit le thé. Ensuite eut lieu la visite du somptueux monument historique sous la conduite de M. des Marez, archiviste en chef de la ville.

Le soir, M. Masson, ministre de la Justice, a reçu les congressistes dans les salons de son hôtel ministériel.

Le dimanche 3 août fut réservé tout entier à une excursion à Anvers; journée chargée pendant laquelle les congressistes visitèrent la ville, le port, les musées, le jardin zoologique et firent une excursion sur l'Escaut. Ils furent reçus à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre et l'administration commnnale qui leur firent un accueil très cordial et proposèrent aux membres du bureau de choisir Anvers pour siège du prochain Congrès à tenir en Belgique.

Le lundi 4, les congressistes se rendirent à Louvain; ils tenaient à voir ou à revoir la ville martyre qui a tant souffert du passage des Barbares. Ils furent reçus également par l'administration communale à l'Hôtel de Ville, miraculeusement échappé à l'incendie; après la visite de la ville, ils furent reçus par Monseigneur Ladeuze, recteur de l'Université; après cette visite, les congressistes partirent pour Malines; l'administration communale ayant appris leur arrivée, demanda spontanément que les congressistes l'honorent de leur visite. Ensuite les membres du Congrès furent reçus à l'archevêché; l'état de santé de Monseigneur Mercier lui imposait un repos complet; il céda cependant aux instances du docteur Glorieux et il tint à recevoir personnellement les congressistes. Ceux-ci assistèrent ensuite dans les jardins de l'archevêché au concert de carillon donné par Jef Denyn. Ce fut pour la plupart de nos hôtes étrangers une révélation et beaucoup nous ont déclaré avoir ressenti là une émotion qu'ils n'oublieront jamais.

Le mardi 5 août, le Congrès tint son assemblée générale; on procéda à l'élection du bureau pour le Congrès de l'an prochain qui se tiendra à Paris. Le soir, une réunion intime rassemblait les Congressistes dans les salons du Cercle artistique; le Cercle musical universitaire y donna une audition d'œuvres classiques et modernes extrêmement remarquable.

L'ambassadeur de France et Mme Herbette nous firent le grand honneur d'assister à cette réunion.

Le 6 août, le Congrès se rendit à Gheel. Il fut reçu à la gare par le docteur Sano et les médecins de section de la colonie. Après la visite de l'église Sainte Dymphne, véritable berceau de la colonie, les congressistes se répartirent en petits groupes et furent conduits en auto dans des hameaux de la commune où ils purent observer des malades placés chez l'habitant. Cette visite intéressa vivement les psychiatres.

A midi et demi, un déjeuner offert par la colonie et présidé par le ministre de la Justice réunissait tous les congressistes.

Le 7 août, le Congrès se rendit à Saint-Servais-lez-Namur et visita l'établissement du Beau-Vallon qui héberge environ 700 aliénées. Sous la conduite du chanoine Van Reckhem, ils visitèrent l'établissement qui peut être considéré comme un modèle au point de vue de la disposition des locaux, de l'hygiène et de la propreté. Après un lunch, offert par l'établissement, le Congrès tint une dernière séance dans la salle de fêtes de l'asile, tandis que les dames visitaient la citadelle et le musée archéologique de Namur qui renferme nombre d'antiquités intéressantes des périodes romaine, franque et mérovingienne. Elles furent reçues à l'Hôtel de Ville par l'administration communale.

Enfin, le 8 août, les congressistes se rendirent à Lierneux, où la province de Liége a organisé une colonie familiale. Après le déjeuner offert par la colonie, les excursionnistes partirent pour Spa et terminèrent leur journée à Liége. La province de Liége avait tenu à leur préparer une réception particulièrement fastueuse. Quant à l'accueil, on peut s'imaginer s'il fut vibrant et enthousiaste. Liége mérite toujours son nom de « cité ardente ». Les sentiments profondément francophiles des représentants liégeois se firent jour à l'heure des toasts. Cette atmosphère de chaude sympathie fit certes oublier à nos hôtes les surprises désagréables du climat belge. Nous espérons qu'ils auront emporté un bon souvenir de leur séjour en Belgique et qu'ils se sont aperçus que partout, aussi bien en pays flamand qu'en pays wallon, on leur réserve l'accueil cordial qu'on doit à des frères de pensée et

de sentiment. Pendant le Congrès, nos confrères français et suisses se sont rendus en groupe au monument d'une de nos héroïnes nationales, Gabrielle Petit, fusillée par les Allemands, et au tombeau du Soldat inconnu pour y déposer des fleurs. C'est là un geste délicat qui nous a tous profondément touchés; nous leur en exprimons toute notre reconnaissance.

R. REY
(de Bruxelles).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

NOUVELLE LOI SUR LES LOYERS

LOI DU 2 AOUT 1924

C'est un lieu commun de dire que, dès qu'une loi sur les loyers apparaît, elle sera suivie d'une autre loi dans un délai rapproché. Le législateur a pris une habitude; et bien perspicace sera celui qui fixera le moment où le robinet législatif en matière de loyers sera fermé.

La loi nouvelle qui a été promulguée au *Journal officiel* du 3 août tend à *compléter* la législation antérieure sur les loyers; elle a été suivie d'une circulaire du garde des Sceaux qui en donne un véritable commentaire. Nous allons faire connaître les dispositions importantes de cette loi qui contient quelques règles nouvelles importantes, particulièrement l'extension du bénéfice des prorogations aux locataires de locaux commerciaux, industriels ou professionnels.

La nouvelle loi a pour objet essentiel d'étendre à de nouveaux bénéficiaires les dispositions de l'article 7, paragraphe 2, de la loi du 31 mars 1922 et de l'article 1er de la loi du 29 décembre 1923 relatives à la prolongation de jouissance des locataires dont les baux et locations sont venus ou viendront à expiration avant le 1er janvier 1926.

Les dispositions combinées des deux textes précités permettent au juge d'accorder, jusqu'à la date qui vient d'être précisée, une prorogation de jouissance de leur location aux locataires de bonne foi des locaux d'habitation dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris, dans les communes d'une population supérieure à 4.000 habitants, et dans celles où le recensement de 1921 accuse soit un accroissement de la population municipale, soit un accroissement du nombre des foyers, ainsi que dans les régions libérées, quelle que soit l'importance de la population.

I. L'article 1er de la nouvelle loi *étend le bénéfice de cette prorogation* :

1° A toutes les communes du territoire;

2° Aux locataires des locaux commerciaux, industriels ou professionnels;

3° A tous les occupants des lieux loués, pourvu que cette occupation soit fondée à l'origine sur un titre juridique, alors même qu'ils n'occuperaient plus les lieux qu'en vertu d'une prorogation antérieure ou d'un délai de grâce, même expirés. Les termes catégoriques de la loi nouvelle vont, à cet égard, mettre fin à une jurisprudence qui considérait jusqu'à ce jour comme sans droit à réclamer la prorogation les occupants dont le contrat de location se trouvait expiré au moment de la promulgation de la loi du 29 décembre 1923.

Mais, dans le nouveau champ d'application, infiniment plus vaste, il n'est d'ailleurs rien changé à la nature de la prorogation prévue par les articles 7 et suivants de la loi du 31 mars 1922 et par l'article 1er de la loi du 29 décembre 1923.

La prorogation accordée garde notamment cette caractéristique essentielle d'être une prorogation facultative : elle ne joue pas de plein droit au profit des bénéficiaires; elle doit être demandée; si elle est accordée, elle ne peut être d'une durée inférieure à six mois ni dépasser le 1er janvier 1926; elle peut être subordonnée par le juge à telle condition qu'il estime équitable et notamment à une majoration de loyer.

II. Cette majoration de loyer doit être fixée en conformité des dispositions des articles 2 et suivants de la loi du 29 décembre 1923 relatives au prix limite des loyers, mais seulement en ce qui concerne les locaux d'habitation auxquels ces textes s'appliquent, c'est-à-dire à Paris et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris, dans les communes d'une population supérieure à 4.000 habitants, dans celles où le recensement de 1924 accuse une augmentation de population ou un accroissement du nombre des foyers et dans les régions libérées (art. 2 de la nouvelle loi).

Dans tous les autres cas, c'est-à-dire pour tous les locaux dans les communes autres que celles qui viennent d'être spécifiées et, dans ces communes mêmes, pour les locaux commerciaux, industriels ou professionnels, la majoration de loyer sera fixée, en dehors de toute tarification légale, suivant le principe posé à l'article 10 de la loi du 31 mars 1922, à l'aide de tous les éléments d'appréciation de nature à former la conviction du juge sur la valeur locative des lieux loués. En ce qui concerne plus particulièrement les locaux commerciaux, industriels ou professionnels, le juge devra s'inspirer, s'il y a lieu, pour déterminer la majoration équitable, des offres sincères et réelles faites par les tiers, cet élément d'appréciation étant d'ores et déjà retenu par une disposition du projet de loi sur la propriété commerciale à laquelle la Chambre des députés et le Sénat ont donné leur assentiment.

L'article 6 de la loi nouvelle a pris soin, au surplus, et bien que ce ne fût peut-être pas nécessaire, de préciser que toutes les dispositions des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923 auxquelles il n'est pas expressément dérogé demeurent en vigueur dans les nouvelles limites d'application de l'article 1er de la loi.

III. Le législateur, qui n'a pas cru devoir faire revivre la loi du 6 juillet 1923 relative au délai de grâce en faveur des locataires menacés d'expulsion, loi dont les effets sont expirés depuis le 1er juillet dernier, n'en devait pas moins se préoccuper d'insérer dans la loi nouvelle une disposition qui permît d'éviter, dans tous les cas dignes d'intérêt, les expulsions assez nombreuses dont cette échéance du 1er juillet 1924 a apporté avec elle la menace.

Il y a pourvu en effet par le paragraphe 3 de l'article 1er de la loi, qui est ainsi conçu :

« Aucune forclusion ne pourra être invoquée contre les demandes de prorogation, formées par application de la présente loi, avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de cette promulgation. Jusqu'au 31 août 1924, il ne pourra être procédé à aucune expulsion contre les bénéficiaires de la présente loi, locataires ou occupants de bonne foi. »

Tous les bénéficiaires de la nouvelle loi, que leurs baux soient ou non expirés, qu'ils occupent en vertu de leur contrat, d'une prorogation antérieure, d'un délai de grâce, ou même après l'expiration de cette prorogation ou de ce délai de grâce, *ont donc un délai de trois mois à partir de la promulgation de la loi pour former leur demande — ou une nouvelle demande — de prorogation.* Aucune forclusion, tirée de la tardiveté de leur action, ne peut leur être opposée. Toute prorogation déjà accordée peut être renouvelée.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Problème de l'anaphylaxie, par Auguste LUMIÈRE. In-8 de 242 pages avec 46 figures, dont 12 planches en noir et 22 planches en couleurs, d'après autochromes, hors texte. reliure de luxe. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

La Tuberculose rénale chronique, par le docteur F. CATHELIN, chirurgien de l'Hôpital d'urologie, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté. (Bibliothèque des connaissances médicales, dirigée par le docteur Apert.) — Paris, Flammarion.

Le Bréviaire du botaniste. Florule de poche des genres et des espèces complexes ainsi que de leurs hybrides, par P. FOURNIER. — En fascicules à 3 fr. — Saint-Dizier (Haute-Marne), chez l'auteur, 1 *bis*, rue des Alliés.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — MARDI 9 & JEUDI 11 SEPT. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 9 & JEUDI 11 SEPT. 1924. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par M. Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux de Paris qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1924, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1924, le concours sera ouvert le jeudi 4 décembre 1924. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du 6 au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 15 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir : trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — La Commission administrative des hospices civils de Lille donne avis que le mardi 28 octobre 1924, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de huit externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté libre à l'hôpital de la Charité.

Le concours aura lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, devant un jury présidé par l'un des membres de la Commission administrative des hospices, et composé de trois membres désignés par le sort parmi le personnel médical enseignant de la Faculté libre.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux du secrétariat de l'Administration des hospices, 41, rue de la Barre, dix jours au moins avant l'ouverture du concours, soit jusqu'au vendredi 17 octobre 1924, à 5 heures du soir, dernier délai. Elles peuvent se faire par correspondance.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'École de médecine de Nantes, s'ouvrira le 17 février 1925.

MARINE. — Par décision ministérielle en date du 1er septembre 1924, M. le médecin en chef de 2e classe Bartet a été désigné pour remplir les fonctions de président de la commission spéciale de réforme de Lorient, en remplacement de M. le médecin en chef de 2e classe Normand, admis à la retraite.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Par décret en date du 30 août 1924, la station thermale de Bagnoles-de-l'Orne (Orne) est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues à l'article 12, position 5, du décret du 3 juillet 1897, modifié par les décrets des 19 juin et 17 juillet 1913, 10 septembre 1920, 9 octobre 1921, 3 juillet et 30 août 1922, 15 septembre 1923 et 4 mai 1924.

La durée du traitement dans cette station est fixée à vingt et un jours (*J. O.*, n° 234, 4 sept. 1924, p. 8231.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Corsy (de Marseille) et Guillaume (de Tours).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bralant (de Paris); Augustin Cleisz (de Paris); H. Gache (de Villefranche Saint-Phal); Gauchois (de Rouen); Louis Leval, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé subitement; Ev. Michel (de Paris); Jules Pangon (de Saint-Vallier-sur-Rhône); Ch. Rabutot (de Paris; E. Roux, ancien médecin de la marine, décédé à Bayonne; Sagot (de Blois); Topart (d'Angers).

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des nerfs périphériques et du sympathique (1), par PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; VAILLARD, médecin inspecteur général de l'Armée, membre de l'Académie de médecine; LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Ce nouveau volume du *Traité de médecine* que dirigent MM. Gilbert et Carnot ne le cède en rien à ses aînés. Il constitue la mise au point la plus complète, la plus documentée et la plus récente des deux questions très actuelles : d'une part, les maladies des nerfs périphériques par MM. Pitres et Vaillard; d'autre part, la pathologie sympathique par M. Laignel-Lavastine.

Les *Maladies des nerfs périphériques* sont exposées avec les développements que justifie l'importance du sujet ; ce chapitre de pathologie nerveuse comporte, en effet, plus de 700 pages du volume et constituera, pensons-nous, un traité complet de la matière qui ne manque pas d'opportunité présente.

La connaissance des névrites périphériques est une acquisition relativement très récente de la pathologie. Les débuts en furent modestes et quelque peu difficiles. Mais, grâce aux progrès de la technique histologique et à l'abondance des documents recueillis par l'observation clinique ou l'expérimentation, ces altérations primitives des conducteurs nerveux n'ont pas tardé à prendre une place grandissante et légitime dans la pathologie du système nerveux. Aussi convenait-il de réunir, de coordonner toutes les notions successivement acquises, en les faisant précéder, comme introduction naturelle, par l'exposé des données fondamentales sur l'anatomie et la physiologie générale des nerfs périphériques et sur la séméiologie propre à leur pathologie.

Les névrites périphériques, divisées en *mononévrites* et *polynévrites* sont d'abord envisagées dans leur ensemble, et à tous les points de vue qui leur sont communs : pathogénie, symptomatologie, évolution, diagnostic et thérapeutique. Puis une description monographique est consacrée à chacune des principales espèces de paralysies polynévritiques cliniquement différenciées par leurs causes : paralysies d'origine toxique, infectieuse, dyscrasique, paravitaminose. Enfin pour guider le médecin dans l'étude des cas concrets de paralysies ou de névralgies intéressant les divers nerfs périphériques, une large place a été réservée à la pathologie spéciale, individuelle en quelque sorte, des principaux nerfs craniens et rachidiens, à l'exclusion des nerfs sensoriels ou viscéraux.

MM. Pitres et Vaillard ont fait œuvre utile en exposant ainsi l'état actuel d'une question que les travaux français ont si largement contribué à développer.

La pathologie du sympathique est exposée par M. Laignel-Lavastine en 150 pages. On y trouve toutes les idées nouvelles sur cet important chapitre de pathologie, sur lequel les beaux travaux de M. Laignel-Lavastine ont jeté un jour particulier.

L. G.

(1) Un vol. gr. in-8° de 850 pages avec 80 figures. Prix : broché, 60 fr.; cartonné, 70 fr. (*Nouveau Traité de médecine* de Gilbert et Carnot.) — Paris, 1924, J.-B. Baillière et fils.

Syphilis du cœur et de l'aorte (1), par L. BRIN et L. GIROUX, anciens chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Alors que le rôle de la syphilis est primordial dans les affections de l'aorte et dans nombre d'affections du cœur, il est curieux de constater que, jusqu'à ces derniers temps, aucun ouvrage d'ensemble n'existait sur cette question.

C'est cette lacune que MM. Brin et Giroux se sont proposé de combler en écrivant ce livre.

Dans la première partie, après un chapitre de généralités, qui constitue une vue d'ensemble de la syphilis cardio-aortique, on trouvera une étude très complète des arythmies syphilitiques (extrasystoles, brachycardies, tachycardies, etc.) et de l'hypertension artérielle dans ses rapports avec la syphilis : ce sont là deux questions essentiellement à l'heure du jour que tout médecin doit connaître actuellement.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, sont étudiées successivement les diverses lésions de la syphilis, acquise ou héréditaire, intéressant le cœur (péricardites, endocardites, myocardites, lésions du faisceau de His) et l'aorte (aortites, anévrismes de l'aorte). Le livre se termine par l'étude de l'angine de poitrine syphilitique dans ses diverses modalités cliniques.

Le souci constant des auteurs a été de présenter clairement et simplement les notions essentielles, de montrer comment la syphilis cardio-aortique se manifeste, comment on peut la traiter. Les diverses médications spécifiques (mercure, arsenic, iode, bismuth) ont été longuement étudiées tant au point de vue de leurs indications respectives qu'au point de vue des résultats obtenus.

L. G.

L'hypertension artérielle (2), par les docteurs Camille LIAN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, et André FINOT, ancien interne de l'Assistance publique de Paris.

Il n'y a peut-être pas, à l'heure qu'il est, une question de plus brûlante actualité que celle de l'hypertension artérielle, véritable épée de Damoclès suspendue sur la tête de tous ceux qui ont atteint ou franchi la fatidique cinquantaine. Cette maladie, parfois légère, mais parfois aussi fort grave, n'avait pas encore fait l'objet d'un véritable travail d'ensemble, ni d'une très sérieuse mise au point.

Le volume que publie aujourd'hui la « Bibliothèque des connaissances médicales » comble heureusement cette lacune.

Malgré sa limpidité, son absence de termes techniques qui en rendent la lecture accessible au grand public, ce livre n'est ni un exposé banal ni une compilation impersonnelle. Au contraire, son fond a été extrait d'un grand nombre d'observations recueillies avec le plus grand soin par les auteurs eux-mêmes, et, à côté de maintes données précises et pratiques de clinique et de thérapeutique, il renferme des aperçus originaux sur les causes et le mécanisme de l'hypertension.

Il débute par un intéressant historique de la circulation, et par un bref rappel des points fondamentaux de la physiologie cardio-vasculaire. Il expose aussi avec netteté la technique sphygmomanométrique, et les grandes règles simples qui sont les jalons indispensables pour l'interprétation des chiffres fournis par les sphygmomanomètres.

Tous ceux qu'intéresse l'hypertension artérielle, et ils sont légion, liront donc avec profit ce livre où ils puiseront maints renseignements précieux.

L. G.

(1) Un vol. de 240 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 15 fr.; franco, France : 16 fr. 50. — Paris, G. Doin.

(2) In-18 jésus illustré (Bibliothèque des connaissances médicales, dirigée par le docteur Appert). Prix : 8 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et Fr. BOURGEOIS

I. — MÉDECINE LÉGALE

Accidents mortels par tétines et sucettes. (BALTHAZARD. *Ann. de méd. lég.*, fév. 1924.) — Les sucettes ou tétines garnies d'un bouchon, de racine d'iris, de guimauve, sont des vecteurs de germes pathogènes. Elles peuvent aussi, comme dans un nouvel exemple rapporté par Balthazard, provoquer des accidents de suffocation mortels lorsque l'enfant avale la sucette soit directement, soit après rupture de la couronne en os qui, théoriquement, doit protéger l'appareil contre ce risque de déglutition.

Responsabilité professionnelle. (VILLARET. Etude historique de la responsabilité médicale. Etat actuel de la question au point de vue civil. *Th. de Lille*, 1923-24.) — L'auteur passe en revue, dans ce travail, les différentes éventualités dans lesquelles le médecin peut voir sa responsabilité engagée. Il conclut qu'on ne peut s'en protéger qu'en surveillant de près chacun de nos actes médicaux et en ayant recours à l'assurance contre les risques professionnels.

Mort par l'aspirine. (POUY. *Toulouse méd.*, 15 mai 1924.) — L'auteur rapporte l'histoire d'un homme de soixante-cinq ans atteint de lithiase biliaire qui prit, pour calmer des douleurs d'estomac, de l'aspirine aux doses suivantes :

0g50 à deux heures de l'après-midi; 0g50 une heure plus tard et un troisième cachet vers cinq heures. A six heures, il eut une syncope et mourut, ayant absorbé en tout 1g50 d'aspirine.

M. Pouy se demande si l'aspirine peut être rendue responsable de cette mort et demande que, s'il est démontré que l'aspirine a une action aussi nocive, sa vente au public soit réglementée.

— MAYET (*Carnet méd. franç.*, juillet 1924, n° 1) a observé des *malaises fort désagréables provoqués par l'aspirine* et conseille de ne pas dépasser 0g50 par prise, de l'absorber avec du café noir et de ne pas renouveler la dose à moins de cinq heures d'intervalle.

La mort dans les aortites. (MERKLEN. *La Médecine d'Alsace-Lorraine*, 1er avril 1924.) — M. Merklen étudie le mécanisme de la mort dans les aortites. Elle peut se faire par le cœur droit : par asystolie; par le cœur gauche : angiopectoris, œdème aigu du poumon, syncope; par les reins : hypertension, mal de Bright, urémie; par le cerveau : hémorragies cérébrales et méningées. Ou enfin, par une affection intercurrente : grippe, pneumonie aggravées par la moindre résistance des aortiques.

Seul, un régime approprié et bien surveillé peut permettre d'éviter, dans une certaine mesure, cet accident mortel. On peut y adjoindre des saignées fréquentes pour combattre l'hypertension.

Diabète traumatique. (VERDIER. *Toulouse méd.*, 15 fév. 1924.) — A propos de deux observations de diabète traumatique précoce et tardif, M. Verdier reprend cette question importante du diabète traumatique en médecine légale. Il consiste sur la nécessité, avant toute chose, de faire une enquête approfondie sur les antécédents du sujet et sur les conditions de l'accident. Car le diabète traumatique qui ne représente que 1 à 5 p. 100 des cas de diabète, en général, est, au fond, une affection extrêmement rare.

Nitrite d'amyle. (FARGIN-FAYOLLE. *Revue de stomatologie*, janv. 1924.) — L'auteur signale les accidents qui peuvent résulter *de l'explosion spontanée des ampoules de nitrite d'amyle*. Dans un cas, la malade fut blessée aux yeux au moment où elle allait ouvrir l'ampoule et elle n'hésita pas à poursuivre le médecin qui avait formulé le médicament. Pour éviter cet inconvénient il est bon de prescrire l'enveloppement de chaque ampoule dans un petit sac de toile contenant du coton hydrophile.

Brûlures oculaires. (ROSNOBLET. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 mars 1924.) — M. Rosnoblet étudie le pronostic des brûlures oculaires par projection de métaux en fusion. Il insiste sur la bénignité relative des brûlures cornéo-conjonctivales par les métaux en fusion fusibles à basse température, tels que le plomb, l'étain et leurs alliages. Après extraction de fragments de métal plus ou moins volumineux, il est fréquent de constater l'absence de toute lésion grave et l'intégrité de la vision. Le fait s'explique facilement par la formation d'une mince couche de vapeur devant la cornée, lors de l'approche du métal en fusion.

Codéinomanie. (ROGUES DE FURSAC et MONESTIER. *Soc. de méd. lég.*, 11 fév. 1924.) — Les auteurs rapportent l'histoire d'une jeune fille qui ayant absorbé une potion au phosphate de codéine à l'occasion d'un accès d'asthme continua à en prendre des doses considérables qui déterminèrent des accidents analogues à ceux causés par la morphine.

La guérison fut obtenue par les mêmes procédés que pour les morphinomanes.

MM. Rogues de Fursac et Monestier estiment en conséquence que comme les autres alcaloïdes de l'opium la codéine devrait être inscrite au tableau B.

Arsénobenzols (accidents). (GIACARDY. Mort après injection intraveineuse de 0,30 de 914; *Soc. de dermat.*, 10 avril 1924.) — M. Giacardy rapporte l'histoire d'un soldat qui avait supporté auparavant sans aucune réaction 15, 30, 45 centigrammes de 914 et qui mourut en cinq heures après une injection intraveineuse de novar faite dix-huit heures auparavant.

Tétrachloréthane (intoxication professionnelle). (A. FEIL et R. HEIM. L'intoxication professionnelle par le tétrachloréthane. *Progrès méd.*, 17 mai 1924.) — Les vapeurs de ce produit employées depuis peu dans l'industrie, peuvent déterminer des accidents graves caractérisés par des ictères et des polynévrites qui peuvent même se terminer par la mort. Ce sont les ouvriers et ouvrières employées à la fabrication des perles fausses et au vernissage des ailes d'aéroplanes qui sont le plus exposés à l'intoxication aiguë ou chronique,

Cette dernière se manifeste surtout tardivement par des phénomènes de cirrhose.

Il est donc de toute nécessité, d'absorber les vapeurs de tétrachlorétane dans les ateliers et de soumettre les verriers à la surveillance médicale.

Teintures capillaires (empoisonnements par). (H. W. NOTT. *Brit. med. Journ.*, 8 mars 1924.) — L'auteur rapporte une nouvelle observation d'intoxication par les teintures chez un coiffeur. Il s'agissait de teinture à la métaphénylènediamine et paraphénylénediamine.

Ces intoxications sont bien connues, mais ce qui caractérise cette observation c'est que le malade n'avait ses crises que un jour et demi après avoir manipulé les produits, contrairement à ce qui se passe dans la majorité des cas. Ces crises consistaient en palpitations avec angoisse, cyanose de la face, œdème des paupières.

II. — HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Accidents mortels au cours de la dératisation des navires par l'acide cyanhydrique. (SCHŒFER. *Soc. de méd. publique et génie salutaire*, 24 juin 1924.) — Plusieurs accidents ont été observés dans ces dernières années. Il est donc nécessaire de protéger les équipages. A côté de la syncope brutale produite par l'inhalation d'acide cyanhydrique on observe souvent une intoxication faible non mortelle qui prouve que ce mode de désinfection n'est peut-être pas aussi efficace qu'on peut le penser. Les recherches pratiquées par l'auteur lui ont enfin montré que les soi-disant cloisons étanches des navires laissaient parfaitement passer les vapeurs d'acide cyanhydrique.

Contagion de la coqueluche. (DUTHOIT. *Bruxelles med.*, 3 janv. 1924.) — On peut, de ce travail, tirer les conclusions suivantes :

La coqueluche est contagieuse au maximum pendant la période catarrhale et au début de l'apparition des quintes. Elle est encore contagieuse pendant les quatre premières semaines de quintes. Les enfants en période de quintes doivent être isolés mais ils sont moins contagieux que leurs frères et sœurs restés avec eux.

Il faut surveiller et isoler tous les enfants qui ont été en contact avec le malade pendant la période catarrhale. Il n'y a pas de raison d'isoler un coquelucheux au delà de six semaines.

Céphalée des chauffeurs. (BOSCHI. *Le Riforma med.*, 18 fév. 1924.) — La céphalée des chauffeurs est fréquente dans les atmosphères froides et humides. Elle cesse en général un quart d'heure après que le sujet s'est mis à l'abri dans une pièce chaude. On peut préserver les individus qui y sont sensibles et chez lesquels elle revêt des caractères d'une maladie professionnelle, par l'emploi des coiffures épaisses et chaudes.

Accidents causés par les chenilles venimeuses. (LAPIE. *Revue méd. de l'Est*, 1er janv. 1924.) — L'auteur étudie les accidents cutanés causés par les poils urticants que portent les larves de certaines chenilles et qui inoculent un liquide riche en acique formique.

Le plus souvent ces accidents surviennent chez les ouvriers qui manipulent les arbres infestés par ces animaux, mais il suffit aussi, pour les contracter de traverser une zone infestée par ces chenilles.

L'accident le plus fréquent est la *dermite*, on peut observer aussi des *conjonctivites*, des *stomatites* et même des *bronchites éruciques*.

En l'absence de tout commémoratif, le diagnostic est difficile et il faut éviter de confondre avec un début de fièvre éruptive ou avec la gale. Le meilleur traitement est l'application d'eau vinaigrée et, contre la stomatite, la teinture de myrtille.

Infection charbonneuse transmise par un blaireau de barbe. (BERNIER et DUPERRÉ. *Union méd. de Canada*, juillet 1922, d'après A. F. PLICQUE, *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 juillet 1924.) — Un individu ayant été atteint de pustule maligne grave de la joue et qui fut néanmoins guéri par une cautérisation profonde de la plaie, on eut l'idée de procéder à l'examen bactériologique du blaireau qu'il utilisait et on y découvrit des bactéridies charbonneuses. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que le cas n'est pas aussi exceptionnel qu'on pourrait le penser puisque 14 cas analogues ont été signalés en quinze mois en Angleterre, 24 cas aux Etats-Unis, avec mortalité de 64 p. 100. Devant l'étendue de cette infection on dut même prohiber l'importation de ces blaireaux qui étaient fabriqués au Japon. Au point de vue prophylactique, il y a lieu de remarquer que, si la désinfection des poils est facile avant leur assemblage, cette désinfection devient fort incertaine après que le blaireau est fabriqué, car la chaleur décolle les poils. Or, les antiseptiques détruisent difficilement la bactéridie charbonneuse.

Les pneumoconioses. (Denet KRAVITZ. *Revue belge de la tub.*, mars 1924.) — Le meilleur moyen d'éviter les pneumoconioses est de procéder à la dépoussiération des locaux de travail. Sans cette précaution au bout d'un temps variable selon la quantité de poussières, la façon de respirer du sujet, son état physique, les poussières franchissent les barrières naturelles et atteignent les lymphatiques et le poumon. On absorbera les poussières des ateliers par précipitation, aspiration, humidification et en cas d'impossibilité, on munira ces ouvriers de masques protecteurs.

Piscines (Méfaits des). (Ch. LEVASSORT. *Soc. de méd. de Paris*, 26 janv. 1924.) — M. Levassort signale de nouveaux méfaits causés par l'insuffisance de nettoyage des piscines. Les affections les plus observées sont les ophtalmies et la spirochetose ictéro-hémorragique dont M. Levassort rapporte quatre cas.

Existe-t-il une scopolaminomanie chez les parkinsonniens ? (SCHALTENBRAND. *Med. Klin.*, 10 fév. 1924.) — L'auteur a remarqué que, chez les parkinsonniens traités depuis longtemps par la scopolamine, la suppression du médicament exagérait les symptômes, qui s'atténuaient dès la reprise du médicament. D'autre part, il est d'observation courante qu'il est nécessaire d'augmenter progressivement les doses si l'on veut maintenir des effets utiles et durables. Il se produit alors chez ces malades une véritable scopolaminomanie qui, à première vue, pourrait paraître analogue à la morphinomanie, mais qui en diffère cependant en ce sens qu'elle n'amène jamais de troubles aussi graves, ni une cachexie aussi marquée que dans l'intoxication par la morphine. Il est cependant utile de connaître cette accoutumance pour ne commencer le traitement que par de très petites doses.

III. — THÉRAPEUTIQUE

A. — LES MÉDICAMENTS ET LES MÉDICATIONS

Ail.

L'ail en thérapeutique (VLAICOVITCH. *Th. de Nancy*, mai 1924.) — Un nouveau travail vient de paraître sur l'emploi de l'ail en thérapeutique.

Ce médicament signalé il y a trois ans comme hypotenseur par Loeper et qui avait fait, à ce sujet, l'objet d'un travail très intéressant du docteur Pouillard (*Th. de Paris*, 1921) a d'autres propriétés pharmacodynamiques tout aussi intéressantes au point de vue broncho-pulmonaire. Le docteur Mika Vlaicovitch (de Nancy), vient de faire une étude complète de l'ail en thérapeutique et a étudié principalement son action sur les sécrétions bronchiques.

Sa thèse se divise en plusieurs chapitres dont les principaux sont les suivants : Historique de l'emploi de l'ail en thérapeutique, indications botaniques, composition chimique de la plante, préparations pharmaceutiques : puis action de l'ail sur la tension artérielle (action hypotensive, augmentation de l'indice oscillométrique, ralentissement du pouls) ; action de l'ail dans les voies respiratoires et, en particulier, dans la tuberculose pulmonaire (diminution de l'expectoration, désodorisation des crachats); action de l'ail comme antiseptique (entérite, vers intestinaux).

L'auteur achève par la détermination « in vitro » de son pouvoir antiseptique sur les microbes et les champignons. Ce pouvoir antiseptique est surtout remarquable sur ces derniers, ce qui explique l'action favorable de l'ail dans les mycoses, les plaies tuberculeuses et la tuberculose pulmonaire.

Dans le cours du travail, l'auteur relate de nombreuses observations cliniques prises dans un service de tuberculeux. Toutes ces observations montrent que dans la tuberculose avec expectoration, l'ail diminue le nombre des crachats, les désodorise et les rend plus fluides. Malgré la répugnance de certains malades pour l'alcoolature, ceux-ci n'hésitent pas à suivre longtemps le traitement, « parce qu'ils se sentent mieux ». Ceci tient probablement, ajoute l'auteur, tant à l'action locale de l'ail qu'à son action cardiotonique qui se manifeste quand on absorbe la préparation pendant longtemps à dose élevée. Associé à une cure iodée, l'ail renforce l'action de l'iode et évite les inconvénients de la médication iodée intensive.

Allonal.

La médication analgésique et hypnotique. Etude chimique, physiologique et pharmacologique de l'allonal.

(G. POUCHET. *Progrès méd.*, 21 juin 1924.) — L'allonal est un isopropylpropénylcarbiturate d'amidopyrine qui complète l'action calmante de l'amidopyrine par les propriétés sédatives des composés carbituriques.

L'allonal amène progressivement la sédation de la douleur et des phénomènes morbides; il provoque un sommeil paisible, semblable au sommeil physiologique et sans lassitude ni maux de tête au réveil. Sa toxicité est nulle.

Arsylène.

Etude pharmacologique de l'arsylène. (G. POUCHET. *Bull. méd.* 1924, n° 16.) — C'est un acide allyl ou propényl-arsinique employé sous forme de sel monosodique, en injections et de sel monocalcique per os. Ce composé doit être considéré comme un homologue supérieur du méthylarsinate disodique. Il contient 40 p. 100 d'arsenic. Il trouve son indication dans tous les cas où les cacodylates sont indiqués et peut être employé à doses intensives, par ampoules de 2 centimètres cubes, ou à doses stimulantes, en ampoules de 1 centimètre cube, ou encore en granules à doses progressives, suivant la méthode de Fowler. Il agit également sur les trypanosomiases.

Bismuth.

Essai sur la bismuthothérapie dans la neurosyphilis. (J. PEYRUS. *Th. de Lyon*, déc. 1923.) — Envisageant la thérapeutique actuelle vis-à-vis des syphilis nerveuses, M. Peyrus, au cours d'un très intéressant travail sur la bismuthothérapie, met en relief dans diverses observations de neurosyphilis (dont la plupart ont été recueillies dans le service de neurologie de M. Bériel) les heureux résultats de la médication bismuthée là ou mercure et arsenic semblaient devoir échouer ou avoir épuisé leur effet.

Au cours de son expérimentation, l'auteur s'est exclusivement et principalement servi d'un composé organique récent, remarquablement bien toléré, par voie intramusculaire, même à doses élevées ou rapprochées, et sans phénomènes réactionnels, l'oléate de bismuth (oléo-bi « Roche ») titré à 50 p. 100 de bi-métal ; puis, accessoirement, d'un tartrobismuthate de sodium, titré à 35 p. 100 (tartro-bi), administré par voie endoveineuse.

L'efficacité du bismuth — en l'espèce de l'oléo-bi — apparaît nettement établie dans plusieurs des observations de l'auteur, et nous devons admettre avec M. Peyrus, qui en a minutieusement étudié l'action, que cette dernière tient principalement à la diffusion lente et profonde du bi dans les tissus réalisant « un véritable bain bismuthé », notamment au niveau des centres nerveux et du liquide céphalo-rachidien.

Des nombreuses observations recueillies, il semble que l'oléobi soit un produit excessivement commode à administrer, très maniable, présentant une résorption complète en même temps que lente et progressive du bismuth, sans danger d'accumulation ou de décharges inondant brusquement l'organisme, et dont, par conséquent, il est facile, par un dosage judicieux, d'éviter toute action secondaire.

Le traitement de la syphilis par le bismuth (2e édition; Georges DROUET.) — Le traitement de la syphilis par le bismuth a maintenant conquis droit de cité et sa connaissance approfondie est devenue une nécessité pour tout médecin appelé à soigner des syphilitiques.

Après les tâtonnements inévitables du début, une technique du traitement bismuthé s'est peu à peu dégagée de l'expérience. Cette technique, dont l'emploi tend à se généraliser dans les hôpitaux et dispensaires parisiens, est exposée avec clarté et concision dans cet ouvrage du docteur Georges Drouet.

Le bismuth dans le traitement de la syphilis. (L. BRIN, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, et P. LEGRAIN, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.) — Dans cette monographie, volontairement très courte, les auteurs se sont proposé tout simplement pour but d'écrire un petit manuel pratique de bismuthothérapie.

Les notions théoriques, réduites au strict minimum, y sont très brièvement exposées. Le lecteur y trouvera, par contre, tous les renseignements indispensables à quiconque désire employer la médication bismuthée, soit qu'il veuille faire son choix parmi les très nombreuses préparations existant à l'heure actuelle soit qu'il veuille se documenter sur les résultats obtenus, grâce au bismuth, dans les diverses manifestations de la syphilis cutanée ou viscérale.

Les indications de la médication nouvelle y sont minutieusement discutées, avec tous les détails que comporte ce point capital.

Enfin les derniers incidents, qui peuvent se produire du fait du traitement, sont longuement décrits et parallèlement la conduite à tenir dans chaque cas particulier.

Contribution à l'étude de la bismuthothérapie dans les syphilis cutanéo-muqueuses et viscérales. (H. CICILE. *Th. de Lyon*, 1924.) — Le bismuth a rapidement acquis depuis deux ans une place de premier plan parmi les médicaments antisyphilitiques.

Les indications, de plus en plus nombreuses à présent qu'on les connaît mieux, semblent pouvoir se résumer ainsi :

a. Les cas d'intolérance au mercure et aux arsénobenzènes;

b. Les cas de mercuro et d'arséno-résistance ;

c. Les cas où paraît préférable un traitement spécifique conjugué : arsenic et bismuth.

Les 18 observations que l'auteur a recueillies sur la bismuthothérapie dans les syphilis viscérales autorisent à admettre :

a. L'action manifeste du bismuth sur les douleurs ostéocopes et, en général, les accidents ostéo-articulaires de la syphilis secondaire;

b. Son action également certaine sur les aortites syphilitiques avant qu'elles soient constituées en ectasie ;

c. Son action cicatrisante, souvent rapide sur les accidents cutanéo-muqueux, avec stérilisation locale du tréponème;

d. Son efficacité dans les manifestations viscérales de l'hérédosyphilis précoce ou tardive qui représentent une de ses principales indications.

Borate de soude.

Le borate de soude dans les affections gastriques. (LOEPER et TURPIN. *Presse méd.*, 2 avril 1924.) — Le borate de soude, moins irritant que le bromure est un médicament peu toxique, peu irritant, dont l'action complexe s'exerce tantôt sur la muqueuse, tantôt sur les terminaisons nerveuses de l'estomac, tantôt par l'intermédiaire de la circulation et du système nerveux.

On emploie le bi ou le tétra borate de soude pur en solution à 1 p. 100 à la dose de 2 à 3 grammes par jour; par périodes de huit à dix jours avec intervalles de même durée.

Dans les lésions organiques on le donnera dans de l'eau, une demi-heure avant les repas; dans les troubles fonctionnels on peut le donner avec les aliments.

Huile de chenopodium.

CHEINISSE. (*Presse méd.*, 1er mars 1924.) — Ce médicament est particulièrement efficace à l'égard de l'ascaris lombricoïdes, mais l'administration de ce médicament n'est pas exempte de dangers et il ne faut le donner que lorsque l'on est certain du diagnostic.

On s'abstiendra de le prescrire chez les débilités. On ne l'associera jamais à d'autres médicaments. Son emploi est inutile parce qu'inefficace contre le tænia et même les oxyures. Il est bon d'administrer une purgation après la dernière dose absorbée.

Chlorure de calcium.

Le traitement des œdèmes par les sels de calcium. (ROCKWOOD et BARRIER. *Archives of internal méd.*, 15 mai 1924.) — Les auteurs ont utilisé le chlorure et le lactate de calcium chez des malades atteints d'œdème massif d'origine diabétique ou néphrétique. Sur sept cas, l'œdème disparut complètement six fois alors qu'il avait été rebelle aux autres thérapeutiques.

L'adjonction d'un régime pauvre en chlorure de sodium et en eau facilite la cure qui doit être de 12 à 18 grammes par jour. Pour les auteurs le régime lacté serait efficace chez les malades en raison de sa richesse en calcium.

Fénugrec.

Paul Blum (de Strasbourg) a montré à la *Société de thérapeutique* (avril-mai 1924) l'avantage que l'on pouvait tirer du fénugrec pour améliorer le poids, l'appétit et l'état général de malades asthéniques et débilités. A la dose de deux cuillerées à café dans du lait, du bouillon ou de la confiture, c'est un excellent succédané de l'huile de foie de morue.

Il faut savoir seulement que ce produit est amer et d'odeur désagréable, mais il est facile d'y remédier par des artifices pharmacologiques.

Insuline (Applications percutanées).

Gachlinger (*Paris méd.*, 8 mars 1924) a obtenu chez des nourrissons et des enfants une diminution de la glycémie par frictions avec un mélange d'insuline et de vaseline.

Ces frictions sont faites dans les régions à peau fine après nettoyage à l'éther.

Bien que ce procédé donne un dosage incertain, il peut dans une certaine mesure remplacer une partie des injections sous-cutanées dans le diabète infantile.

Protéinothérapie. (Daunhauser. *Munchener medizinische Wochenschrift*, 6 juin 1924.) — L'auteur a traité de nombreuses affections du système nerveux par des injections intraveineuses de caséine, le taux de la concentration de la solution variant selon réactions observées.

Dans la plupart des cas, résultat nul. Cependant signalons une amélioration rapide chez un parkinsonien malade depuis deux ans qui put reprendre ses occupations après douze injections.

Un tabétique vit disparaître ses douleurs en ceinture. Les névralgies et les névrites sont assez bien influencées.

A signaler les accidents anaphylactiques possibles.

Huile de ricin.

Chatin (*Lyon méd.*, 2 mars 1924) considère que les mères de famille emploient avec *abus l'huile de ricin*. Il attribue à cette pratique nombre de diarrhées graves qui surviennent pendant les mois d'été sans qu'on puisse leur donner une autre explication.

Salicylate et bicarbonate de soude.

Danielopolu (*Presse méd.*, 15 déc. 1923) conseille de donner, si l'on veut éviter les accidents d'intolérance, autant de fois 2 grammes de bicarbonate de soude que l'on donne de grammes de salicylate.

Danielopolu donne couramment du premier au vingt-huitième jour d'un rhumatisme articulaire aigu 8, 10, 12, 20 grammes de salicylate avec 16, 20, 24, 40 grammes de bicarbonate de soude. Il diminue ensuite jusqu'au soixantième jour, le malade étant à un régime lacto végétarien riche en sucre. Le médicament est administré toutes les deux heures.

Solutions salines et tension du liquide céphalo-rachidien. (H. Cohen. *Brit. med. journ.*, 8 mars 1924.) — L'auteur a étudié l'action des solutions salines injectées par voie intraveineuse sur la pression du liquide céphalo-rachidien.

Les solutions salines hypertoniques diminuent cette pression tandis que les solutions hypotoniques l'augmentent. L'injection de solutions hypertoniques exerce donc une action bienfaisante sur les douleurs des tumeurs cérébrales ou de la méningite. Cette action se maintient en général pendant deux à trois jours. L'auteur ajoute que cette technique est indiquée pour combattre les douleurs consécutives à la ponction lombaire en utilisant alors une solution hypotonique, et aussi, comme moyen de diagnostic pour savoir si une céphalée reconnaît pour origine une lésion intra ou extracranienne.

Stovarsol.

Traitement de la dysenterie amibienne par le stovarsol. (Rubenthaler et Jansion. *Paris méd.*, 1924, n° 23.) — Les auteurs dégagent de leur travail les conclusions suivantes : Le stovarsol a une action nettement curative sur l'amibiase et est bien toléré par l'organisme. Aux doses de 0,25 à 0,50 par jour, son action est faible et lente; elle est plus marquée à la dose de 1g50. Comparé à l'émétine, indépendamment de son action parasiticide et empêchante sur la formation des kystes, le stovarsol est dépourvu d'action hypotensive et aussi d'action décongestive et sédative directe. Il paraît donc indiqué, au moins dans les retours aigus et douloureux d'amibiase, de laisser une place à l'action de l'émétine.

Employé seul à faible dose, le stovarsol a une action un peu lente dans les cas aigus.

B. — LES TRAITEMENTS

Anasarque (Traitement de l').

Rothstein. (*Ars médici*, 1924, n° 2). — L'auteur badigeonne les deux membres inférieurs depuis les orteils jusqu'à l'abdomen avec une solution saturée de glycérine boriquée tiède. Il recouvre de coton et applique une bande élastique. Le pansement est renouvelé toutes les six heures. D'après l'auteur l'œdème devrait disparaître dans les soixante-douze heures.

Angine de poitrine.

Traitement par le benzoate de benzyle. (Gabcock et Holmes (de Chicago). *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 janv. 1924.) — En traitant un malade atteint à la fois de coliques néphrétiques et de crises d'angor, les auteurs ayant donné du benzoate de benzyle, observèrent un soulagement général, aussi bien de la colique que de l'angor. Ils essayèrent alors le benzoate de benzyle chez des angineux purs. Sur vingt cas observés, ils eurent, dans cinq cas, une amélioration évidente et durable. Dans les autres cas cette amélioration ne fut que passagère et quelquefois même à peine appréciable.

Asthénie.

Les asthénies. (Lyon. *Bull. méd.*, 16 mai 1924.) — M. Lyon passe en revue les différents agents thérapeutiques des athénies et les moyens hygiéniques, diététiques, climatiques à utiliser chez de tels malades. Il insiste sur les bienfaits de la médication phosphorée, en particulier de l'acide phosphorique officinal et des hypophosphates auxquels on peut associer les arsenicaux ou faire alterner le traitement phosphorique avec le traitement arsenical.

Asthme.

John Weicht. (*Brit. med. journ.*, 5 janv. 1924), ayant remarqué que certains asthmes ne réagissaient ni à la peptone ni à la vaccine administrées séparément, l'auteur a traité des malades par les deux méthodes simultanées et employées à hautes doses. Ses résultats ont été les suivants : sur vingt-quatre malades traités, un seul n'a ressenti aucun soulagement, treize ont été complètement guéris. Les résultats ont été particulièrement favorables chez les sujets jeunes.

Syndromes basedowiens.

Les traitements opothérapiques et l'éthyrothérapie humorale des syndromes basedowiens. (P. Sainton. *Monde méd.*, 1-15 février 1924.) — La thérapeutique des syndromes basedowiens dépend avant tout de leur origine. S'il s'agit d'un kyste, c'est l'ablation chirurgicale qui s'impose; il en est de même, quoique l'opération soit plus délicate, dans le cas d'adénome. Ici, le traitement opothérapique n'est qu'un adjuvant.

Au contraire si le goitre est dû à une insuffisance ovarienne, l'opothérapie est parfaitement justifiée; de même, si le goitre a pour origine une infection mal déterminée, le traitement éthyrohématothérapique est indiqué seul ou associé à d'autres moyens thérapeutiques.

Si le goitre est trop volumineux, il n'y a rien à attendre des moyens médicaux ou physiques et on devra avoir recours à la ligature des artères thyroïdiennes.

Encéphalite épidémique.

Barry (*Th. de Paris*, 1923-1924) étudie le traitement de l'encéphalite par les injections intraveineuses de solutions très diluées de salicylate de soude.

On utilise une solution à 5 p. 100 dont on injecte, le premier jour 20 centimètres cubes, soit 1 gramme de salicylate. Le deuxième jour, injection de 40 centimètres cubes; le troisième jour et les jours suivants : 60 centimètres cubes.

Cette thérapeutique paraît avoir une action efficace sur l'encéphalite, mais le salicylate de soude n'a aucun effet sur les séquelles de la maladie.

Hémorrhoïdes et injections interstitielles.

J. DUNBAR (*Brit. med. Journ.*, 3 nov, 1923) injecte dans les hémorrhoïdes un extrait liquide d'hamamélis contenant 10 p. 100 d'acide carbonique. Il pratique dans les cas moyens : cinq injections : une par semaine. Dès la première injection l'hémorragie s'arrête. Les injections ne sont pas douloureuses et, au bout du traitement, la guérison est complète et le sphincter a repris son élasticité.

Muguet.

Quelques recherches expérimentales sur la thérapeutique du muguet. (VALDIQUIE et CADENAT. *Toulouse méd.*, 15 janv. 1924.) — Les auteurs ont passé en revue les divers médicaments actuellement employés dans le traitement du muguet. De leurs recherches, ils concluent que le borax et l'acide borique arrêtent la culture du muguet électivement quelle que soit la réaction du milieu et le véhicule employé. Le collutoire à la glycérine boratée agit aussi bien que le borax seul. La solution de lugol agit imparfaitement; le bleu de méthylène agit efficacement à doses infimes (1 p. 100 000) et paraît être actuellement l'agent le plus actif contre le champignon du muguet.

Pleurésies.

L'adrénaline dans le traitement des pleurésies sérofibrineuses avec réaction lymphocytaire. (GHÉORGHIAN-POPESCO. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit., de Bucarest*, mars 1924.) — L'auteur après thoracentèse, injecte dans la plèvre contenant encore une petite quantité de liquide, 5 centimètres cubes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000. L'injection est indolore; quelquefois le malade a un peu de dyspnée. Au bout de deux à trois injections, on note, en général une diminution de l'épanchement puis sa disparition. Le nombre des injections varie entre quatre et cinq. D'après l'auteur, ce traitement diminuerait considérablement la durée de la maladie et empêcherait la formation d'adhérences.

Rhume des foins.

Leo VON GORDEN. (*Schweizernische Med. Wochens.*, 15 mai 1924.) — Après avoir passé en revue la plupart des médicaments employés, l'auteur considère que les deux meilleurs sont le chlorure de calcium et l'optochine.

Le chlorure de calcium s'administre par voie buccale et au besoin, surtout dans l'asthme des foins par voie endoveineuse à 10 p. 100.

L'optochine s'emploie en pommade à 1 p. 100 ou en pulvérisations intranasales. On peut encore l'instiller sous la conjonctive en solution à 1 p. 100 cocaïnée.

Tremblement parkinsonnien.

Son traitement par le bromhydrate de cicutine. (VERGER, PIÉCHAUT et AUBERTIN. *Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 18 janv. 1924.) — Les auteurs injectent tous les deux jours une solution de bromhydrate de cicutine, dans le tissu cellulaire sous-cutané et progressivement atteignent la dose de 10 milligrammes par injection. Ils prolongent le traitement pendant un mois à un mois et demi et même plus et ils estiment que cette médication, longtemps poursuivie amène une amélioration notable du tremblement.

Tuberculose pulmonaire.

La poudre de glande mammaire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (SARTORY, SCHEFFLER et PELLISSIER. *Strasbourg méd.*, 5 janv. 1924.) — Les auteurs donnent, pendant vingt jours par mois 1 gramme de poudre de glandes mammaires par jour en deux cachets à prendre avant les repas. Les résultats observés par eux sont les suivants : disparition des hémoptysies et, en particulier chez la femme, disparition des hémoptysies qui précèdent les règles. Amélioration de l'état général, disparition ou tout au moins diminution de la fièvre. Reprise de l'appétit et augmentation du poids.

Le traitement doit être continué pendant plusieurs mois et doit être naturellement appliqué en même temps que tous les autres soins diététiques ou hygiéniques ou médicamenteux (recalcification).

Ce n'est qu'au bout d'un temps relativement long qu'on peut constater à l'examen clinique, l'amélioration correspondant à la sensation de mieux-être signalée rapidement par le malade.

Cette heureuse action serait due, pour les auteurs, à la présence dans la poudre de glandes mammaires, de tyrosine. C'est de la même façon que s'expliquerait l'action favorable du lait dans la tuberculose.

Traitement par l'iode. (H. BERNARD. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 janv. 1924.) — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode est à l'ordre du jour et il donne en effet, très souvent d'heureux résultats, mais il est quelques précautions et quelques incidents qu'il faut bien connaître : il est bon de tâter la susceptibilité du malade à l'iode car il est nécessaire de donner de hautes doses, et d'atteindre 1.500 gouttes par jour si l'on veut obtenir un effet utile. L'apparition d'éruptions n'est pas une contre-indication, pas plus que les vomissements. Il suffit, dans ces derniers cas, d'observer une progression plus lente. L'auteur estime que, en raison des heureux résultats que l'on obtient par cette méthode chez les prétuberculeux et les tuberculeux au début, on devrait systématiquement soumettre ces malades au traitement iodé.

Vertiges et adrénaline.

CANUYT et TERRACOL (*Revue d'oto-neuro-occulistique*, février 1924) ont traité par l'adrénaline un certain nombre de malades atteints de troubles vertigineux qui n'avaient été améliorés par aucun traitement. Ils ont obtenu d'excellents résultats dans les vertiges d'origine sympathique.

Les auteurs donnent d'abord V gouttes et vont même jusqu'à XX et XXX gouttes deux fois par jour au moins une demi-heure avant le repas.

NOTE DE PRATIQUE

La technique des régimes alimentaires (1).

Toutes les maladies en général, les maladies de la nutrition en particulier, réclament un régime alimentaire propre à chacune d'elles, pour la prescription duquel le praticien doit avoir présente à l'esprit la valeur nutritive et énergétique des différents aliments, ainsi que leurs indications et leurs contre-indications respectives. Gros travail que vient singulièrement faciliter un petit opuscule édité par les Laboratoires Ciba.

Après un tableau exposant la valeur nutritive et énergétique des principaux aliments, ce qui est banal, mais où figure, ce qui l'est moins, leur coefficient de digestibilité et leur valeur nutritive intrinsèque, on y trouve, disposés par lettre alphabétique, les maladies et le régime qui leur convient, celui qu'elles peuvent tolérer à la rigueur, celui qu'elles doivent éviter. Successivement, l'albuminurie, l'anémie, la constipation, le diabète, les gastropathies, la goutte, l'obésité, le rhumatisme, etc., sont passés en revue, avec les prescriptions diététiques qu'elles exigent. Un appendice très pratique donne la technique de la préparation de quelques aliments : bouillies, bouillon de légumes, lavement nutritif.

Pour toutes ces raisons, la *Technique des régimes alimentaires*, se recommande au médecin, à qui elle épargnera souvent de longues recherches.

(1) Une élégante plaquette de 40 pages. — Lyon, Laboratoires Ciba, 1, place Morand.

NOTES POUR L'INTERNAT

OREILLONS

(SYMPTOMES ET COMPLICATIONS)

DÉFINITION. — Maladie générale, à germe encore inconnu, ayant une affinité toute spéciale pour les glandes salivaires et pour la glande testiculaire.

ÉTIOLOGIE CLINIQUE. — De beaucoup plus fréquents chez les enfants et les jeunes gens (de cinq à vingt-cinq ans) qu'à tout autre âge ; se voient en particulier dans le sexe masculin et dans les agglomérations (écoles, casernes). Les épidémies commencent en hiver et cessent en été.

SYMPTOMES. — 1° **Incubation**. — Dix-huit à vingt jours, période absolument silencieuse, sauf vers la fin où apparaissent quelques malaises.

2° **Invasion**. — *Quelquefois* on constate des prodromes légers, malaise, courbatures, fièvre avec ou sans vomissements. On peut voir de l'otalgie uni ou bilatérale, une angine diffuse.

Mais ordinairement ces prodromes n'existent pas, ou sont tellement légers qu'ils passent inaperçus et les premiers phénomènes sont la douleur et la tuméfaction parotidienne qui marquent la période d'état.

3° **Etat**. — *a*. DOULEURS. — Sensations de raideur, de gêne désagréable. Chez l'enfant, elle est peu marquée ou peut manquer. Chez l'adulte, est plus intense ; elle peut même s'irradier vers le cou, gêner la parole, l'ouverture de la bouche (trismus) et la mastication, provoquer du torticolis, entraîner de l'insomnie.

L'exploration permet de déterminer les points où elle atteint son maximum : *a*. à l'articulation temporo-maxillaire ; *b*. en arrière de la mâchoire, sur l'apophyse mastoïde ; *c*. sur la glande sous-maxillaire.

La douleur évolue parallèlement à la tuméfaction parotidienne ; pourtant elle peut la précéder.

b. TUMÉFACTION PAROTIDIENNE. — Elle est *plus ou moins intense*. A un premier degré, il n'y a qu'une tuméfaction légère qui comble le sillon rétro-auriculaire : les traits ne sont pas déformés. A un deuxième degré, la tuméfaction est plus saillante, soulève le pavillon de l'oreille. A un troisième degré, la tuméfaction est considérable, dépasse les limites de la glande, atteint la région sous-maxillaire, envahit la région cervicale jusqu'à la clavicule ; la tête prend cet aspect « en poire » difforme et ridicule. Cette forme à grosse tuméfaction est exceptionnelle chez l'enfant.

La tuméfaction parotidienne est unilatérale au début : elle ne tarde pas à devenir, dans tous les cas, *bilatérale*.

La peau est lisse, tendue, garde sa coloration normale. Quelquefois, elle est un peu rose.

La palpation donne une sensation de résistance élastique, uniforme, sans godet d'empreinte.

Evolution de la tuméfaction. — Le maximum ne se produit qu'après trois à cinq jours. Vers le sixième jours, la tuméfaction diminue pour disparaître le huitième ou dixième jour.

Gonflement sous-maxillaire dans près de la moitié des cas.

c. EXAMEN DE LA BOUCHE. — On note toujours, surtout au début, un certain degré de rougeur et de tuméfaction du pharynx et des amygdales. L'orifice du canal de Sténon est rouge et tuméfié. La bouche est sèche par diminutiou de la sécrétion salivaire.

L'examen cytologique du liquide salivaire, prélevé par cathétérisme du canal de Sténon, montre au début la présence de leucocytes mono et polynucléaires. En pleine période d'état, il y a prédominance des éléments glandulaires (cellules pleines ou vacuolaires, en cupule ou en urne, isolées ou agglomérées), de plus grandes quantités de cellules fusiformes isolées ou agglomérées provenant des canaux excréteurs.

d. SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — On ne constate qu'un léger mouvement fébrile durant vingt-quatre ou quarante-huit heures, parfois pendant quelques jours. Il y a aussi de la courbature, quelques troubles digestifs. Mats cet ensemble symptomatique est des plus discrets.

Chez l'enfant, il peut être très accentué (abattement dans la journée, agitation la nuit, parfois des vomissements).

Les recherches modernes ont attiré l'attention sur deux ordres de symptômes :

1° L'exanen du sang montre une hyperleucytose modérée portant surtout sur les *mononucléaires*.

2° On trouve souvent un peu de céphalée passagère, et un léger degré de raideur de la nuque en dehors de toute complication. Il s'agit d'une légère réaction méningée ; ce fait est confirmé par la ponction lombaire qui révèle souvent une lymphocytose rachidienne.

4° **Terminaison**. — Durée totale : huit à dix jours. La température baisse rapidement avant la disparition complète de la tuméfaction. Chez l'enfant, la convalescence est courte et le retour à la santé parfaite ; chez l'adulte, la convalescence est plus longue s'accompagnant d'*asthénie assez persistante*.

(*A suivre*.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie exotique, par A. LE DANTEC, professeur de médecine coloniale et de clinique des maladies exotiques à la Faculté de médecine de Bordeaux. 4e édition. Deux vol. (12 × 18,5) formant 2000 pages avec 206 figures dans le texte et 3 planches en couleurs, cartonnés toile. — Prix : 75 fr.; franco, 77 fr. — Paris, G. Doin.

Causes. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire, *maladie évitable et curable*, par le docteur R. BRUNON, professeur de clinique médicale, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, membre correspondant de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 de 628 pages avec 28 figures dans le texte. — Prix : 35 fr.; franco France, 37 fr. — Paris, G. Doin.

Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours, par le docteur L. MEUNIER. In-8 de 642 pages, 2e édition 1924. — Prix : 30 fr. — Paris, Le François.

Clinique et iconographie médico-chirurgicales des maladies de la face et du cou, par le docteir Henri ABOULKER, chef du service oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital civil de Mustapha, chargé du cours de clinique oto-rhino-laryngologiste de la Faculté de médecine d'Alger. Préface du professeur Pierre SÉRILEAU. Un vol. de 583 pages, 420 photogravures. — Prix : 25 fr. — Paris 1924, A. Maloine.

Transfusion du sang, par Victor PAUCHET et Auguste BÉCART. Un vol. in-8 de 186 pages avec 52 figures dane le texte. — Prix : 18 fr.; franco France, 19 fr. 80. — Paris, G. Doin.

Questions actuelles de biologie médicale, par G.-H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de pathologie expérimentale et comparée, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 196 pages avec 49 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Guide pratique d'analyses de chimie biologique pour l'urine, le sang, le suc gastrique, les matières fécales, etc., par René CLOGNE. In-16, 282 pages, avec figures, 2e édition, 1924. — Prix : 14 francs. — Paris, Le François.

Histoire des violations du traité de paix, par le docteur Lucien GRAUX. Tome III : 12 novembre 1921-31 décembre 1922. — Prix : 12 fr. — Paris, Les Editions G. Crès, 21, rue Hautefeuille.

Aperçu de la physiologie et de la pathologie du système lacunaire, par Ch. ACHARD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 126 pages avec 29 figures. Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 74. — SAMEDI 13 SEPT. 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 13 SEPT. 1924. — N° 74.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — **1** an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Fley, docteur en médecine, est chargé, pour l'année 1924-1925, d'un cours de stomatologie (cours annuel, 3 heures par semaine).

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925, chefs de travaux et de laboratoires des cliniques :

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : Chefs de laboratoire, MM. les docteurs Deval (chimie); Tissier [Mlle] (anatomie pathologique); Bénard (bactériologie).

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : Chef de laboratoire : M. le docteur Renaud.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : Chef de laboratoire : MM. les docteurs Fibach, et Hautant, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie.

Clinique médicale (Beaujon) : Chefs des travaux : MM. les docteurs Foix (bactériologie), Feuillé (anatomie pathologique), Ribot (chimie); Lièvre, chef du laboratoire de radiologie.

Clinique chirurgicale (Cochin) : MM. les docteurs Herrenschmidt, chef du laboratoire chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique; Beauvy, chef des travaux de biologie.

Clinique urologique (Necker) : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Chabanier (chimie); Verliac (bactériologie); Fey (urologie expérimentale).

Clinique médicale (Cochin) : Chefs de laboratoire : M. Laudat, pharmacien de 1re classe; MM. les docteurs Raulot-Lapointe (radiologie), Joltrain (bactériologie), May, chef adjoint.

Clinique chirurgicale (Saint-Antoine) : M. Giet, chef de laboratoire (délégué).

Clinique médicale (Saint-Antoine) : Chefs des travaux : MM. les docteurs Grigaut (chimie), Brel (anatomie pathologique et bactériologie), Ronneaux (électrologie et radiologie.

Clinique des maladies infantiles (Enfants-Malades) : M. le docteur Mathieu (René), chef de laboratoire.

Service de la diphtérie : M. le docteur Boulanger-Pillet, chef de laboratoire (délégué).

Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. les docteurs Welther, chef des travaux d'ophtalmologie; chefs de laboratoire : Lehmann (électricité), Cuel (Jean) (anatomie pathologique), Aubel (chimie), Dumas (psychologie).

Clinique des maladies nerveuses : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Guy-Laroche et Bertrand.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Sézary (physiologie pathologique (délégué), de Just (chimie), Bloch (J.), (anatomie et bactériologie).

Clinique obstétricale (Tarnier) : MM. les docteurs Clogne, chef de laboratoire; Cartier, chef adjoint.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Sont nommés membres de la Commission chargée de l'étude de la revision générale des cadres ainsi que des simplifications de service et des réductions de personnel :

Au titre de représentant des organisations publiques plus spécialement intéressées au bon fonctionnement du service : MM. les docteurs Camus, membre de l'Académie de médecine; Georges Guiard, vice-président de la Fédération nationale des retraites; Durand-Fardel, membre de la Commission permanente des stations hydro-minérales et climatiques.

LES MÉMOIRES DES MÉDECINS-PHARMACIENS ET LE REGISTRE DU COMMERCE. — Voici la deuxième réponse du ministre à la question posée par M. Delthil (voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 69, p. 1138 :

« Les médecins qui fournissent accessoirement aux malades des médicaments pour l'exécution de leurs ordonnances dans les localités où il n'y a pas de pharmaciens, ne sauraient être considérés comme des commerçants astreints par la loi du 18 mars 1919 à l'immatriculation dans le registre du commerce. Ce serait donc à tort que certains préfets, interprétant

inexactement les instructions données par le ministère des Finances pour l'application ne la loi du 1er juin 1923, auraient exigé de ces médecins l'indication, sur leurs factures et mémoires, du numéro d'immatriculation. » (*J. O.*, 10 sept. 1924.)

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

NOUVELLE LOI SUR LES LOYERS

LOI DU 2 AOUT 1924 (1)

IV. Toute expulsion, par le fait de la loi nouvelle, s'est trouvée suspendue jusqu'au 31 août 1924.

Tout intéressé, *une fois faite ou renouvelée sa demande de prorogation*, doit pouvoir se considérer, jusqu'à ce qu'il ait été statué, comme à l'abri de toute expulsion. S'il se trouve sous le coup d'une expulsion prononcée antérieurement à la promulgation de la loi, il lui appartient, dans le cas de tentative d'exécution de cette décision, de demander qu'il en soit référé au juge qui, sur justification de sa demande de prorogation, ordonnera le sursis à l'expulsion.

Pour assurer d'une façon particulièrement efficace le jeu de cette procédure, le législateur a décidé que, jusqu'au 31 août 1924, il ne pourrait être procédé à aucune expulsion contre les bénéficiaires de la loi.

Toutefois, il convient de ne pas oublier, pour éviter des abus, que cette interdiction n'a été formulée qu'en faveur des « bénéficiaires de la loi », ce que le texte explique et précise immédiatement en ajoutant : « locataires et occupants de bonne foi ». La même protection ne saurait donc être étendue aux locataires et occupants de mauvaise foi, c'est-à-dire à ceux qui n'ont pas satisfait aux conditions de l'article 10 de la loi du 31 mars 1922. C'est l'intérêt des locataires et occupants de bonne foi que la faveur légale ne soit pas discréditée dans l'opinion publique par l'abus qui en serait fait.

V. Deux dispositions étrangères au but principal de la loi doivent être indiquées.

Le premier texte — l'article 5 — autorise, par dérogation à la règle générale de l'article 15 de la loi du 31 mars 1922, la transformation des locaux d'habitation en locaux commerciaux ou industriels « lorsque le propriétaire l'aura compensée en construisant au préalable un autre local affectée à l'habitation, d'une importance au moins égale, dans la même commune, ou, à Paris, dans le même arrondissement ou les arrondissements limitrophes ». Il a pensé juste, en effet, qu'il n'y ait aucune infraction punissable lorsque la transformation en local commercial ou industriel a été précédée d'une construction nouvelle affectée à l'habitation. C'est l'intérêt public lui-même qui exigeait cet encouragement à la construction.

Le second texte — l'article 4 — a pour objet d'excepter de la libre fixation du prix des loyers, édictée par l'article 10 de la loi du 29 décembre 1923 en faveur des immeubles construits ou achevés postérieurement au 1er août 1914, « ceux qui ont été construits, achevés ou réparés en fonction de la loi du 17 avril 1919 sur les dommages de guerre ». Il résulte des travaux préparatoires que cette disposition doit s'appliquer à toutes les constructions faites au moyen d'indemnités de dommages de guerre.

VI. Enfin quelques dispositions particulières sont à signaler :

a. Les étrangers admis à domicile dans les conditions de l'article 8 du Code civil peuvent invoquer le bénéfice de la loi nouvelle (art. 3).

b. Toute renonciation au bénéfice de la loi *antérieure à sa promulgation*, est réputée non écrite.

c. La loi est applicable aux départements du Haut-Rhin, de la Moselle et à l'Algérie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 73, p. 1198.

NOTES DE PRATIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	0g40
Jalap	0g15
Gomme-gutte	(Jalap et Gomme-gutte : 0g15)

En 2 paquets. A prendre à 20 minutes d'intervalle. Renouveler tous les 10 ou 15 jours.

3° Pendant 15 jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 g. K I pour 300 g. d'eau distillée).

4° Pendant les 15 jours restants, prendre, matin et soir, 1 cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ADMISSIBILITÉ AU CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

M. Edouard Barthe, député, expose à M. le ministre de l'Instruction publique que l'arrêté ministériel du 6 avril 1924 qui règle les modalités du concours d'agrégation pour les facultés de médecine dispose en son article 9 que sont dispensés de ces épreuves les candidats « admissibles » au concours de 1923 ou aux concours antérieurs et demande, en raison des difficultés d'interprétation de cet article, si par mesure de disposition transitoire le terme « admissible » désigne seulement la première admissibilité. (*Question du 1er août 1924.*)

Réponse. — Le terme admissible employé par l'arrêté du 14 mars 1924 (*Journal officiel* du 6 avril) désigne les candidats admis aux deux premières épreuves. En effet, l'admission à ces deux premières épreuves aux termes mêmes des règlements qui ont déterminé les modalités des concours de 1920 et de 1923 était exigée des candidats pour être déclarés admissibles à l'épreuve définitive. (*J. O.*, 10 sept. 1924.)

HONORAIRES MÉDICAUX DUS PAR LES MUTILÉS

M. Jean Ossola, député, demande à M. le ministre des pensions si, lorsqu'un bénéficiaire de l'article 64 passe devant la commission de réforme et se fait assister par un médecin, comme c'est son droit, quel est celui des deux parties, l'Etat ou le réformé, qui doit payer le docteur accompagnateur du malade. (*Question du 29 juillet 1924.*)

Réponse. — L'article 64 vise les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, mais non l'assistance médicale devant les commissions de réforme ou les tribunaux de pensions. Dans ces conditions, il appartient au mutilé qui a sollicité l'assistance d'un médecin de régler les honoraires de ce dernier. (*J. O.*, 10 sept. 1924, p. 324.)

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LA THORACOPLASTIE EXTRAPLEURALE ET LA PHRÉNICOTOMIE

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par M. JACQUES BARANGER,
Interne des hôpitaux de Paris.

IV. **Les techniques.** — Nous décrirons les deux techniques actuellement employées, celle de Brauer-Friedrich et celle de Sauerbruch, particulièrement cette dernière ; puis nous dirons quelques mots de la phrénicotomie.

1. **Technique de Brauer-Friedrich.** — *A.* INCISION EN FER A CHEVAL débutant à l'extrémité postérieure de la IIe côte, descendant jusqu'à la Xe, devenant presque horizontale et remontant en avant en dehors de la ligne mamelonnnaire jusqu'à la IIe ou IIIe côte. On sectionne jusqu'au contact des côtes.

B. INCISION LONGITUDINALE de chaque côte, leur ruginage, leur *résection* de l'angle postérieur au cartilage (*10 à 25 centimètres*). Certains auteurs complètent par l'excision du périoste aux ciseaux ; d'autres le laissent, espérant une reconstitution des côtes qui d'ailleurs nuirait parfois à l'aplatissement du thorax.

Friedrich conseille la résection des nerfs intercostaux pour éviter les névralgies provenant de leur englobement par du tissu fibreux ; résection inutile, dit Guilleminet, car il n'y a pas de névralgies sérieuses durables.

Signalons également un point : Friedrich ne sectionne généralement pas la première côte, il pratique l'apicolyse systématiquement, risquant par là, dit Guilleminet, d'ouvrir une caverne apicale.

2. **Technique de Sauerbruch, adoptée par Bérard.** — *A.* CHOIX DE L'ANESTHÉSIQUE ET POSITION DU MALADE. — *En principe l'anesthésie régionale est préférable.* — Elle permet d'opérer le sujet assis ou à cheval sur une chaise, sans gêne pour le fonctionnement du côté sain, du fait de l'attitude ; elle est moins toxique, n'irrite pas les bronches, mais elle est cependant assez difficile à réaliser intégralement ; trop souvent le malade souffre plus ou moins, ce qui aggrave le choc ; il se débat, ce qui complique les manœuvres.

Aussi Bérard qui dans les thèses de ses élèves avait affirmé très nettement sa préférence pour l'anesthésie régionale, tend-il actuellement à pratiquer l'anesthésie générale (éther, chlorure d'éthyle ou mélange protoxyde d'azote-oxygène) quand celle-ci ne semble pas contre-indiquée nettement. Bull, Roux et Sauerbruch seraient arrivés à la même conclusion.

a. *Anesthésie régionale.* — Elle est défendue surtout par Saugman, Jacobæus et Key. La faire précéder de l'administration de calmants.

La veille au soir XXX gouttes de *somnifère*, le matin vers huit heures lorsque l'opération doit être pratiquée vers neuf ou dix heures L gouttes nouvelles.

Une demi-heure avant l'incision des téguments injection de 1 centigramme de *morphine*.

L'anesthésique employé sera un des succédanés de la cocaïne (scurocaïne, allocaïne, *novocaïne*) ou mieux l'*anacaïne* qui aux mêmes doses donne une anesthésie durant trente-six ou quarante-huit heures, supprimant ainsi le jour qui suit l'opération, les douleurs très vives dues aux tiraillements des nerfs intercostaux. On commencera l'anesthésie trois quarts d'heure avant l'opération.

De toute façon il faut faire d'une part une injection traçante au niveau de la ligne d'incision, d'autre part une infiltration au niveau de chacun des nerfs intercostaux. L'injection traçante part du bord supérieur du trapèze, descend à trois travers de doigt en dehors de la ligne épineuse pour s'incurver en bas et en dehors et rencontrer le bord axillaire postérieur au niveau de la XIe côte. La quantité d'anesthésique employée varie de 60 à 80 centigrammes et, sauf chez les sujets vigoureux, ne doit pas atteindre 1 gramme (Sauerbuch et Schumacher).

On utilise des solutions au 1/10, fraîchement préparées, qui sont diluées au moment même de leur emploi de façon à obtenir une solution à 1 p. 100 ou à 1 p. 200. La solution sera tiède.

L'anesthésie régionale peut s'aider de quelques bouffées d'éther et de chlorure d'éthyle, mais alors il faut coucher le malade.

b. *Anesthésie générale.* — Elle est précédée comme la régionale de l'administration des calmants. Elle peut se pratiquer d'une façon discontinue ; les anesthésiques employés sont le chlorure d'éthyle, le mélange protoxyde d'azote-oxygène ; l'éther a été employé, certains rejettent son emploi à cause de la fréquence des complications pulmonaires.

Quand la narcose est pratiquée chez des sujets peu dyspnéiques et expectorant peu, elle ne paraît pas entraîner d'inconvénients sérieux. Mais elle nécessite une position du malade qui, d'une part, entrave le fonctionnement du poumon sain, d'autre part favorise l'aspiration par lui des sécrétions du poumon malade. Le sujet repose en effet sur le côté sain, la thorax à 45 degrés, tête en haut, un gros coussin est placé sous le flanc ; l'omoplate du côté malade s'est maintenue en haut et en dehors par la traction d'un aide.

B. INCISION DES TÉGUMENTS. — Deux aides au moins :

L'un pour maintenir l'omoplate.

L'autre pour l'assistance opératoire ordinaire.

Un troisième peut être utile pour aider à l'hémostase ou infiltrer les nerfs intercostaux à mesure que le chirurgien met les espaces à nu et dénude les côtes.

L'incision a été décrite à propos de l'anesthésie régionale, elle doit intéresser d'emblée toutes les parties molles jusqu'aux côtes dans sa partie inférieure (« jusqu'à mi-hauteur de l'omoplate », dit Bérard).

L'hémostase est faite rapidement, c'est pendant cette hémostase qu'on peut compléter l'anesthésie des nerfs intercostaux.

C. DÉNUDATION DES CÔTES. — Procéder de bas en haut de la XIe à la Ire. Inciser le périosté au bistouri sur le plat de la côte, puis amorcer son décollement sur plus de la moitié de la circonférence avec une rugine d'Ollier ou de Farabeuf, ou mieux, dit Bérard, avec la grande raspatoire de Lambotte. On passe alors en arrière de la côte la rugine costale de Doyen, et par un mouvement de va-et-vient, on

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 72, p. 1189.

dénude la côte aussi loin que possible en avant et *surtout en arrière* où la section doit porter contre l'extrémité des apophyses transverses.

Bérard rugine ainsi toutes les côtes, ce qui réalise déjà un affaissement notable du poumon sous-jacent. Mais pour aborder la Ire côte, il est souvent utile de supprimer la IIe. « L'omoplate est de plus en plus réclinée en bas et en dehors par traction sur le bras, un large écarteur en cuiller soulève l'angle supérieur de la plaie et protège dans la profondeur vaisseaux sous claviers et plexus brachial. La Ire côte est dénudée sur les doigts de la main gauche glissés en dessous d'elle, puis sectionnée soit à l'aide d'une pince-cisaille coudée, soit avec une pince-gouge plate, soit avec le costotome guillotine de Sauerbruch ». (Bérard.)

Bérard insiste sur la nécessité de sectionner les deux premières côtes si l'on veut obtenir un affaissement suffisant; en effet, ces deux côtes constituent la clé de voûte du dôme thoracique.

D. Résection des côtes. — On a ainsi supprimé 3 à 4 centimètres au moins de la Ire côte, on a prélevé 6 à 10 centimètres sur la IIe; il faut maintenant *réséquer de 10 à 15 centimètres* sur toutes les autres ; que cette résection se fasse de haut en bas ou de bas en haut, cela n'a aucune importance, mais il faut qu'elle enlève 1 mètre à 1m,50. On peut pour les côtes moyennes (de 9 à 4) en pratiquer d'abord la section en avant, puis fracturer la côte en arrière en le basculant en dedans; cette fracture porte très près de l'articulation costo-transversaire.

Il est inutile de supprimer le périoste ou les muscles intercostaux.

E. Parage et suture des parties molles. — Après avoir promené sur la plaie musculaire une grande compresse imbibée de sérum tiède et alcoolisé, on résèque tous les lambeaux musculaires effilochés et on complète, s'il y a lieu, l'hémostase. Puis un long drain du calibre de l'index est glissé sous l'omoplate jusqu'au sommet de la plaie et vient sortir au point déclive soit dans la ligne d'incision, soit en dehors d'elle. Ce drain servira pendant 24 ou 36 heures à favoriser l'écoulement du liquide séro-sanguin toujours abondant sécrété par ce vaste foyer.

Suture des muscles plan par plan à points séparés. Puis les muscles superficiels et leur aponévrose sont adossés par un surjet.

Suture de la peau par un surjet de soie ou mieux des crins.

Cette opération, dit Bérard, longue et impressionnante par l'étendue des résections osseuses, peut être menée à bien sans hâte en 35 à 45 minutes.

F. Pansement. — Pour éviter les douleurs dans la mesure du possible (elles résultent surtout du tiraillement des nerfs intercostaux par les mouvements respiratoires), faire un pansement ouaté copieux, immobilisant solidement le bras et l'épaule correspondants. On peut encore, à l'exemple de Brauer et Saugmann constituer un bandage compresseur de tout le côté opéré au moyen de leucoplaste en bandes imbriquées, prenant le dos en écharpe depuis l'épaule saine jusqu'à l'os iliaque du côté opposé.

3. **Variantes de la technique préconisée par Bérard.** — *A*. Technique de Sauerbruch, d'après Madinier. — Reproduite par Bérard sauf les détails suivants : 1) une sangle fixe les hanches et les cuisses du patient, 2) Sauerbruch fait son incision et sa résection en deux fois. Il incise d'abord à partir de D_5 ou D_6 à trois travers de doigt de la ligne épineuse, l'incision se dirige en bas parallèlement à la ligne épineuse pour tourner à la hauteur de la XIe côte un peu en avant et en dehors, formant crochet ; elle se termine sur la ligne axillaire antérieure ou moyenne. Section des parties molles, résection sous-périostie des X, IX, VIII, VII, VI et Ve côte, finalement il résèque la 11e. On peut alors soit renvoyer le reste de l'intervention à un deuxième temps, soit prolonger l'incision vers la nuque, recouvrir la partie inférieure de la plaie avec de la gaze et réséquer de bas en haut les premières côtes y compris la Ire. Sauerbruch en enlève 3 centimètres : depuis la transverse dorsale jusqu'en dehors de l'insertion des scalènes.

Ligatures, sutures par plans, drains. Sauerbruch prétend que l'intervention peut être conduite en 10 à 20 minutes. Aller vite n'a pas d'intérêt d'ailleurs si on emploie l'anesthésie locale,

B. Technique de Bull. — Comparable à celle de Sauerbruch, mais Bull laisse en place la Ire côte et pratique en un deuxième temps l'apicolyse extrapleurale au moyen d'une greffe graisseuse.

C. Technique de Descarpentries. — L'expérience de Descarpentries ne portait au moment de sa publication dans les Archives franco-belges que sur 2 cas de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire. Ce chirurgien de Roubaix qui a souvent pratiqué avec succès l'opération de Boiffin pour combler les cavités pleurales suppurantes, déclare ne pas aller jusqu'à rechercher dans le traitement de la tuberculose un collapsus pulmonaire quelconque ; il vise simplement à « rétrécir le thorax » suffisamment pour annihiler les espaces morts et les cavités suppurantes. Il préconise la technique de Sauerbruch ou de Saugmann, mais avec une résection des côtes limitée n'allant pas jusqu'à l'angle postérieur, il laisse en place la 1re côte.

4. **Thoracectomies partielles.** — Portant surtout sur la base. Même technique que pour l'opération de Sauerbruch, mais limitée.

5. **Thoracectomie complémentaire antérieure.** — La thoracoplastie par résection postérieure (Sauerbruch) agit peu sur la partie supérieure du thorax, où pourtant les lésions pulmonaires sont les plus fréquentes. Aussi Sauerbruch et Bérard préconisent-ils de compléter dans certains cas cette opération par la résection antérieure des IV ou V premières côtes. Cette opération, rarement employée seule pour des cavernes isolées, se pratique généralement quelque temps après une résection postérieure.

Anesthésie régionale. Incision verticale à 1 centimètre en dehors du bord sternal, se recourbant en haut et en dehors au niveau de la clavicule. On rabat dans le lambeau à la fois les téguments et le grand pectoral désinséré; puis on résèque chaque côté de bas en haut sur une longueur de 4 à 6 centimètres. Eviter la mammaire interne. Au niveau du premier espace et de la Ire côte, on ne négligera pas la veine sous-clavière et les troncs veineux de la base du cou.

Incidents de toute thoracotomie. — Outre les *accidents de l'anesthésie générale*, on peut observer des *quintes de toux* plus ou moins violentes qui peuvent entraîner une menace d'asphyxie, elles gênent les manœuvres de réaction costale et exposent à une *blessure de la plèvre*. Celle-ci, lorsqu'elle n'a

pu être évitée doit être suturée immédiatement avec des lambeaux musculaires, c'est un accident grave, pouvant entraîner des complications infectieuses de la plèvre et du poumon.

6. **Phrénicotomie.** — Cette opération a été employée par les auteurs allemands ou suisses, soit à titre diagnostique, — nous avons vu comment — soit comme opération complémentaire d'un pneumothorax ou d'une thoracoplastie.

Sauerbruch, qui en août 1923, avait pratiqué plusieurs centaines de fois cette opération, conseille de ne pas s'en tenir à la simple section du phrénique au cou ; Goetze et lui préconisent la phrénico-exérèse. c'est-à-dire l'extirpation d'un segment de tronc du phrénique comprenant l'anastomose du nerf avec le nerf du sous-clavier et les filets qu'il reçoit du ganglion inférieur du sympathique cervical.

Félix et Lebsche conseillent de sectionner non seulement le nerf principal, mais d'arracher aussi si possible le nerf accessoire ; en essayant d'étirer et lacérer le phrénique dans sa périphérie sur une largeur de 10 à 12 centimètres, on a chance de sectionner aussi le phrénique accessoire.

Sur 145 cas, Sauerbruch note 4 incidents : dont une accélération du pouls consécutive à une section par erreur du pneumogastrique et 3 embolies gazeuses ayant suivi la blessure des veines tributaires de la sous-clavière.

V. **Les résultats.** — I. **De la thoracoplastie.** — *A.* Suites immédiates. — Les suites immédiates normales de la thoracoplastie de Sauerburch et à plus forte raison de l'opération de Brauer Friedrich sont toujours impressionnantes.

Ramené dans son lit, le sujet est en proie pendant *deux à trois* jours à la dyspnée et à la cyanose les plus vives. Son pouls est accéléré, la plupart du temps arythmique. Sa température monte le jour même à 39 ou 40°, le sujet, tout meurtri, n'expectore plus.

Parfois même ce tableau déjà dramatique se complique de pâleur du visage, de sueurs, refroidissement des extrémités, petitesse et ralentissement du pouls, vomissements. Faut-il attribuer ces phénomènes à une intoxication par la novocaïne comme le croit Sauerbruch ? Guilleminet pense que ces phénomènes sont à rattacher au déséquilibre médiastinal. Et les cas de mort observés dans les deux ou trois premiers jours particulièrement après l'opération de Friedrich relèveraient particulièrement, en même temps que du shock opératoire, de l'insuffisance cardiaque et respiratoire consécutive surtout à ce déséquilibre du médiastin ; celui-ci se traduit en effet par des mouvements pendulaires du médiastin et une respiration paradoxale de l'hémithorax opéré.

On traitera le sujet dès le début par les tonicardiaques, notamment la digitaline ; la dyspnée sera combattue par les inhalations d'oxygène, la morphine (2 à 3 centigrammes).

Au bout de deux ou trois jours, ces phénomènes dramatiques s'estompent ; « un nouvel état d'équilibre fonctionnel s'installe » (Guilleminet) le pouls se régularise, la cyanose disparaît, la température descend en oscillant, l'*expectoration* devient possible, elle va même être pendant quelques jours « étonnamment abondante » (Bérard et Dumarest). « Ce poumon se vide comme une éponge qu'on presse (Saugman). » Ce qui va dominer la scène pendant quatre à cinq jours, ce sont les *douleurs*, dues principalement à l'irritation des nerfs intercostaux, on traitera ces névralgies par les opiacés à haute dose.

Le pansement sera surveillé ; les premiers jours il sera souillé par un suintement séro-sanguin considérable ; l'infection pariétale est assez fréquente, elle n'a d'autre inconvénient que de retarder la convalescence.

Bérard et Dumarest ont noté comme complication précoce de l'intervention, la compression du plexus brachial et des vaisseaux sous-claviers, en particulier de la veine par l'abaissement en masse d'un hémithorax, cette compression dans le cas observé par eux s'est traduite dès le deuxième jour par des fourmillements et un peu d'anesthésie dans le membre supérieur gauche qui s'est œdématié et cyanosé ; en huit à dix jours les signes de compression ont rétrocédé, sans qu'on n'ait rien changé au pansement.

Au bout de dix jours, l'état général du sujet est parfois déjà transformé ; la température peut être voisine de la normale, même chez des sujets présentant de la fièvre avant l'opération, l'expectoration diminue, de plus elle va changer d'aspect, devenir de plus en plus muqueuse, présenter d'une façon de plus en plus rare, les bacilles de Koch et les fibres élastiques.

Dès ce moment, on commence des exercices de gymnastique respiratoire et on fait lever le malade avec un corset tuteur, type Braüer par exemple, pour empêcher l'affaissement et l'incurvation de la colonne vertébrale.

C'est à ce moment que l'évolution postopératoire peut être troublée par l'apparition de la complication le plus grave : c'est, en effet, au *réveil d'une tuberculose latente du poumon opposé* que sont dues les assez nombreux cas de mort dans les premières semaines. « Il peut se produire sur le sommet opposé simplement une poussée congestive légère, apparition de quelques râles fins inspiratoires, poussée qui cède quand l'autre côté s'améliore ; chez d'autres malades peut exister un véritable processus de pneumonie lobulaire, avec réascension de la température et recrudescence de l'expectoration ; enfin dans les cas les plus graves il y a apparition d'une tuberculose miliaire ou d'une large pneumonie caséeuse et en quelques semaines, dans ce dernier cas, se creusent des cavernes dans un poumon qui était auparavant cliniquement sain. » (Madinier).

Notons que l'on a observé quelquefois, à la suite de la thoracoplastie, une réaction de foyers tuberculeux à distance, ce qui conduit à incriminer la décharge bacillaire et toxinienne provoquée par la rétraction brusque du poumon.

La fréquence et la gravité de ces complications pulmonaires de nature bacillaire incite à porter son attention d'une façon très sérieuse sur l'état du poumon opposé chez tout sujet où la thoracoplastie semble indiquée ; de plus, l'état général a aussi une grosse importance, il faut autant que possible n'opérer que des sujets apyrétiques et suffisamment résistants.

Enfin, dit Madinier d'une plume d'ironiste, la complication la plus fréquente de la thoracoplastie « c'est d'avoir été inutile ». L'évolution des lésions du poumon malade se poursuit.

Quelles transformations le clinicien perçoit-il au niveau du thorax opéré et du poumon correspondant au cours des suites normales d'une thoracoplastie ?

L'*affaissement* de l'hémithorax opéré est rapide-

ment considérable, la réduction pouvant aller jusqu'aux deux tiers de la capacité primitive, cet affaissement est d'ailleurs progressif du fait de la rétraction fibreuse du poumon sous-jacent. L'examen clinique fait rapidement percevoir à la base et à la partie moyenne de l'hémithorax une abolition ou une grosse diminution des vibrations et de la respiration, on y trouve de la matité ; sous la clavicule, au contraire, et dans la fosse sous-épineuse « tympanisme », respiration à timbre soufflant ou même amphorique. Dans la région hilaire : sur un espace limité, souffle bronchique, retentissement de la toux et de la voix. Il y a des signes adventices : nombreux ronchus et sibilants, voire même des râles humides, ces signes peuvent persister même chez des malades guéris cliniquement, n'expectorant plus ; ils ne peuvent donc servir d'élément de pronostic.

Du côté sain : augmentation de volume et de fonctionnement de l'hémithorax, signes d'emphysème marqué du poumon.

Quant au cœur il est nettement déplacé ; avec une thoracoplastie gauche, la pointe bat dans l'aisselle gauche, on a, dit Madinier, l'impression d'avoir « le cœur dans la main » ; avec une thoracoplastie droite, il est déplacé mais dans une moindre proportion vers la droite.

Bérard et Dumarest signalent le fait que la thoracoplastie ne refoule jamais le médiastin par pression positive comme le pneumothorax, d'où rendement fonctionnel meilleur du côté opposé.

Au point de vue esthétique, la modification de la paroi thoracique, est peu visible chez le sujet vêtu, surtout chez l'homme. En effet, la silhouette des épaules tient surtout à la présence de la ceinture scapulaire.

B. Résultats éloignés. — Le résultat favorable après thoracoplastie peut être obtenu dès les premières semaines ; cependant la plupart du temps le résultat est progressif comme la rétraction fibreuse amenée par la thoracoplastie, on doit donc tenir compte seulement de résultats éloignés. Dans l'ensemble, on peut résumer les résultats des statistiques de la façon suivante, avec Courcoux et Desplas : un tiers de guérisons, un tiers d'améliorations, un tiers de morts immédiates ou tardives.

Comme on le voit, la thoracoplastie extrapleurale est une opération grave, mais puisqu'elle s'adresse à des sujets incurables, ses résultats peuvent être considérés comme encourageants, il existe dès maintenant un certain nombre de guérisons anciennes (dix à douze ans), l'on conçoit donc que les phtisiologues les plus en renom poussent à l'exécution plus fréquente de cette opération.

Nous reprendrons les statistiques classées par Lenormant en septembre 1923 et nous essaierons de les compléter par les notes publiées depuis cette date. Avec lui, nous définirons :

Guérison : cas où l'évolution de la tuberculose est complètement arrêtée (ni fièvre, ni bacilles, augmentation de poids, existence normale).

Amélioration : cas où les sujets, tout en n'ayant plus de lésions évolutives, ni de fièvre, conservent encore quelques bacilles dans leurs crachats ou n'ont pas repris un poids normal.

Echec : cas où la thoracoplastie n'empêche pas les lésions de continuer à évoluer.

Quant aux morts tardives survenant plusieurs mois après l'opération, elles relèvent parfois d'une maladie intercurrente (grippe), mais le plus souvent elles ont pour cause la reprise ou la continuation de l'évolution tuberculeuse.

a. **Statistiques allemandes.** — Sauerbruch (1907-1919). — Plus de 300 cas se subdivisant en trois groupes suivant la technique employée :

1° Opération de Brauer-Friedrich, 71 cas :

Opérés en un temps, 9 : 2 morts opératoires ; 3 améliorations ; 4 guérisons de sept à douze ans.

Opérés en deux temps, 38 : 4 morts dans les six premières semaines ; 13 morts tardives ; 8 améliorations ; 12 guérisons.

Opérés en trois temps, 24 : 0 mort opératoire ; 11 morts tardives ; 12 guérisons.

2° Opération de Sauerbruch, 223 cas :

Opérés en un temps, 169 : 2 morts opératoires ; 21 morts dans les trois premières semaines ; 38 morts tardives ; 41 améliorations ; 61 guérisons d'un à six ans ; 6 malades perdus de vue.

Opérés en plusieurs temps : 1 mort opératoire ; 5 morts dans les trois premières semaines ; 7 morts tardives ; 6 améliorations ; 23 guérisons ; 12 malades perdus de vue.

3° Thoracoplastie partielle supérieure associée au pneumothorax, 26 cas :

1 mort opératoire ; 3 améliorations ; 2 aggravations ; 15 guérisons de dix-huit mois à cinq mois ; 5 malades perdus de vue.

Depuis la date où cette statistique a été publiée par Lenormant, Sauerbruch a publié une nouvelle statistique, 507 cas : mortalité des premières semaines, 12 à 14 p. 100 ; guérisons, 33 p. 100 ; améliorations, 27 p. 100.

Friedrich. — Première statistique : mortalité opératoire, 30 p. 100 ; statistique plus récente (thèse de Madinier), 11 p. 100.

D'après Courcoux et Desplas :

9 malades opérés en un temps : 2 morts postopératoires ; 3 améliorations ; 4 guérisons, de sept à douze ans.

Même auteur. Statistique encore plus récente, 60 cas :

Opérés en deux et trois temps : mortalité postopératoire, 0 ; mortalité dans la première semaine, 4 ; mortalité de deux à huit ans après, 24 ; améliorations, 8 ; guérisons, 23.

Wilms (1913, in Courcoux-Desplas). — 24 interventions :

4 tuberculoses ulcéro-fibreuses du sommet avec rétraction spontanée du thorax, 4 résultats favorables ; 13 tuberculoses ulcéro-caséeuses étendues aux deux lobes (sic), 8 succès, 5 aggravations ; 4 tuberculoses cavitaires avec tuberculose associée d'autres organes, 2 résultats favorables.

Statistiques scandinaves. — Saugman (1919). — 40 cas opérés :

4 morts opératoires ; 5 morts par tuberculose dans les trois premières semaines ; 3 morts par grippe ; 2 aggravations ; 12 malades en cours de traitement ; 24 très améliorés (13 n'ont plus de bacilles).

Bull (Kristiania) [1914-1922]. — Nombre de thoracoplasties pratiquées, 75.

Morts, 29 : 8 par opération ; 20 par tuberculose ; 1 par autre cause (grippe).

Vivants, 46 : aucun signe, aptitude au travail, 25 ; tuberculeux, 9 ; résultat non fixé, 12.

Christensen (1919). — 13 opérés :

6 morts, ultérieurement de tuberculose ; 7 vivants et « valides » ; 0 mort opératoire.

Nyström (1919). — 13 opérés :

0 mort opératoire ; 3 morts par suite de l'évolution de la tuberculose ; 9 opérés vivants et « valides ».

Jacobæus et Key (1923) [thèse de Guilleminet], 60 cas :

15 guérisons complètes ; 19 améliorations (dont certaines depuis six à sept ans) ; 5 résultats nuls ; 5 morts postopératoires ; 11 morts tardives par tuberculose pulmonaire ; 5 morts tardives par une autre affection.

Statistiques américaines. — Shartle et Gœkler (1922). — 4 cas :

2 morts par insuffisance cardiaque ; 1 très grande amélioration constatée après un an ; 1 très grande amélioration cons-

tatée après seize mois (malade ayant également de la tuberculose laryngée).

BROWN et ELŒSSER (San Francisco). — 5 thoracoplasties : 2 sujets paraissant guéris (Brown et Elœsser combinent volontiers la thoracoplastie avec la résection de la clavicule ou l'apicolyse).

Edward ARCHIBALD (Montréal 1923) :

14 thoracoplasties d'après la méthode de Sauerbruch; 1 thoracoplastie d'après la méthode de Friedrich.

Le poumon opposé était dans tous les cas plus ou moins touché, un malade était atteint de tuberculose laryngée, un autre de tuberculose intestinale. Dans 11 cas : résection de la première vertèbre à la deuxième ou première côte; dans 3 cas thoracoplastie partielle + pneumothorax; dans 5 cas Edward Ansihald a pratiqué après l'opération l'apicolyse avec implantation des lambeaux musculaires.

Morts postopératoires, 3 : 1 (technique de Friedrich) le sixième jour d'œdème pulmonaire et défaillance cardiaque; 1 d'infection à streptocoques; 1 d'œdème pulmonaire et bronchite purulente du côté sain.

3 guérisons complètes; 3 améliorations très notables; 2 améliorations légères; 3 aggravations, dont 1 mort par évolution de tuberculose.

Depuis la rédaction de son article, Archibald a une nouvelle série de 16 cas : 1 mort six semaines après opération pour « pneumonie de déglutition » du côté sain, pour le reste résultats très analogues à ceux de la première série.

Statistiques françaises. — Lyonnais : BÉRARD, SANTY, LERICHE, PATEL, thèse de Guilleminet, 1923, 18 cas :

1. *Résultats très bons* : 9.
2. *Assez bons* : 5.
3. *Incomplets* : 3.
4. *Nuls* : 1.

Bérard et Dumarest ont eu : 3 cas de thoracoplastie partielle de la base, 3 bons résultats; 2 cas de thoracoplastie pour perforation pubienne, 1 résultat parfait, 1 mort tardive consécutive à l'évolution des accidents (« insuffisance du collapsus de la poche »).

DESCARPENTRIES (1923). — 2 cas où les malades sont dits tuberculeux (pas de preuve bactériologique), 2 succès.

LARDENNOIS (1923). — 3 opérés : 2 succès; 1 malade encore en traitement.

MARMASSE (Orléans 1924). — 1 opéré (mai 1923) : une amélioration, toux et expectoration minimes (bacilles de Koch ?), température 36°9 le matin, 37°8 le soir, dès le quinzième jour,

Statistiques suisses. — ROUX (d'après Burnand, 1922). — 7 cas : 6 « résultats très appréciables ou très brillants ».

Il nous a été donné dernièrement de voir à Lausanne M. le professeur Roux qui n'a rien publié depuis 1922 sur le sujet de la thoracoplastie. Il continue à pratiquer l'opération de Sauerbruch avec les mêmes résultats.

STÖCKLIN (de Davos). — 37 bons résultats sur 100 cas (in Alexander. *Schweiz. med. Woch.*, 18 janv. 1923).

2. Résultats de la phrénicotomie :

SAUERBRUCH a fait 145 fois l'opération de la phrénicotomie. Il est d'avis que cette intervention ne peut donner à elle seule la guérison de la tuberculose pulmonaire; elle renforce l'action du traitement hygiénique et surtout du pneumothorax ou de la thoracoplastie.

Sur 145 cas, 4 incidents : 3 petites embolies gazeuses; 1 accélération du pouls ayant duré cinq mois.

SULTAN (1923). — *A.* A pratiqué *21 fois la phrénico-exérèse isolée*. Sur ces 21 cas n'en retient que *12* (pourquoi ?) : 2 guérisons; 4 améliorations notables ; 1 amélioration peu nette; 5 résultats négatifs.

B. 19 cas de phrénico-exérèse + pneumothorax : *17* malades revus : 5 guéris; 7 améliorés notablement; 5 améliorés partiellement.

C. 4 cas de phrénico-exérèse + thoracoplastie : 1 mort postopératoire (grippe du côté sain); 1 guérison; 2 résultats nuls (?).

GŒTZE et FISCHER. — Phrénicotomie isolée, *28 cas* : 15 résultats dits favorables.

MAENDL (1922). — Phrénicotomie et pneumothorax, 2 observations : 2 améliorations rapides.

ALEXANDER. — 7 fois section simple; 7 fois arrachement : 6 cas d'amélioration nette; 3 cas d'amélioration légère; 4 cas résultat nul; 1 cas d'aggravation. (Il s'agissait de cas graves; dans 12 cas lésions bilatérales.)

Conclusions. — La thoracoplastie, seule ou complétée par une opération adjuvante, la phrénicotomie, par exemple, est une opération excellente puisqu'elle guérit ou améliore la moitié ou plus des sujets justiciables opérés; et comme il s'agit de malades chroniques, dont les lésions ont résisté au traitement hygiénique prolongé, c'est là un très beau succès. On n'oubliera pas toutefois qu'elle n'est pas l'équivalent du pneumothorax artificiel, c'est une opération shockante, mutilante, déterminant un collapsus incomplet, d'où la nécessité pour le médecin de sanatorium de choisir les sujets à opérer avec le plus grand soin. Ces réserves faites, on doit souhaiter que l'ostracisme dont cette opération a été quelque temps frappée en France, disparaisse complètement; sans aller jusqu'à dire, avec Saugmann, que 8 p. 100 des malades de sanatorium devraient en bénéficier, il semble raisonnable d'adopter la proportion de Kutschalisberg : 1 à 2 sujets sur 200 en retireraient des avantages.

BIBLIOGRAPHIE

Les trois travaux majeurs publiés en langue française sur la question sont :

MADINIER. La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Th. de Lyon*, 1922, n° 102 (bibliographie très complète).

GUILLEMINET. Technique, indications et valeur de la thoracoplastie extrapleurale dans la tuberculose pulmonaire et la dilatation des bronches, *Th. de Lyon*, 1923, n° 126 (voir sa bibliographie).

BÉRARD et DUMAREST. La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Arch. franco-belges de chir.*, 1923, t. XXVI, p. 423 (bibl. Fac. méd. Paris, n° 110.054).

Deux excellents articles du *Journal de chirurgie*, sept. 1923, signés de BÉRARD et LENORMANT résument clairement ces trois mémoires et les complètent par une statistique mise au point à cette date.

— Comme travaux à consulter signalons :

ALEXANDER. Indications des principales méthodes de traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, *Schw. med. Woch.*, 18 janv. 1923, p. 56.

ARCHIBALD (E.). The surgical treatment of unilateral pulmonary tuberculosis, *Ann. surg. Philad.*, 1923, t. XXVII, p. 652.

ARCHIBALD (Montréal). Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire unilatéral, *Amer. Journ. of surg.*, fév. 1924, vol. XXXVIII, n° 2, p. 17-21.

ALEXANDER (H.). Zur frage der Phrenikotomie als Therapie der Lungentuberkulose, *Klin. Woch.*, Berlin 1923, t. II, p. 404; — Ueber die Bedentung der Phrenikusausschaltung, insbesmdere in form der Exairese für die Behandlung der Lungentuberkulose, *Zeit. f. Tub.*, Leipzig 1922, t. XXXVI, p. 325.

BULL. Soixante-quinze cas de thoracoplastie extrapleurale pour tuberculose pulmonaire, *North. Magaz. f. Lang.*; juin 1923, t. LXXXIV, n° 6, p. 521; — Thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire, *Lancet*, 1920, p. 778, et *Brit. med. Journ.*, 23 déc. 1922.

BURNAND (de Leysin). Sept cas de tuberculose pulmonaire traités par la thoracoplastie. Valeur pratique de la méthode, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 788.

BÉRARD. Thoracoplastie pour bacillose pulmonaire, *Lyon chir.*, 1923, t. XX, p. 346.
BROWN (P.-K.) et ELŒSSER (L.). Thoracoplastic compression of the lung in pulmonary tuberculosis, *Arch. int. med.*, Chicago 1923, t. XXXI, p. 701.
BRUNNER (A.). Die Prognose bei der operativen Behandlung der Lungentuberkulose, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1922, t. XXI, p. 482.
BULL (P.). Extrapleural thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis; experiences from 75 operative cases, *Brit. med. Journ.*, Londres 1922, t. II, p. 1217; — Discussion sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire; 92 cas de thoracoplastie extrapleurale, *Proc. of Soc. of med.*, London (section of surg.), mars 1924, vol. XVII, n° 1, p. 1-28.
BRUNNER (A.). Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose, *Naturwissench.*, Berlin 1922 t. X, p. 289.
BÖSCH-KÄMI. Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose, *Bull. d. eidg. Ges.*, Bonn 1922; — *Beil. geg. d. Tub.*, p. 79-83.
COLAMITA (O.). Il trattamento chirurgico extrapleurico nella tuberculosi polmonare, *Tuberculosi*, Milan 1922, t. XIV, p. 345.
COURCOUX et DESPLAS. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, *Revue de la tub.*, 1923, p. 630.
CAPRIOLI. Contributto al trattamento chirurgico della tuberculosi polmonare con la torocoplastica extrapleurica, *Studium*, Naples 1923, t. XIII, p. 174-178.
DESCARPENTRIES. La thoracotomie extrapleurale par costotomie postérieure, *Arch. franco-belges de chir.*, 1923, t. XXVI, p. 468.
DAVIES (H. M.). Surgical treatment in cases of pulmonary tuberculosis, *Brit. med. Journ.*, Londres 1923, t. I, p. 138.
FISCHER. Indications et résultats de la phrénicotomie radicale, *Mitt. Chir.*, janv. 1923, in *Centralbl. f. Chir.*, 12 mai 1923, p. 781.
FRISCH (A. V.). Kombination von Pneumothorax und Phrenikotomie als Therapie der Lungentuberkulose, *Beit. z. klin. d. Tub.*, Berlin 1922, p. 341; — Zur frage der Phrenikotomie als Therapie der Lungentuberkulose, *Klin. Woch.*, Berlin 1923, t. II, p. 72.
GŒTZE. La phrénicotomie radicale, traitement chirurgical isolé de la tuberculose pulmonaire unilatérale, *Klin. Woch.*, 1922, p. 1496 et 1544.
GOURDET. Sur l'aplatissement du thorax dans les procédés de Quénu et Boiffin, etc., *Th. de Paris*, 1894-1895, n° 361.
HUGO HANKE. Traitement de la tuberculose pulmonaire par paralysie artificielle du diaphragme, *Deut. Zeit. f. Chir.*, mai 1924, p. 395.
JACOBŒUS et KEY. Weitere Erfahrungen über Thorakoplastik bei Lungentuberkulose, *Acta chir. Scandinava*, Stockholm 1923, t. III, p. 1-88.
JESSEN (F.). Bemerkungen zur Thorakoplastik (sanatorium Davos), *Zeit. f. Tub.*, Leipzig 1922, t. XXXVI, p. 425.
KÜTSCHALISBERG. Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, *Wien. klin. Woch.*, 24 mai 1923, n° 21.
LARDENNOIS et AMEUILLE. Quatre observations de thoracoplastie extrapleurale pour tuberculose pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, nov. 1923, p. 1643.
LENORMANT. Les tentatives récentes dans la tuberculose pulmonaire (thoracoplastie, pneumothorax artificiel), *Journ. de chir.*, 1909, t. II, p. 1.
LILIENTHAL (New-York). Du choix des malades et de l'opération dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, *Amer. Journ. of surg.*, fév. 1924, vol. XXXVIII, n° 2, p. 21-23.
MAENDL. Pneumothorax et phrénicotomie, *Zeit. f. Tub.*, 1923, t. XXXIX, n° 1, p. 30.
MORRISTON DAVIES. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, *Brit. med. Journ.*, 27 janv. 1923.
MOREAU et OLBRECHTS. Thoracoplastie extrapleurale pour tuberculose, *Arch. franco-belges de chir.*, 1923, t. XXVI, p. 480.
MILLS (W. S.). Incipient Tuberculosis and treatment, *Hab. month. Philad.*, 1922, t. VII, p. 472.
MARMASSE (R.). Rapport de Lenormant, *C. R. de la Soc. de chir.*, 4 juin 1924.
NELSON (J.-E.). Treatment of advenced tuberculosis, *North. med. Seattle*, 1923, t. XXII, p. 17.
OSTERMEYER (K.). Die Mobilisierung des ganzen Schulterzürtels als Hilfsmittel bei der Thorakoplastik wegen Lungentuberkulose, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1922, t. X et IX, p. 1504.
OLBRECHTS. Thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire, *Bruxelles méd.*, 9 mars 1923.
OCHSNER (A. J.) et H. DOUBLER (F.). Compression operation for treatment of unilateral pulmonary tuberculosis, *Surg. clin. N. Am.*, Philad. 1923, t. III, p. 941.
PARFITT (C. D.). Extrapleural thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis; with report of four cases, *Nat. tub. Assoc. Tr.*, New-York 1922, t. XVIII, p. 197-206.
RIVIÈRE (C.) et ROMANIS (W. H. C.). Surgery in the treatment of pulmonary tuberculosis, *Lancet*, Londres 1923, t. I, n° 5194, p. 531.
RANZI (E.). Zur chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose, *Wiener med. Woch.*, 1922, t. XXII, p. 1968.
SAUGMAN. Thoracoplasty in treatment of pulmonary tuberculosis, *Tubercle*, avril 1920.
SHORTE et GECKLER. Quatre cas récents de thoracoplastie, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1922, p. 168.
SAUERBRUCH. Remarques critiques sur le traitement des affections pulmonaires par la paralysie artificielle du diaphragme, *Münch. med. Woch.*, 1er juillet 1923, t. LXX, n° 22, p. 693; — *Chirurgie der Brustorgane*, 2e édition, 1920, t. I, p. 350.
SMITH (W.). Thoracoplasty in the treatment of tuberculosis, *South. med. Phœnix Arig.*, 1922, t. VI.
STÖCKLIN (H.). Beitrag zur Behandlung der Lungen-Tuberkulose mit extrapleuraler Thorakoplastik, *Beit. z. klin. d. Tub.*, Berlin 1922, t. I, p. 350.
SCHLAEFER. Fibrosis of the lung following ligation of the pulmonary artery combined with phrenicotomy and with partial occlusion of the pulmonary reins, *Arch. surg.*, Chicago 1923, t. VI, p. 355-360.
SAYAGO et ALLENDE. Intervenciones quirurgicas en tuberculosis pulmonar, *Semana med.*, Buenos-Ayres 1922, t. XXIX, n° 2, p. 1163.
SAUERBRUCH (F.). Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose, *Wiener med. Woch.*, 1922, t. XXII, p. 1965.
SULTAN. Résultats de la phrénicotomie dans la tuberculose pulmonaire, *Deut. med. Woch.*, 20 juillet 1923, t. XLIX, n° 29, p. 944.
TUFFIER et LŒWY. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, *Paris méd.*, 1914.
WILLY MEYER. Traitement opératoire de la tuberculose pulmonaire avancée, *Surg., gyn. and obst.*, 1920, t. XXX, p. 161.
WEINBERGER. Bemerkungen über Indikationsstellung und Ergebnisse der Pneumothorax und chirurgischen Behandlung bei Lungentuberkulose, *Wiener med. Woch.*, 1922, t. XXII, p. 1973.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conseils aux nerveux et à leur entourage, par le docteur H. FEUILLADE, médecin directeur de la Clinique médicale d'Ecully. Préface de M. le professeur Jean LÉPINE. Un vol. de 283 pages, (Bibliothèque des connaissances médicales, dirigée par le docteur APERT.) — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Flammarion.

De l'innocuité des teintures pour cheveux, par le docteur E. SCHUELTER. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Le François.

Résultats éloignés de la prostatectomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate, par Jean PERRIN. — Un vol. de 240 pages. — Paris, Legrand.

Nativité et longévité, par MARTY's. Broch. in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, Le François.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE [1]

Les Journées médicales sont nées et se sont épanouies en Belgique, et leur succès est tel que cette formule nouvelle est appelée à remplacer les Congrès. L'évolution des idées médicales, la nécessité de leur rapide diffusion, les progrès incessants de la technique médico-chirurgicale commandent impérieusement qu'ils ne soient plus conservés dans la tour d'ivoire de nos laboratoires. Au cours de la dernière guerre, l'interéchange des hommes a amené l'interéchange des idées. Et ce mouvement, en ce qui concerne la médecine, avait bien été prévu par l'*UMFIA* (Union médicale franco-ibéro-américaine) qui, dès 1912, avec Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur-l'Hardy, fut la première à préparer l'interpénétration de nos doctrines. Quelques hommes de réalisation créèrent, vers 1920, l'A. D. R. M. ou Association pour le développement des relations médicales entre pays amis et alliés. MM. les professeurs Roger et Hartmann président à ses destinées.

Belges, Espagnols, Tchéco-Slovaques fraternisent avec nos Français. Les plus optimistes, parmi les organisateurs, avaient prophétisé 250 adhérents. Le secrétariat a enregistré plus de 650 signatures. Amener en plein mois de juillet pareille affluence est un succès très franc ; il a été souligné par tous ceux qui ont eu la grande joie de participer aux premières Journées médicales de France.

Rendons un premier et immédiat hommage à M. le professeur Bardier, secrétaire général des Journées médicales, qui a tout fait pour donner, à la presse, les plus grandes facilités, grâce à une organisation que nous vîmes bien rarement ailleurs, au cours des très nombreux congrès qu'il nous a été donné de suivre.

Ces journées ont été complètes, car la science pure y côtoyait la pratique et que les plus grandes parmi nos célèbres firmes des laboratoires de la pharmacie française avaient, en une magnifique exposition dirigée par M. Lépine, offert le meilleur de leurs recherches. Il faudrait les citer toutes : elles furent plus de soixante. Les stands d'appareils de médecine et de chirurgie ne furent pas les moins appréciés.

La France entière était à l'honneur. Nous le vîmes bien, au matin de la première journée, quand les organisateurs voulurent, avant que le hall de la Faculté ne fût envahi par la foule, déposer au pied de la grande plaque commémorative de nos morts pour la patrie, deux magnifiques gerbes de fleurs naturelles... Au soir de ces journées, la délégation espagnole, conduite par M. le sénateur Martinez Vargas, recteur de l'Académie de Barcelone, accomplit ce même rite, et les paroles qu'il prononça, au nom de son gouvernement dont il était le délégué officiel, au nom de la mission dont il était le président, nous furent une assurance que son cœur latin battait au rythme du nôtre.

Dans le grand amphithéâtre de la Faculté, M. Paul Segond, préfet de la Haute-Garonne, présidait, ayant à ses côtés M. le professeur Beckers, représentant officiellement la Belgique et son gouvernement ; M. le professeur Martinez Vargas, sénateur, recteur de l'Académie de Barcelone; M. le docteur Bandelac de Pariente, vice-président de l'*UMFIA* ; M. le professeur Vincent, du Val-de-Grâce, inspecteur général de l'armée; M. Drech, recteur de l'Académie de Toulouse; M. le professeur Abelous, doyen de la Faculté de médecine ; M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences, prix Nobel et membre de l'Institut ; M. le docteur Florestan Aguilar, médecin du roi d'Espagne ; MM. Caletayud, Mariscol, Coca, de la Presse ibérique ; M. le docteur Texier, médecin directeur du 17e corps ; MM. Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France ; Decourt, président de l'Union des syndicats médicaux, et Quivy, son secrétaire général; Boudin, secrétaire général du *Concours médical* ; Savignol, président de l'Union pharmaceutique du Sud-Ouest ; M. le professeur Bardier, secrétaire général, et son très actif assistant M. le docteur Stilmunkès, étaient entourés de très nombreux professeurs de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Les discours officiels qui marquèrent cette solennelle séance d'ouverture imprimèrent, d'emblée, à l'assemblée, une note toute particulière. La France, par la Faculté de médecine de Toulouse (dont l'existence est déjà signalée en 1229), pour la première fois fait sienne l'idée belge des Journées médicales et, dans l'union la plus fraternelle avec notre alliée et amie, veut consacrer par un triomphe la nécessité d'une telle manifestation. Un grand courant d'enthousiasme déferla sur le magnifique auditoire quand le doyen Abelous se fit acclamer. La cause était gagnée pour les Journées médicales de Toulouse et les travaux de l'assemblée commencèrent.

Il appartenait à M. le docteur Bézy, professeur de clinique infantile de la Faculté de Toulouse, de faire la première conférence des Journées médicales. L'éminent pédiatre avait pris comme sujet : *La puériculture au point de vue social.* On devine quelles hauteurs de vues développa M. Bézy, et ce fut au milieu des applaudissements que M. Martinez Vargaz, le pédiatre espagnol, lui donna la plus cordiale des accolades. Nous étions dans le domaine des enfants. Le recteur de Barcelone nous offrit une savante étude sur le *traitement du sarcome chez l'enfant par la radiothérapie profonde.* »

« Avec le docteur Argaud, qui a laissé auprès de la Faculté d'Alger le souvenir d'un savant histologiste, et qui succède à Toulouse au grand Tourneux, nous entendîmes une communication sur la *néoplasie chordale.*

L'auteur démontre que le chordome est une tumeur méconnue, *beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.*

Beaucoup de tumeurs, dites vertébrales ou paravertébrales ne sont que des chordomes passés inaperçus.

Il discute la question des chordomes malins et des chordomes bénins, étudie la malignité de la tumeur et ses récidives.

Le point le plus intéressant sur lequel il insiste, c'est que le chordome prend très souvent l'allure d'une glande vasculaire sanguine close et que la cellule chordomateuse présente la structure typique d'une cellule sécrétrice.

La chorde embryonnaire étudiée par l'auteur affecte les mêmes manifestations sécrétrices.

L'auteur, étendant alors à la biologie normale les résultats obtenus en anatomie pathologique, considère la chorde, non pas, comme on l'a fait jusqu'à nos jours, comme une simple tigelle de soutien, mais plutôt comme une glande allongée, éphémère dont la *fonction principale est de sécréter une substance albumino-calcaire* qui fait les tout premiers frais de l'ossification vertébrale (qu'amorce, chez l'embryon, cette ossification.

Le très distingué secrétaire général des Journées médicales de Bruxelles, M. le docteur Beckers, entre dans l'amphithéâtre à 5 heures, salué par les applaudissements de la salle tout entière. On veut en effet marquer d'un hommage particulier la personnalité de celui qui, rompant avec une formule d'un autre âge, a créé les Journées médicales où maîtres et praticiens, confondus dans un même amour de la même science, se pénètrent, se comprennent, s'entr'aident. Le docteur Beckers, avec projections à l'appui, fit défiler devant nous tout ce que les acquisitions récentes sur le traitement du cancer du sein peuvent nous apporter d'espérances.

...« Le soir, M. le maire de Toulouse, entouré de tous les descendants des Capitouls, recevait dans la Salle des Illustres, salle unique en France, les adhérents aux Journées médicales. Pour faire honneur à leurs invités, les Toulousaines se firent, ce soir-là, plus belles encore s'il est possible, et M. Feuga, sénateur-maire, salua, de la plus heureuse façon, tous les organisateurs de cette réunion, offrant les hommages de la ville de Clémence Isaure à MM. Beckers, Matinez Vargas, Vincent, Gley, Cenkok. Successivement prennent la parole les délégués du gouvernement belge, du gouvernement espagnol, et la musique militaire salue chacun d'eux de son hymne national.

Et tandis que le « Gaillac » pétille dans les coupes, les poignées de main s'échangent, les rires fusent, la musique accentue ses rythmes et, bien mieux qu'au sein de réunions officielles, les amitiés internationales se nouent... Dieu ! que les femmes sont donc d'habiles ambassadrices... ! »...

De très nombreuses démonstrations pratiques ont eu lieu ensuite : les films chirurgicaux de Pauchet, la visite des services hospitaliers où MM. les docteurs Escat, Morel,

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

Rémond et Baylac, Raymond Cestan, Daunic, Bézy, Mériel, Baudet, Dambrin retinrent tour à tour l'attention des congressistes.

Le centre régional de lutte contre le cancer, les sociétés scientifiques reçurent encore les visiteurs.

Mais il nous faut encore signaler la conférence si importante du médecin inspecteur général Vincent sur le *colibacille, agent pathogène*, et surtout sa belle conférence sur les *vaccins et sérums*.

« Et tout d'abord la vaccination antitypho-paratyphique. M. le professeur Vincent, après avoir rapidement brossé l'historique de la question avant 1914, rappelle les nombreuses épidémies qui, à la fin de 1914, frappèrent nos armées en campagne, son intervention auprès du ministre de la Guerre qui eut pour résultat la vaccination strictement obligatoire des troupes, et les excellents résultats qui suivirent (morbidité par maladies typhoïdes tombant de 26,58 en 1915 à 0,28 p. 1000 en 1918). On peut estimer que l'emploi généralisé de la vaccination antityphoïdique nous a épargné, pendant la guerre, de 150.000 à 200.000 décès.

L'efficacité de cette vaccination est donc telle que M. le professeur Vincent a pu dire que *la fièvre typhoïde est, avec la variole, la plus évitable des maladies.*

Durant les hostilités, la vaccination *anticholérique* nous rendit d'aussi inappréciables services.

Quant à la *vaccination antidysentérique*, elle donna, au cours de l'épidémie du camp de Châlons, en juillet et août 1921, de très bons résultats (morbidité de 70,57 p. 1000 chez les non-vaccinés et de 8,14 p. 1000 chez les vaccinés).

La *sérothérapie*, non moins que la vaccination, nous permet de grands espoirs. M. le professeur Vincent, après avoir fait défiler devant nous les résultats de la *sérothérapie antidysentérique, antigonococcique, anticholérique* (celle-ci peu utilisée, du fait de la solide immunité que procure le vaccin), insiste sur les effets parfois surprenants de la sérothérapie antigangréneuse, et cite quelques cas frappants où une évolution extrêmement rapide fut jugulée et où le sérum de Vincent et Stodel permit même la conservation des membres atteints.

Enfin, et pour terminer, il n'est pas jusqu'à la sérothérapie antityphoïdique qui n'ait donné des résultats encourageants.

M. le professeur Vincent met à la disposition de tous les médecins les vaccins et sérums du laboratoire de l'armée du Val-de-Grâce, laboratoire qui, non seulement, prépare ces sérums et ces vaccins, mais qui est aussi un centre important de recherches scientifiques.

Le docteur Beckers, au nom de son gouvernement, remercia M. le professeur Vincent d'avoir apporté aux armées alliées le secours de sa technique, et de même que Belges et Français combattirent pour la civilisation, Belges et Français sont heureux de se trouver côte à côte sur d'autres champs de bataille, en particulier celui de la science, pour le mieux-être de l'humanité.

L'exposition du Service de santé a été réussie de tous points, et un public nombreux où professeurs, généraux, médecins, infirmiers étaient confondus, a écouté successivement le médecin-inspecteur général Vincent, le médecin-inspecteur Teissier, M. le médecin principal Viguier et un autre de ses collègues, le docteur Amauroux.

Tout le matériel d'ambulance, depuis les voitures de transport jusqu'à la salle d'opérations, a été montré en détail et au profit de tous.

La partie vraiment originale était l'exposition des types d'appareils à fracture, définitivement arrêtés par le Comité technique de santé. Nous y avons vu des modèles tout à fait inédits d'appareils de transport et de traitement.

Le but que se proposait le Service de santé a été atteint : instruire en démontrant, et coordonner vers un même but les efforts de tous les médecins civils et militaires.

L'exposition du Service de santé a été un très gros succès. L'intérêt tout à fait pratique résulte de ce fait que les très nombreux médecins civils ont pu ainsi, en quelques heures, se mettre au courant des progrès réalisés depuis la guerre et que ces démonstrations ont pu tenir lieu de dix ou quinze jours passés « en période » de service, où le temps se perd quelquefois et où la clientèle souffre toujours. »

Le « leader » de la troisième journée fut le professeur Gley, du Collège de France, tout comme pour la première journée nous avons signalé M. Beckers; pour la deuxième, M. le professeur Vincent, tout comme le sera, pour la quatrième, M. le docteur Bellencontre. Et ce fut une très heureuse idée de M. le professeur Bardier que de clore chacune de ses étapes de l'éclat d'un *right man in the right place.* Il appartenait à M. le professeur Gley d'aborder le problème, aussi mystérieux que troublant, de la *sénescence et la doctrine des glandes à sécrétion interne.* Depuis la plus haute antiquité, les hommes se sont préoccupés de retarder l'heure fatale. Quelques-uns, les Faust de tous les âges, ont voulu chercher une éternelle jeunesse... Rappelant les grands travaux des maîtres qui se sont consacrés à l'étude de cette question, le professeur Gley rend le plus vif hommage à Brown-Séquard qui le premier entra dans la voie expérimentale. Depuis, que de tentatives! La plus récente est celle de Voronoff à laquelle Dartigues a prêté son grand talent de chirurgien. Que seront les résultats de ces greffes? Est-il prudent de tenter ces greffes? Le principe que la glande greffée verse dans l'organisme trouve-t-il un ensemble de tissus aptes à recevoir ce nouvel excitant? Le professeur Gley, inutile de vous le dire, captive son auditoire. Sa leçon sera à lire. Elle peut d'autant plus difficilement se résumer qu'elle constitue un tel enchaînement de faits d'une telle logique, que la présenter au lecteur est vouloir en diminuer la portée. Les conceptions philosophiques de l'éminent successeur de Claude Bernard au Collège de France sont un peu décevantes. Peut-il en être autrement?

L'âge insensiblement nous conduit à la mort.

Ne convient-il pas de l'accepter avec les résignations qu'il convient d'avoir vis-à-vis des grandes lois de la nature?..... »

RAYMOND MOLINÉRY.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

I. DOCTORAT D'ÉTAT. — 30. BADOIT. — Les aliénés criminels. Leur sortie du quartier de sûreté.

20. BAUER. — La régression des troubles mentaux chez les aliénés atteints de maladies somatiques intercurrentes. Etude clinique et médico-légale.

34. BRAUN. — Des diverses manifestations cliniques de la tuberculose rénale.

28. CAEN. — Les petits états mentaux de guerre et leur médecine légale.

47. CONTESSOUZE. — Médecine légale des ostéo-arthrites tuberculeuses post-traumatiques. Considérations pathogéniques.

38. DOERSCH. — Les paroxysmes d'excitation dans la folie maniaque dépressive.

28. EBEL. — Police scientifique : Détermination médico-légale. Différenciation des objets fabriqués en série.

14. EBER. — Les indications prophylactiques, économiques et sociales du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

5. ERHARD. — De la paralysie cubitale tardive après fracture du condyle externe.

21. FRANTZ. — Le professeur Forget.

26. FRITSCH. — Contribution à l'étude d'une expertise médico-légale d'une blessure par coup de feu (fusil de chasse avec grains de chevrotines).

48. GLAD. — Contribution à l'étude médico-légale de la submersion. Surnatation des cadavres.

35. GOETZ. — L'anesthésie locale et régionale en otho-rhino-laryngologie.

10. JUNCKER. — Causes et préventions de la criminalité en Alsace-Lorraine, avant, pendant et après la guerre.

33. KARCH. — Art et médecine. Imagination et traduction artistique au point de vue anatomique et anthropométrique.

9. KLEISER. — Contribution à l'analyse de la stupeur de l'encéphalite léthargique.

44. KOPP. — Les eaux minérales de Soultzbach.

49. LANGLAIS. — Contribution à l'étude des psychoses anxieuses et vénériennes.

39. LECOMPTE. — Les eaux minérales de Châtenois.
36. LÉGER. — Le canal optique et ses rapports avec les sinus postérieurs.
40. LOTH. — La céphalée d'origine sphénoïdale.
37. MARZOLF. — Les eaux minérales de Ribeauvillé. Etude historique, physico-chimique et thérapeutique.
1. MEHLINGER. — Contribution clinique à l'étude de la paranoïa.
42. MEYER. — Contribution à la localisation des ganglions spinaux chez l'homme et certains mammifères supérieurs.
17. MEYNIEL. — Contribution à l'étude du traitement sanglant des fractures fermées et récentes de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'adulte.
18. MONANGE. — Contribution à l'étude des variations de la formule leucocytaire dans la typhoïde, la granulie et les tuberculoses aiguës. Leur valeur diagnostique.
45. MORITZ. — Mécanisme et groupement des hallucinations auditives étudiées d'après des auto-observations.
24. MULLER. — Les eaux minérales de Sierck.
11. MÜNCH. — Stéréotypies et symbolisme des schizophréniques.
32. PICARD. — Essai d'hygiène mentale : Prophylaxie des épidémies de suicide.
7. PIQUARD. — Fractures de la base du crâne et atrophie du nerf optique.
2. SCHAFFNER. — Le sanatorium de Schirmeck dans le cadre de l'Institut d'assurances sociales et de l'hygiène générale.
15. SCHICK (Mme, née Bernheim). — Contribution à l'étude des hernies de Treitz.
8. SCHWEICKHARDT. — Contribution à l'étude de la chondromatose du squelette.
25. TRAMUSET. — Accidents de la dent de sagesse et abcès périamygdaliens.
16. TROMEUR. — Du traitement du prolapsus grave de l'utérus par l'opération de Watkins-Wertheim-Schauta.
13. UNGERER. — Contribution clinique à l'étude du rachitisme tardif et à son traitement par l'adrénaline.
33. WAGNER. — Les eaux minérales de Soultzmatt.
43. WAHL. — Contribution à l'étude des psychoses cardiaques.
23. WALCHER. — Le cancer de l'œsophage. Technique de la curiethérapie moderne.
12. WEISS. — La dérivation de la bile dans les occlusions non lithiasiques des voies biliaires. Contribution à l'étude des indications et des techniques opératoires.
27. WIMMER. — Identification médico-légale d'un squelette.

II. DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. (*Mention médecine.*) —
19. ARNOVLJÉVITCH. — Rôle de l'insulinémie et de la glycémie dans la combustion du sucre sanguin.
32. ATZITCH. — L'alcoolisme et les psychoses alcooliques en Yougoslavie. Contribution à l'étude de l'hygiène mentale.
6. BRATCHINATZ. — Contribution à l'étude des abcès rénaux et périrénaux métastatiques à staphylocoques.
50. DJORDJEVITCH (Borivoïe). — Contribution à l'étude de la dilatation permanente des orifices urétéraux et du reflux vésico-rénal.
41. DJORDJEVITCH (Boudimir). — Les signes de la mort.
29. DJOURACHKOVITCH. — La législation relative à l'assistance psychiatrique en Serbie. Contribution à l'étude de l'hygiène mentale.
27. GABRILOVITCH. — Contribution à l'étude médico-légale des lésions osseuses rencontrées au cours des expertises.
46. GABRILOVITCH (Mme, née Militchevitch). — Les morgues. Leur installation en France. Progrès à réaliser.
3. GLICHITCH. — Contribution à l'étude de l'étranglement intestinal dans le cul-de-sac de Douglas.
31. NIKOLITCH. — Contribution à l'étude des indurations plastiques des corps caverneux. Traitement électrique et radiumthérapie.
31. PRIKELMAÏER. — L'abcès de Dubois.
4. SIMITCH. — Le traitement de la paralysie postopératoire de l'intestin et de la vessie avec de la bile conservée.
22. TCHIROVITCH. — Contribution à l'étude du traitement sanglant dans les fractures diaphysaires fermées et récentes de jambe.
30. TSU-ZOUG-YUNG. — Le rythme vaginal chez la lapine et ses relations avec le cycle oestrien de l'ovaire.
29. YACOVLIÉVITCH. — Examen médico-légal de taches de sang en présence de la rouille. Vieillissement et méthodes de recherches.

III. RÉGIME LOCAL. — 7. BERG (Mlle). — Le bactériophage et son application dans le traitement de quelques maladies infantiles.
13. BERGER. — La glande sympathicotrope du hile de l'ovaire, ses homologies avec la glande interstitielle du testicule. Les rapports nerveux des deux glandes.
12. BRANDENBERGER (Mlle). — Contribution à la prophylaxie et au traitement de la coqueluche.
5. CHARLES. — Analyse de trois cas de psychopathie encéphalitique.
4. DREYFUS (Mlle). — Morsbronn-les-Bains. Etude physico-chimique de l'eau thermale et indications thérapeutiques.
11. HEIM. — Les schizophréniques processifs.
3. KEHLSTADT (Mme, née Ginsburger). — Un cas de pseudo-hallucination visuelle.
8. LOEB. — Etude historique des objections et préventions qui ont été opposées à la pratique des autopsies et des dissections.
2. MULLER. — De la valeur thérapeutique du fenugrec dans le traitement des asthénies et des états de maigreur anorganique.
1. OPPENHEIMER. — Les cas d'ivresse pathologique observés à la clinique psychiatrique de Strasbourg de 1900 jusqu'à 1922.
9. ROOS. — L'école de sages-femmes de Strasbourg au début du XIXe siècle.
14. SCHEFFER. — Les éruptions cutanées au cours des infections.
10. TSCHIEMBER (Mlle). — La calcémie dans quelques états pathologiques.
6. ZIMMER (Mlle). — Résultats immédiats et éloignés de la résection des tumeurs malignes du côlon.

LIVRES NOUVEAUX

La Dualité du corps humain. Dix articles sur la dualité, sur l'indépendance de chaque moitié et sa solidarité fonctionnelle et organique (1), par le docteur Léon ABRAMOVITSCH (du Havre).

Il ne s'agit dans ce curieux ouvrage que d'une hypothèse, mais d'une hypothèse ingénieuse et extrêmement séduisante. La fécondation provoque la juxtaposition, et non la fusion des deux germes : d'où résulte une véritable dualité du corps humain, avec indépendance de chaque hémicorps et de la solidarité fonctionnelle.

Tour à tour, l'auteur invoque à l'appui de son hypothèse la physiologie, la biologie, la clinique. A la racine de tous les modes de nutrition et de toutes les déviations morbides, il place une forme d'énergie qu'il appelle *gaz vital*, et l'on goûtera particulièrement les aperçus au moyen desquels il s'est efforcé de justifier cette interprétation.

Une excellente préface du docteur Ch. Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine, attire l'attention des médecins, curieux des grands problèmes de la vie, sur cet ouvrage très documenté et écrit de façon fort originale.

L. G.

Surdité et rééducation auditive (2), par le docteur MAURICE.

Ce livre intéressera certainement tous les médecins qui traitent de la surdité; il est le résultat d'une longue expérience sur la question, et nous y trouvons non seulement les travaux personnels de l'auteur, méthode ou appareils connus et très utilisés, mais tout ce qui a été fait pour lutter contre une affection pénible et rebelle aux traitements ordinaires.

(1) In-8 coquille, de 80 pages. Prix : 6 fr. — Paris, 1924, L'expansion scientifique française.

(2) 140 pages, 16 figures. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine, ou chez l'auteur, 5, rue de Villersexel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925, chefs de travaux et de laboratoires des cliniques :

Clinique obstétricale (Baudelocque) : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Powilewicz et Giraud.

Clinique obstétricale (Pitié) : M. le docteur Minvielle, chef de laboratoire.

Clinique thérapeutique (Pitié) : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Bordot et Géraudel.

Hygiène et clinique de la première enfance (Enfants-Assistés) : M. le docteur Dorlencourt, chef de laboratoire.

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) : M. le docteur Reilly, chef de laboratoire.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie (Lariboisière) : M. le docteur Cléret, chef de laboratoire.

Stomatologie : M. le docteur Chompret, chef de travaux.

Anatomie médico-chirurgicale : MM. les docteurs Basset, agrégé, sous-directeur des exercices de médecine opératoire; Bloch (Jacques), chef de laboratoire.

Pathologie chirurgicale : MM. les docteurs Wolfromm, chef de laboratoire; Moulonguet, chef adjoint.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) : M. le docteur Moutier, chef de laboratoire.

Clinique propédeutique (Charité) [fondation de la Ville de Paris] : Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Durand, Cottenot (électro-radiologie).

M. Richet (Ch.), agrégé, est chargé, du 26 mars 1924 et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1923-1924, du cours de physiologie (chaire de M. Richet en congé).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Senevet, agrégé, est chargé, pour la fin de l'année scolaire 1923-1924, d'un cours de parasitologie et d'histoire naturelle médicale (chaire vacante).

Un congé, du 1er au 30 juin 1924, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Laffont-Lacrampe, agrégé.

M. Weber, professeur d'anatomie, est nommé, sur sa demande, professeur d'histologie et embryologie.

M. Thiodet, docteur en médecine, est nommé, du 1er janvier 1924 à la fin de l'année scolaire, chef du laboratoire de clinique médicale infantile.

— BORDEAUX. — Sont maintenus en exercice, pour une période de trois ans à partir du 1er novembre 1924, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Péry, obstétrique; Rocher, chirurgie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Princeteau, professeur sans chaire, anatomie; Péry, enseignement des élèves sages-femmes (2e année); Faugère, enseignement des élèves sages-femmes (1re année); Delaunay, physiologie; Dupérié, pathologie générale élémentaire; Leuret, pathologie interne (3e année); Rocher, pathologie externe (3e année); Micheleau, séméiologie médicale (1re année); Lacoste, histologie (1re année); Perrens, pathologie mentale (4e et 5e années); Bonnin, séméiologie médicale (2e année); Portmann, séméiologie oto-rhino-laryngologique.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Labat, professeur sans chaire, chimie et pharmacie; Carles, professeur sans chaire, pharmacologie; MM. les agrégés Réchou, physique biologique; Muratet, anatomie pathologique; Mauriac, bactériologie; Sigalas, parasitologie; Villemin, anatomie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les professeurs, sans chaire, Labat, démonstrations et préparations pharmaceutiques; Carles, thérapeutique et pharmacologie; Petges, vénéréologie; MM. les agrégés Duvergey, clinique des maladies des voies urinaires; Faugère, accouchements (3e année); Rocher, orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes; Creyx, pathologie interne (4e année); Papin, médecine opératoire (3e année); Colse, chimie pharmaceutique; Andérodias, agrégé libre, puériculture; MM. les doc-

teurs Gourgon, prothèse et rééducation professionnelle; Rangier, chimie minérale.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925, chefs de travaux :

MM. les docteurs Beylot, histologie; Soulé, physiologie; M. le pharmacien de 1re classe de Coquet, chimie biologique; M. le docteur Fourment, botanique et matière médicale (délégué).

Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chef de laboratoire :

MM. les agrégés Dupérié, hôpital des enfants; Delaunay, hygiène; M. le docteur Desqueyroux, médecine légale.

— NANCY. — Sont maintenus en exercice sans limite de temps, à partir du 1er novembre 1924, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Thiry, parasitologie; Mathieu, physiologie.

M. Pacaud (Anatole-Raymond-Jules-Adam), secrétaire d'inspection académique, est nommé secrétaire de la Faculté de médecine de Nancy.

Cette nomination aura effet du 1er juillet 1924.

— TOULOUSE. — Le titre de professeur est conféré, à dater du 1er novembre 1924, à M. Gorse, agrégé.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 22 août 1924, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin principal de 2e classe Andrieux.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Boudriot, Heusch, Ouzilleau et Le Roy.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — M. le médecin-major de 2e classe Duhourcau.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les docteurs Jadfard, Sufrin et Acar.

JOURNÉES MÉDICALES DE CASABLANCA. — Le Comité de direction de la Société de médecine et d'hygiène du Maroc projette d'organiser avec le *Maroc médical* et les Réunions médicales et les Groupements scientifiques du Maroc des « Journées médicales » qui auraient lieu en décembre 1924. Elles auraient pour but de faciliter l'étude, la mise au point et la discussion des grandes questions de pathologie marocaine et de contribuer au perfectionnement et à l'entretien scientifique des médecins marocains par l'organisation de conférences sur les actualités et les nouveautés médicales, chirurgicales et thérapeutiques.

Elles comprendraient des séances scientifiques, des visites dans les services de médecine et de chirurgie, dans les laboratoires, une exposition scientifique et quelques distractions : banquets, soirées théâtrales, etc.

Les séances scientifiques seraient consacrées à l'étude de deux ou trois questions : « Le cancer au Maroc », — « L'amibiase », — « Les staphylococcies », qui donneraient lieu à un rapport par un médecin marocain, à une étude et à une mise au point par un médecin de France spécialisé dans la question et à des communications par des médecins du Maroc.

En outre des conférences sur les actualités médicales et chirurgicales ou thérapeutiques seraient demandées à des médecins de France.

FRANCE-AMÉRIQUE. — Très sensible aux attentions dont il a été l'objet pendant son court séjour à Paris, le docteur Curtis H. Muncie a tenu à remercier les personnes qui lui ont facilité la possibilité de présenter sa méthode de traitement de la surdité et de faire connaître sa théorie de la surdité, particulièrement M. le directeur de l'Assistance publique, M. le doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur agrégé Lemaître, les docteurs Halphen, Apard, Bloch et Mathé.

Le docteur Muncie a apprécié le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Louis et le dévouement du personnel hospitalier, ainsi que l'organisation pratique du bureau des relations avec l'étranger établi à la Faculté de concert avec l'A. D. R. M. Avant son départ il a offert à l'hôtel Majestic un dîner merveilleusement servi au cours duquel les spécialistes français l'ont remercié d'être venu présenter lui-même avec autant de science que de tact ses très intéressants travaux qui seront publiés dans les *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie.* (A. D. R. M.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Goris, l'éminent oto-rhino-laryngologiste de Bruxelles, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique; Jules Groulard (de Verviers) et Lacaze (de Pontonx-sur-l'Adour).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca; professeur : J.-L. FAURE). — GYNÉCOLOGIE. — 1° *Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, fera ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 13 au 25 octobre 1924.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : Deux semaines, chaque jour, sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 heures, visite, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, examen de malades dans le service; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examen de malades à l'amphithéâtre. Démonstration cinématographique le samedi 25 octobre, à 6 heures.

Le droit à verser est de 150 francs. Etant donné le nombre limité des places, écrire à l'avance au docteur Douay, hôpital Broca. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté, lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 heures.

2° *Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Champy, professeur agrégé, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 13 au 25 octobre 1924.

Ce cours, fait en liaison avec le précédent, permettra aux élèves, exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques à l'aide de l'important matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour, sauf le dimanche, le matin, de 9 à 10 heures, et l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 heures.

Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 heures.

RENSEIGNEMENTS

TRÈS PRESSÉ. — Bon poste à céder sans indemnité. — S'adresser au bureau du Journal.

DANS COMMUNE AGRÉABLE LOIR-ET-CHER, 1.100 habitants, médecin propharmacien trouverait clientèle rémunératrice laissant loisirs. Logement assuré en achetant gentille maison avec jardin et communs.

Ecrire Bureau des annonces, 54, rue Jacob, Paris C. M.

KÉRATITE PARENCHYMATEUSE HÉRÉDOSYPHILITIQUE

ET

MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES

Par le docteur A. CANGE,
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger,

et Renée ANTOINE,
Interne des hôpitaux d'Alger.

Dans les *Archives d'ophtalmologie* de décembre 1922, le professeur Terrien a consacré un magistral article aux troubles visuels liés aux altérations des glandes à sécrétion interne. Au même moment, notre attention était attirée sur un cas de kératite d'Hutchinson associée à un syndrome pluriglandulaire. C'est cette observation que nous publions aujourd'hui, en la faisant suivre des commentaires qu'elle nous a suggérés. Nous profiterons de l'occasion qui nous est offerte de préciser certains points du problème étiologique et pathogénique de la kératite parenchymateuse; nous nous efforcerons de mettre en relief les considérations qui permettraient de l'envisager, dans certains cas du moins, comme une manifestation indirecte de la syphilis, liée à une altération des glandes à sécrétion interne.

Observation. — Françoise G..., quatorze ans, entre salle Daviel, le 4 novembre 1922, pour une kératite interstitielle de l'œil droit.

Son père, cordonnier, âgé de cinquante-deux ans, de taille plutôt petite, présente un état général qui, depuis cinq mois, est devenu inquiétant. Il a perdu l'appétit, a considérablement maigri et tousse fréquemment; il existe, enfin, une raucité de la voix qui dénote une atteinte grave du larynx (1). Sa conformation thoracique, sur laquelle il attire l'attention, montre la disposition en entonnoir dite des cordonniers. A l'âge de vingt et un ans il a contracté un chancre génital qui, à ce qu'il prétend, n'aurait été suivi d'aucun accident d'infection constitutionnelle. Sa femme, âgée de quarante-six ans, de constitution robuste, d'une taille de 1m75, n'accuse aucun passé pathologique. Elle a eu onze grossesses que nous allons rapidement énumérer : 1° grossesse : un garçon né à terme, mort d'accidents convulsifs à quatre mois; 2° grossesse interrompue au troisième mois par une fausse couche spontanée; 3° grossesse : un garçon, né à terme, qui succombe à l'âge de trois ans de méningite (?); 4° grossesse : naissance d'une fille bien portante, actuellement mariée et mère de trois superbes enfants; 5° grossesse : se termine par une fausse couche provoquée vers le deuxième mois; 6° grossesse : naissance à terme d'un garçon qui, lui aussi, aurait été atteint de méningite, mais qui a survécu en demeurant « faible d'esprit »; 8° grossesse : nouvelle fausse couche provoquée; la neuvième grossesse se termine par la naissance, à terme, de Françoise notre malade actuelle; 10° grossesse : garçon bien portant mais qui succombe, à l'âge de trois ans, de méningite encore, nous dit-on, pourtant, le matin il était à l'école maternelle et le soir il mourait subitement; 11° grossesse : fausse couche provoquée.

Nos investigations sur la génération précédente sont restées négatives. Interrogés sur leurs ascendants respectifs, les parents de la malade ne nous ont fourni aucun élément pouvant être retenu.

Françoise G... est la neuvième des onze gestations précédemment énumérées. Elle est née à terme, sans aucune lésion en activité qui puisse être rattachée à une infection spécifique héréditaire : la mère précise même qu'elle pesait 8 livres; pourtant du côté du membre inférieur droit existait un pied bot congénital. Elle a été nourrie au sein par sa mère, a percé ses premières dents à l'âge de quatre mois, et malgré son pied bot a commencé à marcher à dix mois. Son enfance a été ensuite marquée par des affections nombreuses ; citons : la rougeole à trois ans; une angine croupale à cinq ans; une crise calculeuse à l'âge de six ans terminée par l'émission de sept calculs du volume d'un noyau d'olive dont le premier, saillant à l'orifice urétral, aurait été enlevé par la mère. A l'âge de onze ans, elle subit pour son pied bot une intervention chirurgicale. Enfin, à douze ans, les premières menstrues ont fait leur apparition, sans troubles prémonitoires, sans souffrances, sans altération de l'état général. Il faut signaler pourtant que si leur retour périodique s'est, par la suite, effectué régulièrement, elles sont devenues depuis quelques mois douloureuses et abondantes, et que le flux menstruel est précédé, pendant deux ou trois jours, de pénibles sensations d'arrachement dans les lombes et dans le bas-ventre.

C'est à la fin d'août 1912 que les accidents oculaires ont fait soudainement leur apparition. L'œil droit est devenu rouge, légèrement photophobe; il était surtout le siège de démangeaisons insupportables qui obligeaient la patiente à se frotter continuellement les paupières. Après une courte période d'accalmie de huit jours environ, les accidents reprenaient de nouveau, mais plus intenses, aussi se décida-t-elle à consulter un praticien de la ville qui porta le diagnostic d'ulcère de la cornée et ordonna des « gouttes noires » et de la pommade iodoformée. La cornée ayant progressivement blanchi et la vision se trouvant compromise, elle se présente à la consultation de la Faculté et entre aussitôt à la salle Daviel, le 4 novembre 1922.

L'examen pratiqué lors de son entrée à l'hôpital montre l'existence d'une kératite parenchymateuse typique, localisée à l'œil droit, étendue à la totalité de la cornée et déjà parvenue au stade de vascularisation. Celle-ci est, du reste, modérée et se traduit par quelques traînées vasculaires émanées de tout le pourtour du limbe et bientôt perdues dans une dense et copieuse infiltration du parenchyme qui donne à la membrane l'aspect porcelanique caractéristique. Cette vascularisation restera d'ailleurs sensiblement la même, sans augmentation notable, jusqu'à la période de résorption. L'injection périkératique est elle-même minime; la photophobie et le larmoiement sont peu accusés; les douleurs spontanées sont inexistantes. L'iris est difficile à bien observer en raison du trouble prononcé de la cornée : son bord libre semble régulier, sans synéchies postérieures constatables. Le champ pupillaire paraît net et sans exsudats. Le tonus est normal; la pression sur le corps ciliaire n'éveille aucune souffrance. Bien entendu, la vision de cet œil est presque abolie et se réduit à la perception confuse du déplacement des objets.

L'examen général de la malade permet de découvrir d'autres manifestations pathologiques.

Ainsi, du côté de la dentition, quelques lésions sont à signaler. Bien que ne présentant pas les altérations classiques qui caractérisent les dents d'Hutchinson, les incisives médianes supérieures sont cependant altérées; leur bord libre est irrégulier et aminci; au-dessus de lui se dessine un léger sillon transversal; les canines supérieures et inférieures sont au voisinage de leur sommet cernées par une rigole circulaire qui constitue l'ébauche de la déformation classique « d'une dent plus petite enchassée dans une dent plus volumineuse ». C'est encore l'érosion sulciforme que l'on retrouve sur les premières prémolaires dont les cuspides sont inégales, irrégulières et atypiques. Quant aux grosses molaires, supérieures et inférieures, elles sont profondément entamées par de nombreux foyers de carie pénétrante qui s'est effectuée sournoisement, et qui témoignent d'une vulnérabilité particulière du système dentaire.

L'appareil de l'audition exigeait une investigation toute spéciale qui demeura négative.

En raison des antécédents paternels, l'appareil pulmonaire fut l'objet d'un examen approfondi : il ne révéla aucune lésion suspecte.

Le cœur est normal; les bruits sont réguliers : le premier est seulement assourdi; il n'existe aucun souffle organique ou fonctionnel; le pouls plutôt faible bat à 76; la pression mesurée au Pachon donne : TM, 12; Tm, 7.

L'examen de la circulation périphérique devait fixer notre attention sur des modifications importantes dans les dimensions, la coloration, la température des extrémités des membres supérieurs et inférieurs.

(1) Il a succombé, en février 1924, à une laryngite tuberculeuse.

Les mains sont notablement plus grandes que celles d'une jeune fille de son âge et de sa taille (v. fig.). Les doigts sont démesurément longs et paraissent effilés; il n'y a pas d'empâtement des tissus, pas d'épaississement des téguments. Toutes ces parties ont pris une teinte violacée qui envahit la région du poignet et remonte en s'atténuant jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras où elle cesse assez brusquement. Cette coloration n'est cependant pas uniforme et sur le fond



A B

A. *Main de Françoise G...* (quinze ans).
B. *Main d'une jeune fille de vingt-cinq ans* (de même taille que Françoise G...).

cyanotique se dessine un réseau serré de larges marbrures irrégulières. En outre, elle se modifie par la pression exercée sur les téguments. Celle-ci laisse, en effet, une empreinte blanchâtre, qui persiste quelques secondes, puis se recolore progressivement en prenant des tons de plus en plus prononcés depuis le rose tendre jusqu'au violet foncé.

En palpant les mains on est immédiatement frappé par deux autres constatations : leur moiteur et surtout leur fraîcheur. La malade accuse elle-même cette humidité constante qui mouille les objets qu'elle touche et rend ses doigts « collants »; pourtant, cette sudation est surtout marquée au niveau de la paume des mains. Il y a également une diminution de la température locale : les extrémités sont froides et comme glacées; cette sensation est rendue frappante quand on palpe alternativement la région de la main et celle de la partie moyenne de l'avant-bras; on dirait qu'il existe une ligne de démarcation nette entre la zone glacée et la région chaude. On constate, en outre, l'existence de nombreuses engelures qui font leur apparition dès les premiers froids et persistent pendant toute la période hivernale. Au printemps, elles s'atténuent puis disparaissent, mais laissent après elles des cicatrices persistantes dont on retrouve les traces. Les ongles sont courts, à bord libre irrégulier et comme effrité; quelques taches blanches, d'ailleurs discrètes, se dessinent à leur surface. Particularité intéressante, on retrouve, au niveau de l'annulaire et du médius des deux côtés, « l'arc lilas » décrit par Milian. Au niveau des membres inférieurs, l'aspect est tout aussi caractéristique : nous ne voulons pas parler seulement du membre atteint de pied bot (dont les lésions seraient en somme justifiées) mais aussi du membre bien conformé qui présente également, quoique à un degré moindre, les mêmes modifications. Donc, les extrémités inférieures, jusqu'au tiers inférieur de la jambe, sont manifestement froides et de teinte franchement violacée. Les pieds sont démesurément longs : la malade chausse la pointure n° 39.

Mentionnons, enfin, l'existence sur la face dorsale des mains et des doigts ainsi que sur la partie inférieure des jambes et au niveau des chevilles de nombreuses cicatrices superficielles, consécutives à des engelures répétées, à des plaies fissuraires facilement infectées et toujours longues à se cicatriser.

L'analyse de l'urine démontre l'absence de sucre et d'albumine.

La réaction de Wassermann, pratiquée dans deux laboratoires différents, fut chez la jeune malade franchement et fortement positive; par contre, elle se révéla négative chez son père et chez sa mère.

Un traitement local et général fut aussitôt institué. Le premier consista en instillations biquotidiennes d'un collyre à base d'atropine et de dionine, en applications de compresses chaudes, puis en massages avec la pommade au précipité jaune et au calomel. Pour le second, on eut recours aux injections intramusculaires de trépol, à la dose de 0g10 tous les trois jours, portée ensuite à 0g20 jusqu'à la quantité totale de 3 grammes. Notons que l'apparition, après la troisième injection, d'une légère gingivite bismuthique au niveau des deux incisives médianes inférieures nécessita, pendant une dizaine de jours, l'interruption du traitement.

Cette thérapeutique n'influença pas d'une façon manifeste l'évolution de la kératite. Sans doute, quand la malade quitta le service, le 26 février 1923, l'affection se trouvait à une période avancée de son stade de résorption; la cornée, encore infiltrée dans ses parties périphériques, était notablement éclaircie dans sa zone centrale; la vision, encore trouble, était récupérée; mais le début de l'affection remontait déjà à cinq mois environ. La jeune malade fut ensuite soumise, pendant dix jours, à des injections intraveineuses de cyanure de mercure, à 0g01, après lesquelles elle se déroba subitement à notre examen.

Elle devait se représenter à notre consultation en juillet de la même année, parce qu'elle éprouvait, au niveau des deux yeux, des démangeaisons identiques à celles qui avaient marqué le début de son affection et « qu'elle avait peur que cela recommence ». Nous constations à cette époque que la cornée s'était éclaircie dans sa presque totalité. Dans sa moitié supérieure, une légère infiltration en demi-cercle, concentrique au limbe, située à 1 millimètre en dedans de lui, semblable à un léger gérontotoxon, témoignait encore de l'existence d'un processus kératique antérieur. De même, dans la moitié inférieure, on retrouvait quelques opacités disséminées et orientées suivant un arc de cercle. L'iris était libre, sans adhérences; le champ pupillaire parfaitement noir rendait facile l'examen ophtalmoscopique qui ne montra aucune lésion profonde : V = 0,4. L'œil gauche était toujours indemne : V = 0,7.

Une nouvelle réaction de Wassermann se montrant encore positive, nous pratiquons une série de quinze piqûres intraveineuses quotidiennes de cyanure de Hg à 1 p. 100.

La malade a été revue une dernière fois en avril 1924. L'état oculaire ne s'était pas sensiblement modifié.

Les accidents acrocyanotiques pour lesquels on avait conseillé une médication polyopothérapique, qui d'ailleurs ne fut pas suivie, persistaient avec les mêmes caractères; pourtant une particularité nous impressionna vivement : l'accroissement rapide de la taille, des extrémités surtout, et notamment des extrémités inférieures. La malade, qui jusque-là chaussait du côté sain la pointure 39, avait dû, il y a trois mois, prendre la pointure n° 42. La mensuration, pratiquée du profil du talon à l'extrémité du gros orteil, accusait une longueur de 27 centimètres. La réaction de Bordet-Wassermann se montrait cette fois négative. Ajoutons que l'examen radiographique du crâne montra une selle turcique de dimensions normales.

En résumé, cette observation nous montre une adolescente de quatorze ans, entachée de syphilis héréditaire. Son père, atteint ultérieurement d'une tuberculose laryngée à laquelle il devait succomber et dont le Bordet-Wassermann était négatif, a cependant présenté, dans sa jeunesse, un chancre génital sur la nature duquel il n'a pu ou n'a pas voulu nous fournir de renseignements précis. Chez la mère, la fréquence des avortements (prétendus provoqués), la polymortalité infantile semblent bien témoigner, malgré un Bordet-Wassermann également négatif, de l'existense d'une contamination spécifique. L'hypothèse d'une infection hérédo-sy-

philitique chez la jeune malade se trouve confirmée par les constatations suivantes : l'existence d'une malformation congénitale, la présence d'altérations dentaires, le développement de troubles endocriniens, la positivité du Bordet-Wassermann dans le sang, et enfin l'éclosion d'une kératite parenchymateuse. Nous entendons bien l'objection que cette dernière pourrait tout aussi bien dépendre d'une syphilis acquise. Outre qu'une semblable contamination ne nous paraît pas probable, nous verrons tout à l'heure que les manifestations cornéennes de la vérole acquise, présentent des caractères que nous n'avons pas retrouvés chez notre jeune malade. Seule l'unilatéralité pourrait être retenue : elle ne saurait toutefois constituer un critérium absolu. Sans doute, dans la kératite parenchymateuse hérédo-spécifique, l'unilatéralité est « exceptionnelle » (Morax), la participation de l'autre œil constitue une « règle presque absolue » (Terrien), les deux yeux sont atteints « soit ensemble, soit l'un après l'autre » (Nimier et Despagnet), toujours est-il qu'il n'est pas impossible de rencontrer des accidents localisés à un seul côté. L'époque à laquelle se manifeste l'envahissement de l'œil congénère est d'ailleurs variable. Pour Terrien, pour Axenfeld, le second œil se prend quand le premier atteint est parvenu au summum de l'inflammation. Fuchs, Lagrange enseignent que les deux yeux sont intéressés plus souvent l'un après l'autre que simultanément. L'intervalle, généralement fort court, peut atteindre un an, deux ans et même davantage; il fut de sept ans dans un cas de Stephenson, de vingt-six ans dans un cas de Consiglio. Voilà encore une notion importante à retenir.

Nous avons tenu à signaler, tout d'abord, l'existence chez notre malade d'un pied bot varus équin congénital. Les prof. Fournier et Gaucher ont autrefois attiré l'attention sur le rôle incontestable de la syphilis héréditaire dans la genèse des « malformations de naissance ». Nobécourt, Rudeaux et Le Lorier, Babonneix, etc., ont également insisté sur ce point. Tout récemment, Grenet écrivait qu'en somme « toutes les malformations congénitales semblent bien exister beaucoup plus souvent chez les hérédo-syphilitiques que chez les autres sujets. Il faut donc, en pareil cas, rechercher la syphilis, sans pour cela s'attendre à la rencontrer toujours » (1). En ce qui concerne plus particulièrement le pied bot, Ed. Fournier, après nous avoir donné, dans sa thèse (1898), un exposé critique des diverses pathogénies de cette affection, s'efforçait de montrer que, de toutes les infections ou intoxications susceptibles d'être incriminées, la syphilis héréditaire a certainement le rôle prépondérant. Déjà, à cette époque, il rapportait 25 observations, dont 15 inédites, où cette étiologie n'était pas douteuse et il nous a fait savoir depuis, qu'il était à même d'en produire de nouvelles tout aussi probantes (2). Notons que si dans la plupart des cas publiés la difformité était bilatérale, dans quelques faits pourtant, elle se montra d'un seul côté; c'est ce que l'on constate dans notre observation personnelle : unilatéral était le pied bot, unilatérale aussi devait être la kératite parenchymateuse.

(1) Grenet. *Monde méd.*, 1922.

(2) *Traité de pathologie médicale* de E. Sergent, syphilis héréditaire, par Ed. Fournier.

Les troubles endocriniens d'abord, la kératite interstitielle ensuite nous retiendront davantage.

De fait, notre jeune malade présente les manifestations d'acrocyanose que Maranon a parfaitement décrites, il n'y a pas longtemps, sous le titre de « Mains hypogénitales ». D'après cet auteur elles se caractériseraient par les signes fondamentaux suivants : 1° une coloration violacée des téguments, plus ou moins prononcée, disparaissant sous la pression du doigt et réapparaissant dès que celle-ci vient à cesser; 2° la froideur, qui va de la simple fraîcheur jusqu'à la sensation d'un objet presque glacé; 3° l'humidité, la sueur froide qui tantôt se borne à une légère exsudation de la paume, tantôt au contraire se traduit par une abondante sécrétion de toute la région; 4° enfin, la tuméfaction pâteuse des tissus mous de la main. Bref, Maranon compare « la sensation totale que donne cette main hypogénitale, quand elle est pressée par celle du médecin, à celle que produit une main qui a été très longtemps dans l'eau et a été insuffisamment séchée ». De ces quatre symptômes cardinaux, les trois premiers, ainsi qu'on a pu s'en convaincre par la lecture de l'observation, existent typiques et évidents dans notre cas personnel; seul, le 4° fait défaut.

Maranon a également attiré l'attention sur d'autres particularités secondaires : *a*) la prédominance de cette manifestation dans le sexe féminin, conséquence particulière de la vulnérabilité plus grande chez la femme des organes endocriniens; *b*) son apparition à cette période de la vie qui suit la crise de la puberté et précède l'établissement définitif de la fonction génitale; *c*) l'exagération des accidents acrocyanotiques sous l'influence du froid (mains hivernales de Hertoghe); *d*) la prédisposition de ces extrémités chroniquement cyanotiques aux infections locales; *e*) enfin, la possibilité de lésions unguéales indices d'une trophicité défectueuse et consistant dans un retard de la croissance, dans le développement de stries transversales et dans l'apparition de petites taches blanches. Or, toutes ces particularités que nous venons d'énumérer se retrouvent au complet chez Françoise G... et ne peuvent donner lieu à aucune considération particulière. Pourtant, les altérations unguéales « qui d'ailleurs sont inconstantes et restent l'apanage des cas avancés », ne correspondent pas tout à fait à la description qu'en donne Maranon : les ongles sont courts, leur bord libre est effrité, mais la malade attribue ces altérations à une usure professionnelle; la présence de quelques taches blanches, nous paraît également dépourvue de toute signification pathologique. Par contre, nous avons découvert, au niveau de certains doigts, la présence de « l'arc lilas des ongles » décrit par Milian. Manifestation parfois précoce, mais plus souvent tardive, d'une syphilis acquise, ce signe révélateur peut s'observer également chez les hérédo-spécifiques de tous âges. Toutefois, dans notre cas particulier sa signification reste douteuse et nous ne saurions être plus affirmatifs que Milian lui-même, quand il se demande si d'autres affections ne seraient pas capables de réaliser ce phénomène pathologique. « *Certaines acrocyanoses, écrit-il, s'accompagnent d'arc lilas et je ne saurais dire que la syphilis en est ici la cause.* Cette réserve faite, l'arc lilas me semble conserver toute sa valeur séméiologique. Elle reste intégrale sur une main blanche, *non acrocyanotique*, et surtout quand l'arc existe à l'état sporadique, si l'on peut dire, c'est-à-dire quand il existe à la façon des

syphilides tertiaires à foyers localisés, sur certains ongles et non sur leur totalité ».

L'intérêt de notre observation se trouve encore accru par la constatation des mêmes lésions au niveau des membres inférieurs; or, si l'on en croit Maranon, cette localisation est plutôt rare; en outre, les accidents constatés au niveau des pieds et des chevilles revêtaient les mêmes caractères qu'au niveau des mains; enfin, ils étaient beaucoup plus accentués sur le membre atteint de pied bot que sur le membre bien conformé.

Le diagnostic des lésions établi, il nous faut aborder maintenant le double problème de leur nature et de leur origine.

Le tableau de la main hypogénitale brossé par Maranon correspond bien certainement à la description classique de l'acrocyanose que Brissaud et Meige considéraient comme une acromégalie passagère caractérisée par une croissance excessive et par des extrémités froides et cyanosées. Léopold Lévy et H. de Rothschild, précédés d'ailleurs dans cette conception par Charcot, Thibierge, Hertoghe, etc., attribuaient les manifestations acrocyanotiques à une insuffisance thyroïdienne. Hutinel rattache ce syndrome (*Arch. de méd. des enfants,* 1918) à un trouble hypophysaire primordial. Il l'a vu, dans un cas, constituer avec l'augmentation de volume et les veinosités du crâne, ainsi que le microodontisme, les seules manifestations d'une syphilis héréditaire caractérisée chez la mère par trois fausses couches antérieures et un Wassermann positif. L'opinion de Maranon est toute différente. « Le fait clinique que notre expérience nous enseigne clairement, écrit-il, est que dans tous ces troubles pluriglandulaires, l'existence nette d'une insuffisance génitale est nécessaire pour que l'acrocyanosis se présente, et qu'il y a un grand nombre de cas d'insuffisance génitale pure, sans troubles thyroïdiens ni hypophysaires, dans lesquels cependant la main hypogénitale se présente clairement à l'observateur ». Ce qui revient à dire : 1° qu'observée au cours des syndromes pluriglandulaires, l'acrocyanose y traduit l'insuffisance génitale, l'ovarique surtout; 2° qu'elle peut être la manifestation d'une insuffisance génitale pure en l'absence d'autres troubles, thyroïdiens ou hypophysaires par exemple. Nous n'avons pas à prendre parti dans ce débat. Le cas que nous rapportons ne constitue pas, d'ailleurs, un syndrome d'insuffisance génitale pure tel que l'a compris et décrit Maranon; il rentre plutôt dans le groupe des insuffisances pluriglandulaires, la participation de l'hypophyse s'étant affirmée par l'allongement démesuré des mains et des pieds et par une poussée aiguë de croissance. Le problème de l'origine des lésions nous paraît, par contre, facile à résoudre : elles sont dues à la syphilis héréditaire portant son action nocive sur les glandes à sécrétion interne,

Nous arrivons à l'important chapitre de la kératite interstitielle, dont nous nous efforcerons de définir la nature et de préciser les relations avec les altérations pathologiques que nous venons de décrire.

Appelée par Mackensie « cornéite scrofuleuse », qualifiée par Panas du terme de « kératite cachectique », considérée par Davidson comme une affection des pauvres, des mal vêtus et des mal nourris, elle a été rattachée par Hutchinson à la syphilis héréditaire. Elle constitue avec la surdité bilatérale profonde et les altérations dentaires, la triade caractéristique qui porte son nom.

Quelle est donc l'importance du facteur luétique dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse? Notons d'abord que cette affection peut résulter d'une vérole acquise contractée par l'adulte, l'adolescent ou même le nourrisson (syphilis insontium). Autrefois contestée, cette kératite syphilitique acquise est aujourd'hui définitivement établie par de nombreuses et probantes observations. Dans sa forme diffuse, car il en est de localisées et de circonscrites, elle se différencierait de la kératite héréditaire par certains caractères, contestables d'ailleurs, tels que : sa fréquente unilatéralité (4 fois sur 5, Haltenhoff; 9 fois sur 10, Trousseau); une allure moins dramatique, la fréquence des manifestations iriennes et choroïdiennes (trouble poussiéreux du vitré), sa marche plus rapide et son pronostic plus favorable (sauf dans les cas de lésions gommeuses), et enfin sa docilité à la médication spécifique et la rareté de ses récidives. Cette dernière particularité serait la conséquence de sa nature nettement définie, traduisant l'agression directe du tréponème et sa présence effective dans l'épaisseur du parenchyme cornéen.

Toutes les kératites parenchymateuses des adolescents et des enfants en bas-âge ne sont donc pas exclusivement imputables à l'infection héréditaire; un certain nombre d'entre elles relèvent certainement d'une syphilis acquise. Dans quelles proportions? Les chiffres fournis par les auteurs varient notablement : 2 à 3 p. 100 [Desvaux (1)]; 3 p. 100 (Pfister); 4 p. 100 (Stephenson); 10 p. 100 (Ancke); 12,6 p. 100 (Alexander). Clausen estime que si 90 p. 100 des cas de kératite interstitielle sont dus à la syphilis, 80 reviennent à la maladie héréditaire et 10 à la maladie acquise. Par contre, Igersheimer indique un pourcentage bien moins élevé, et à notre avis, beaucoup plus exact. Sur 240 observations personnelles il n'est parvenu qu'une seule fois à établir nettement l'influence d'une syphilis acquise pure; dans tous les autres cas, il s'agissait d'hérédo-syphilis ou de réinfection.

Le rôle de la syphilis héréditaire dans la genèse de la kératite parenchymateuse a été diversement apprécié suivant les époques et selon les auteurs. Les statistiques consacrées à son importance étiologique ne concordent guère, et le tableau suivant que nous croyons intéressant de reproduire étonne, au premier abord, par les écarts considérables qu'il accuse.

V. Graefe......	5 %	Leplat.........	64,2 %
Despagnet.....	14,2	Pfister........	64,6
Davidson......	20	De Wecker....	66
Alexander.....	35,3	Netlsleship....	68
Panas.........	40,5	Rabl..........	84
Fournier......	41,5	Trousseau.....	92,5
Haltenhoff.....	42,7	Parinaud......	96,7
Giraud-Teulon..	46,6	Couzon......	100
Michel........	55	Gollica......	100
Saemisch......	63	Rollet.......	100

Il faut bien reconnaître pourtant que les proportions auxquelles les auteurs sont arrivés dans ces derniers temps se sont progressivement élevées à mesure que se perfectionnaient nos moyens d'investigation et que se faisaient plus sévères les examens des malades et les enquêtes sur leurs familles.

(1) Desvaux. *Th. de Paris*, 1898.

D'autre part, il est particulièrement instructif de consulter, à ce point de vue, les résultats acquis par l'étude systématique de la réaction de Wassermann. Or, les recherches de laboratoire ont établi : 1° que les pourcentages des réactions positives ne varient suivant les divers observateurs que dans des limites assez étroites; 2° que ces pourcentages atteignent un taux toujours très élevé; 3° enfin, qu'ils concordent avec les chiffres fournis actuellement par l'investigation purement clinique. De fait, la réaction de Wassermann au cours de la kératite interstitielle s'est montrée positive dans :

80 % des cas selon	Liégard et Offret.
83,3 —	Beauvieux.
83,9	Leber.
84,6	Mouradian.
85,7	Koulebiakine.
90	Otchapowski.
	Clausen.
94	Igersheimer.
96	Fleischer.
100	Kummel.

Ces chiffres déjà éloquents par leur valeur absolue acquièrent encore une signification plus considérable si on les compare à ceux qui ont été produits pour les autres manifestations pathologiques de la syphilis de l'œil. La kératite parenchymateuse se place, en effet, au premier rang des affections oculaires à Wassermann positif, distançant, d'une façon notable, les iritis, les chorio-rétinites et les lésions papillaires.

De toutes ces recherches, résulte cette notion que la syphilis héréditaire possède dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse un rôle sinon exclusif, du moins prépondérant. Mais, comment agit-elle ? Pour le professeur A. Fournier, les désordres cornéens se réduisaient à une banale « lésion de nutrition » que la vérole n'était d'ailleurs pas seule à pouvoir engendrer. Panas avait également soutenu qu'elle dérivait d'un état *cachectique* ou *dystrophique*. « Entre le terme de dyscrasique dont Fournier se sert, écrivait-il, et celui de cachectique que nous avons proposé, la différence nous paraît à peine sensible ; aussi nous ne demandons pas mieux que d'accepter cette dénomination » (1).

Pour d'autres observateurs, ces accidents sont de nature spécifique et doivent être attribués à la présence réelle, au sein du stroma cornéen, de l'agent pathogène. Dès 1898, Jeanselme et Morax écrivaient dans les *Annales d'oculistique* : « Voici trois infections : la lèpre, la tuberculose et la syphilis qui peuvent déterminer des lésions oculaires dont la localisation présente une analogie incontestable; dans les deux premières, nous connaissons le micro-organisme causal et celui-ci peut être considéré comme l'agent direct des lésions cornéennes; c'est sa présence dans cette membrane qui provoque l'infiltration et l'opalescence de la cornée... Pourquoi invoquer la dystrophie ou la dyscrasie pour expliquer la pathogénie des lésions kératiques de la syphilis dont le micro-organisme est encore inconnu. » La découverte, par Schaudinn, en 1905, du « tréponème pâle » devait apporter une base précise aux recherches ultérieures. Dès lors, Stephenson pouvait formuler ainsi son opinion : « La maladie est due à l'implantation et à la multiplication dans la cornée du tréponème pallidum qui vient primitivement du tractus uvéal. » Cette théorie de l'action directe de l'agent virulent a été confirmée par la découverte du parasite dans la cornée atteinte de kératite interstitielle (Igersheimer); d'autre part, des inoculations heureuses ont réalisé la reproduction expérimentale de véritables lésions parenchymateuses (Mulheim, Bertarelli, Scherbeck et van Benedeck, Greeff et Clausen, Schucht, Hoffmann, Brauering, Tomaczewski). Fontana a même essayé et réussi des inoculations en série dont le résultat positif a été confirmé par la constatation des spirochètes dans les lésions cornéennes de seconde génération. Ajoutons toutefois que les recherches bactériologiques ont également établi : 1° que le tréponème peut abonder au sein de la membrane transparente en dehors de toute lésion locale (Haab, Hans, Bab, Sabrazès et Dupérié) ; 2° qu'il n'a pas été constamment retrouvé dans la cornée malade étudiée cependant en pleine poussée pathologique (investigations négatives de Stephenson, de Clausen); 3° qu'il peut faire défaut au niveau des opacités cornéennes, alors qu'il se montre particulièrement abondant dans les zones restées transparentes.

Ces notions sont intéressantes à retenir, bien que leur interprétation demeure discutable. De fait, rien n'autorise à affirmer que la présence du tréponème, dans une cornée cliniquement saine, en pleine période septicémique de l'infection, se serait traduite ultérieurement par une poussée de kératite. D'autre part, l'insuccès des recherches dans une cornée malade, ne permet de conclure, ni à l'absence totale des spirochètes au moment même de l'examen, ni d'éliminer leur présence effective, à une période moins avancée du processus. Greeff et Clausen n'ont-ils pas constaté, au cours de leurs recherches expérimentales, que les parasites, abondants et facilement décelables dans les formes récentes, disparaissent dans les cas anciens parce qu'ils avaient été, sans doute, détruits par l'afflux phagocytaire.

Toujours est-il que ces arguments, à double tranchant, peuvent être invoqués par les partisans d'une action indirecte du spirochète. C'est à cette conception que l'on peut rapporter les théories suivantes que nous allons maintenant classer et exposer succintement. *a*) Les modifications de l'humeur aqueuse (Schultze), ou les altérations de l'endothélium postérieur (Leber) engendrées par la présence des spirochètes ou de leurs toxines, entraîneraient l'imbibition des lames cornéennes et leur réaction inflammatoire consécutive. « Quelle que soit la cause première de la kératite (syphilis, tuberculose, malaria, rhumatisme), écrivait Karl Grawher (1), le trouble du tissu cornéen est toujours précédé et provoqué par une altération de l'endothélium, qui permet l'imbibition de ses couches par l'humeur aqueuse, imbibition qui entraîne à sa suite les diverses lésions anatomiques. Le rétablissement de la nutrition normale et de la transparence a pour condition la régénération de l'endothélium ». Si donc, la médication arsenicale paraît tout indiquée à cet auteur, c'est non seulement en raison de son action tonique générale, mais aussi parce qu'elle exerce une influence heureuse sur la régénération des épithéliums. *b*) Pour d'autres auteurs, le processus kératique serait sous la dépendance de lésions vasculaires engendrées, elles-mêmes, par une

(1) Panas. *Traité des maladies des yeux.*

(1) Karl Grawher. *Th. de Bâle*, 1897.

toxine circulant dans le sang. V. Michel attribue la kératite parenchymateuse primitive, débutant par une infiltration en secteur de la cornée, à une artérite syphilitique ou à une dégénérescence hyaline du cercle vasculaire péricornéen. Clausen ne croit pas à la présence des spirochètes dans la cornée, il incrimine la périendovasculite du réseau marginal du limbe. Jakoulewa met en cause les lésions des artères ciliaires. Wagenmann admet également une altération pariétale des vaisseaux ciliaires antérieurs : par la section des vaisseaux ciliaires longs et courts, il aurait, en effet, provoqué un trouble grisâtre de la cornée suivi d'une vascularisation interstitielle puis d'une disparition progressive de l'opacité. Toutefois, Morax a fait remarquer que ces lésions expérimentales évoluent en infiniment moins de temps que la kératite d'Hutchinson, et il se refuse à admettre que la kératite interstitielle « soit secondaire à une altération primitive des parois vasculaires ». *c)* Axenfeld, lui aussi, ne considère pas les lésions hérédospécifiques de la cornée comme résultant d'une localisation du spirochète ; il en fait une affection dégénérative primaire (?). *d)* Elle fut aussi considérée comme « un trouble nutritif » consécutif à une atteinte du tractus uvéal. Mais les auteurs qui admettent aujourd'hui l'existence d'une « uvéite antérieure » font, des manifestations kératiques, de véritables lésions inflammatoires propagées du corps ciliaire à l'iris et aux couches profondes de la cornée en avant, à la partie antérieure de la choroïde en arrière. Dautre part, l'affirmation que dans la syphilis héréditaire la réaction irienne suit la kératite, alors qu'elle la précède dans la syphilis acquise, ne repose, en tout cas, sur aucune donnée précise. *e)* Les lésions cornéennes reconnaîtraient une origine plus lointaine encore et résulteraient d'une atteinte spécifique de l'appareil endocrinien. C'est cette opinion qu'à la faveur de notre observation personnelle nous allons maintenant envisager.

(A suivre.)

FAITS CLINIQUES

I

DE L'EMPLOI DES CRINS DE FLORENCE DANS LES SUTURES PROFONDES ET EN PARTICULIER DANS LES CURES RADICALES DE HERNIES.

Par le docteur LOP (de Marseille).

Un peu avant et surtout depuis la fin de la guerre, à la suite de mécomptes graves au cours de suites opératoires de hernies étranglées ou non, mécomptes qui, non seulement ont prolongé l'alitement et le séjour à la clinique des opérés, menaçant même leur existence, j'ai renoncé complètement à l'emploi des catguts dans mes kélotomies. J'utilise à mon entière satisfaction et pour le plus grand bien de mes opérés, les crins de Florence.

Cet article était déjà terminé lorsque j'ai eu connaissance du très intéressant mémoire de Chastenet de Géry (*Gazette des hôpitaux*, 1924, n° 29, p. 483).

Les difficultés signalées par cet auteur pour trouver des succédanés aux catguts, le danger bien connu de ces derniers pour si rares qu'ils soient mais non moins certains, sont venus fortifier mon opinion et ma pratique, en attendant mieux, sur l'utilité et l'innocuité de l'emploi des crins de Florence dans les sutures profondes. Tous les ennuis sérieux que j'ai eus ne pouvaient provenir d'ailleurs que des catguts. Ils ont disparu avec ceux-ci.

Tous ceux que j'employais et tous ceux que j'emploie encore pour ma chirurgie abdominale provenaient de maisons bien connues et de réputation incontestée.

Dans les cas que j'ai observés, on ne pouvait incriminer d'autres que les catguts. Même technique, même aide depuis onze ans, tubes témoins fondus, contrôlés par le thermomètre, analyse bactériologique de l'eau avant son entrée dans l'autoclave et à la sortie des récipients, emploi de gants régulièrement autoclavés.

Je dois à la vérité de dire, que quelques-uns des catguts employés qui m'avaient donné des ennuis avaient été reconnus absolument stérilisés tant au laboratoire des hôpitaux que par le docteur Lafont, bactériologiste bien connu dans notre ville.

Je le répète pourtant, je n'ai plus d'accidents depuis que j'emploie les crins.

Voilà cinq ans que j'ai complètement abandonné pour mes hernies les catguts. Je puis affirmer que, sans avoir rien changé dans ma méthode, dans mes modes d'opérer, ni mon aide, ni rien, je n'ai pas eu sur 150 cures radicales plus de 10 cas de légère suppuration, accidents bénins insignifiants sans suites appréciables.

J'ai revu grand nombre de ces opérés, tous marins, à la visite d'embarquement des compagnies dont je suis le médecin; parois solides, résistantes, tolérance parfaite des crins.

Sur ce nombre de malades, deux particularités à signaler :

Chez l'un, un des crins situé à l'angle inférieur de la plaie et mal enfoui avait déterminé une petite ulcération de la peau.

Chez un autre, hernie crurale, les sutures profondes n'ont pas tenu. Un an après, pendant ses vacances, le malade a dû être réopéré par mon ami le docteur Tabet, chef de clinique chirurgicale, qui me remplaçait.

Il est à signaler que les sutures superficielles avaient tenu, mais que seules les plans profonds qui avaient lâché ne contenaient plus un seul crin.

Depuis j'ai eu l'occasion à différentes reprises de faire des sutures profondes pour des plaies aseptiques des membres, dans mes sutures à fragments multiples de la rotule et dans deux cas tout récents encore. J'ai eu les mêmes satisfactions que celles que je ne cesse d'obtenir dans mes hernies (1).

(1) *Société des Chirurgiens de Paris.* (Voir comptes rendus mai et juin 1924. Discussion sur le crin de Florence.)

II

ABCÈS FROID UNIQUE PRIMITIF (A BACILLES DE KOCH) DU GROS INTESTIN LAPAROTOMIE. EXTIRPATION. GUÉRISON

Par le docteur LOP (de Marseille).

Cette observation est intéressante, non pas seulement par l'intervention faite, ni pour les suites heureuses qui l'ont suivie, mais bien surtout pour la nature particulièrement exceptionnelle de la tumeur, son siège. Je dis exceptionnelle, car des recherches, forcément incomplètes que j'ai faites, je puis dire ne pas avoir trouvé dans les dix années de bibliographie que j'ai consultées, un cas semblable à celui que je

rapporte ici comme localisation primitive, indépendante de toute autre manifestation tuberculeuse d'ordre général. J'ai relevé quelques cas d'abcès tuberculeux des parois intestinales, de véritables gommes, mais toujours comme suite ou comme lésions évoluant parallèlement dans la péritonite tuberculeuse, en particulier dans la forme caséeuse; ce qui n'était pas le cas chez mon malade. A l'exception de cet abcès, il n'existait ni sur le cæcum, ni sur le colon, ni sur le grêle, aucune autre manifestation tuberculeuse si minime soit-elle.

En mars 1923, entre à ma clinique, Z..., officier mécanicien de la marine grecque, âgé de 61 ans, malade depuis plusieurs mois, souffrant, déclarait-il, du ventre.

Cet homme de haute stature, que j'avais connu depuis la guerre avec une forte corpulence, avait énormément maigri, près de 12 kilogrammes en huit mois. Son teint jaune paille et profondément décoloré, l'absence complète de forces, le manque d'appétit, tout dans ce malade rappelait « l'habitus exterioris » d'un néo.

A l'examen de l'abdomen, on constatait une tumeur du volume d'une orange, siégeant dans la fosse iliaque à droite, légèrement mobile, douloureuse, irréductible. Cette tumeur était perceptible à travers le canal inguinal droit, largement perméable. Pas d'adénopathie inguinale, toucher rectal négatif. Il n'existait aucune hernie malgré la flaccidité des parois abdominales et la large perméabilité des orifices herniaires. Les urines pâles, abondantes, à très faible minéralisation, déficitaires quant à l'urée, étaient sans sucre ni albumine. Cœur et poumons sains, tension artérielle normale (au Pachon). Une asthénie notable et des insomnies persistantes et rebelles à tout médicament complétaient ce tableau clinique.

Pas de vomissements, mais langue rouge, vernissée. Les selles étaient rares et dures, foie petit, légèrement rétracté.

L'examen radiologique pratiqué par le docteur Lombard, ne relève rien d'anormal au niveau de la tumeur. L'examen coprologique ne donne que des renseignements sans aucune signification.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on ne relevait rien. Cet examen a été renouvelé après la connaissance de la nature de l'abcès. Le malade déclarait n'avoir jamais eu la moindre affection pleuro-pulmonaire, ne s'être, disait-il, jamais enrhumé. Il ne portait ailleurs aucune trace d'une affection tuberculeuse ancienne, osseuse, ganglionnaire, remontant aussi loin que possible.

Quelle pouvait être l'affection présentée par ce malade ?

Son aspect, son âge, le siège de la tumeur, tout autorisait à porter le diagnostic de néo du cæcum, sans aucun retentissement notable sur les fonctions intestinales.

Le malade désirait être opéré. Au préalable, il était nécessaire de remédier à l'état lamentable dans lequel il se trouvait; augmenter la résistance organique pour permettre une intervention qui fût suivie d'un résultat heureux. Je n'insiste pas sur le traitement approprié à cet état, qui fut suivi pendant trois semaines et qui me permit, le 25 mars, l'état général s'étant très amélioré, de fixer l'opération pour le 31 ou le 1er avril. Pas d'acidose. Localement, aucune modification n'est survenue. On dirait pourtant lorsqu'on soulève la masse intestinale, en plaçant le malade dans la position de Trendelembourg, que l'on fait remonter la tumeur presque sous le foie. En tout cas, dans cette position, la fosse iliaque se vide immédiatement.

On avouera que c'était là pour le moins, un fait bizarre et anormal pour une tumeur du cæcum.

Opération le 31 mars avec le concours des docteurs Tabet et Lombard. Anesthésie au Shleight.

Laparatomie. — Malgré l'amélioration sensible de l'état général et le relèvement des forces, afin d'écourter l'opération, tout au moins de la rendre moins traumatisante, j'intervins par la laparatomie latérale. Arrivé sur le cæcum, on peut constater l'intégrité de celui-ci. Exploration minutieuse de la fosse iliaque, du Douglas. Absolument négative.

J'agrandis l'incision en haut et on reprend l'exploration du côlon, le malade étant toujours dans la position de Trendelembourg la plus accentuée. A ce niveau on trouve sous le foie la tumeur, celle-ci grosse, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, comme une orange.

Les parois intestinales sont absolument normales, mais d'une pâleur assez marquée, le calibre de l'intestin est entièrement conservé tant au niveau de la tumeur qu'à ses deux pôles. On trouve, cette dernière, presque sous le foie. Sa surface est revêtue d'adhérences très vascularisées, mais peu résistantes.

On extériorise cette portion du côlon. Après avoir protégé le champ opératoire et placé un clamp à chaque extrémité, on débarrasse la surface de la tumeur de toutes ses adhérences qui, par mesure de précaution, sont liées au catgut fin.

Débarrassée de celles-ci, j'explore à nouveau la partie sous-jacente de la tumeur, je constate que celle-ci s'étale beaucoup plus en surface qu'en profondeur. Aussi avant que de procéder à une résection intestinale, je dissèque couche par couche avec précaution les parois de la tumeur à environ un demi-centimètre, je tombe sur une masse molle, fluctuante.

Malgré les précautions prises aussitôt, un coup malencontreux de sonde cannelée perfore la paroi donnant issue à environ 50 grammes de pus crémeux, jaune verdâtre, sans odeur.

Une certaine quantité en est aussitôt recueillie dans un tube stérilisé. Après un assèchement minutieux du champ opératoire et des attouchements à l'éther, je continue ma dissection. Après avoir constaté qu'il n'y a aucune communication avec le canal intestinal, j'extirpe avec précautions toutes les parties latérales de la tumeur, ne laissant de celles-ci que les parties trop intimement liées à l'intestin.

Attouchement à la teinture d'iode. Nouvelle vérification du calibre de l'intestin. On enlève les clamps : par mesure de précaution, je fixe, au cellulo-soie, l'intestin à la paroi abdominale et referme celle-ci en bas et en haut.

L'intervention et les suites opératoires ont été admirablement supportées. Pas la moindre réaction péritonéale. La température la plus élevée a été de 37°9. Le dixième jour, le malade se lève. Les fils qui retenaient l'intestin à la paroi sont sectionnés le quatrième jour. La plaie opératoire se ferme peu à peu. La suppuration se tarit assez rapidement et, le 25e jour le malade pouvait être considéré comme guéri localement. Il quittait la clinique le 25 mai, engraissé, coloré, entièrement transformé.

Voilà plus d'un an que l'opération a eu lieu. Les nouvelles reçues en mars dernier ne faisaient que confirmer l'excellence du résultat obtenu.

Examen bactériologique. — Le pus ainsi recueilli renfermait une quantité de bacilles de Koch et l'examen histologique des parois de la tumeur, examinées au microscope, indiquait la présence abondante de follicules tuberculeux et de cellules géantes.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

LIVRES NOUVEAUX

Les eaux minérales radio-actives (1), par M. le professeur PIÉRY et M. MILHAUD (de Lyon).

Les lecteurs de ce journal ont déjà eu l'occasion d'apprécier les remarquables travaux de M. le professeur Piéry sur les eaux minérales radio-actives.

Le beau livre qu'il publie aujourd'hui pourrait être considéré comme un véritable « Traité des eaux minérales radio-actives » s'il ne s'agissait du premier essai de mise au point publié, à ce jour, des déjà très nombreuses et suggestives recherches publiées isolément dans tous les pays d'Europe, touchant la radio-activité des eaux minérales.

Rédigé avec une haute tenue scientifique, l'ouvrage a été cependant conçu, dans le but éminemment pratique, d'aider au développement de la crénothérapie radio-active en France. A cet effet, il a été plus spécialement écrit, ainsi que le disent les auteurs, pour les médecins des Stations thermales de France afin de les mettre au courant de données capables de rénover, pour une très grande part, les cures hydrominérales, et aussi de les inciter à la vérification et à l'extension des importants et inattendus résultats thérapeutiques obtenus en émanothérapie générale et hydrologique.

Mais, écrit par des cliniciens, cet ouvrage s'adresse aussi à tous les médecins français, à tous les praticiens, auxquels il indique les ressources nouvelles de la crénothérapie moderne dont ils ne peuvent plus négliger de faire bénéficier leurs malades.

A cet effet, les auteurs exposent d'abord avec toute la simplicité et la clarté désirables, les notions générales indispensables touchant la *radio-activité* et plus spécialement celle des *eaux minérales*. Schémas, tableaux synoptiques, figures, et langage même, concrétisent, comme il convient pour des médecins, les dernières conquêtes de la physique moderne. Tous les moyens pratiques de recherches et de mesures sont, en outre, exposés, à l'usage des médecins hydrologues.

Les auteurs étudient ensuite les *propriétés biologiques et pharmacodynamiques des éléments radio-actifs*, puis l'*action thérapeutique des substances et des eaux minérales radio-actives* sur la goutte, les rhumatismes aigus, subaigus et chroniques, sur les maladies des différents appareils, sur les maladies de la nutrition. Ils étudient enfin les effets des eaux minérales dans l'anaphylaxie, les troubles endocriniens et les maladies dites arthritiques.

Le traité se termine par un magistral article sur les *cures hydrominérales radio-actives* qui sera le guide le plus précieux pour tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de nos stations françaises. F. L. S.

Aperçu de la physiologie et de la circulation générales du système lacunaire (2), par le professeur Ch. ACHARD.

Par *système lacunaire*, l'auteur entend le vaste assemblage de cavités discontinues où se trouve enclose la plus grande partie du liquide de l'organisme.

Chez l'homme et les mammifères supérieurs, le système lacunaire comprend les fentes intercellulaires, les espaces conjonctifs, les espaces sous-arachnoïdiens avec leurs annexes de l'oreille interne et de l'œil contenant l'endolymphe et la périlymphe, l'humeur aqueuse et le corps vitré, enfin toutes les séreuses grandes et petites.

Les sérosités que contiennent les différentes parties du système lacunaire ont des fonctions différentes en rapport avec leur composition : ce sont les *sérosités de glissement*, les *sérosités de remplissage ou de soutien*, etc.

L'auteur étudie la formation de ces sérosités, le rôle de la membrane et celui des liquides et la façon dont se font entre le système lacunaire et le système vasculaire sanguin et lymphatique, les échanges nécessaires pour assurer l'équilibre des humeurs. Il met aussi en relief le rôle de milieu nourricier qui appartient au liquide lacunaire et comment la stabilité physico-chimique de ce liquide est nécessaire à la bonne marche de la nutrition et à l'activité des éléments anatomiques.

(1) Un vol. gr. in-8. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin.
(2) Un vol. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Masson et Cie.

L'état morbide modifie les conditions des échanges intervasculo-lacunaires en altérant les membranes, les liquides, les conditions de leur renouvellement.

L'inflammation produit des effets très comparables dans les diverses parties du système lecunaire.

La quantité des liquides est modifiée dans les états opposés de pléthore hydro-salivaire, c'est-à-dire d'*hydropisie* et de *déshydratation*. Le mécanisme des hydragésies est longuement étudié.

Puis vient une étude sommaire des modifications de la pression dans les divers départements du système lacunaire.

Enfin l'auteur expose quelques considérations thérapeutiques découlant des données qui précèdent en ce qui concerne notamment les hydropisies et les modifications de la pression.

Un appendice contient quelques analyses des différents liquides lacunaires.

Cette vue d'ensemble réunit des chapitres de physiologie et de pathologie qui gagnent à être rapprochés en formant un des sujets les plus intéressants de la biologie générale. L. G.

Les difficultés du mariage à l'usage de ceux qui marient et de ceux qui se marient (1), par Edouard LÉVY, docteur en droit, secrétaire et rapporteur de la Commission de l'état civil. Préface de M. le docteur Ph. MARÉCHAL, maire du 8e arrondissement de Paris.

La législation française relative à l'état civil a été considérablement simplifiée de 1896 à 1913 ; néanmoins de nombreuses lois sur le mariage ont plongé les maires et adjoints, ainsi que les futurs époux, dans une incertitude dangereuse. L'ouvrage de M. Edouard Lévy, qui, dans ses dernières pages, reproduit les textes récents du Code civil et les circulaires ministérielles, a pour but, selon l'expression pittoresque de l'auteur de la préface, » d'éclairer les coins obscurs de l'état civil ». L. G.

L'amour et le mariage (2), par le docteur Marie CARMICHAEL STOPES, traduction de Cecil GEORGES-BAZILE.

A la lumière d'une science expérimentale que vivifie un idéalisme empreint d'humanité, l'auteur cherche les conditions physiques du bonheur dans le mariage. Etant donné deux êtres sains de corps et d'esprit, à quoi tient-il qu'un tel couple forme un ménage malheureux? L'homme sauf exception ignore la femme et le mal vient de là. C'est une femme qui nous le dit et nous le prouve même abondamment.

Faire connaître la femme, les lois rigoureuses de son sexe et leurs répercussions sur l'organisme féminin, les conséquences intellectuelles et morales qui en découlen,t les conditions nécessaires à l'union des époux et à la fusion des désirs en vue de l'harmonie conjugale, son rôle et son but dans la société, tels sont entre autres éléments du problème ceux que l'auteur a particulièrement bien traités.

Ce livre, écrit avec la franchise anglo-saxonne qui ne recule devant aucune explication, a déjà eu dix-neuf éditions en Angleterre. C'est la deuxième édition française que nous avons entre les mains. Elle est, nous le croyons, assurée du même succès que la précédente. L. G.

Action des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur dans les maladies des femmes et la stérilité (4).

Mme le docteur Hélène Macrez vient de consacrer à l'étude des eaux de Saint-Sauveur une importante étude qui met bien en lumière les remarquables propriétés de ces eaux.

Outre leur action générale commune à toutes les eaux sulfureuses et à toute eau thermale les eaux de Saint-Sauveur ont trois actions spéciales caractéristiques. Une action sédative, une action utérine, et une action « imprégnadère » contre la stérilité.

C'est dire l'importance de ces eaux et tout l'intérêt que les praticiens trouveront dans la lecture de cet ouvrage. L. G.

(1) In-8 de III + 224 pages. Prix : 12 fr. — Paris, Imprimerie administrative centrale, 8, rue de Furstenberg, 6e.
(2) Prix : 6 fr. 50. — Paris, Editions Victor Attinger, 30, boulevard Saint-Michel.
(3) Paris 1924, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

OREILLONS

(SYMPTOMES ET COMPLICATIONS)

FORMES CLINIQUES. — 1° **Forme commune avec orchite.** — L'orchite est si fréquente qu'elle doit être considérée comme un symptôme et non comme une complication. Cette forme se voit exclusivement chez l'adulte.

a. DATE D'APPARITION. — En général, c'est en pleine période d'état des oreillons (dès le sixième jour que l'orchite apparaît, quelquefois elle est plus précoce ; elle peut même précéder la localisation parotidienne. Quelquefois, dans certaines épidémies, elle apparaît isolée, sans que la parotide soit touchée à aucun moment (febris testicularis de Morton).

b. SYMPTÔMES. — Le début en est ordinairement brusque par une douleur testiculaire et surtout par des *phénomènes généraux.*

La température monte à 40 degrés ou même plus, il y a de la diarrhée, des vomissements, de l'agitation.

Quelquefois l'état général semble très alarmant (facies pâle, grippé, pouls petit, extrémités froides, cyanosées).

Puis les signes locaux se développent, tandis que les symptômes généraux s'apaisent.

La douleur testiculaire. — Simple gêne qui se manifeste à la pression, ou dans les mouvements ; ou bien douleur vive, intolérable, irradiant le long du cordon vers le périnée et la région lombaire.

La *tuméfaction testiculaire* se produit en quelques heures. C'est le testicule lui-même qui est augmenté de volume ; l'épididyme est pris assez souvent. Dans la vaginale, il y a un léger épanchement. Enfin les téguments sont aussi enflammés : : scrotum rouge, dur, œdémateux. Il peut y avoir aussi de la funiculite.

c. EVOLUTION. — La fièvre persiste, puis symptômes généraux et symptômes locaux diminuent et la guérison survient en sept à dix jours.

Mais au cours de cette évolution, le second testicule peut se prendre à son tour ; les signes généraux apparaissent de nouveau ; mais n'ont pas la gravité apparente de la première atteinte.

d. SÉQUELLES. — Souvent l'atrophie testiculaire fait suite à l'orchite. Un mois ou deux après l'orchite on voit le testicule s'atrophier. Si l'orchite a été bilatérale, il en résulte la *stérilité* et même des signes généraux de *féminisme.*

De cette forme clinique, il faut rapprocher celle qui évolue chez la femme, qui s'accompagne d'ovarite ou de mammite, mais qui est beaucoup plus rare.

2° **Formes frustes.** — Tout se borne à un syndrome général d'embarras gastrique ; les localisations parotidiennes et ourliennes sont si légères qu'elles passent inaperçues.

Ou bien la parotidite a été très passagère ; et pourtant dans cette forme l'orchite peut aussi bien survenir.

3° **Formes graves.** — FORME TYPHOÏDE. — Se voit chez l'adulte et est ordinairement accompagnée d'orchite. L'état général est celui d'un typhique. Le pronostic est grave.

FORME NERVEUSE. — Fièvre élevée, délire, hallucinations, convulsions, mouvements choréiques. Pronostic grave.

COMPLICATIONS. — 1° **Nerveuses.** — On peut voir du deuxième au dixième jour :

a. DES MÉNINGITES OURLIENNES LÉGÈRES. — Quelques signes méningés *très discrets* (céphalée, nausées, raideur de la nuque, Kernig), de la *bradycardie* (sinusale) très nette, très persistante (le cœur reste, en général, normal). Réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien (*lymphocytose*, quelques polynucléaires, quelques cellules endothéliales). Evolution vers la guérison absolue. Il y a des cas où la bradycardie existe seule.

b. DES MÉNINGITES OURLIENNES GRAVES. — Début brusque par tous les signes d'une méningite aiguë. Quelquefois signes mentaux (délire, etc.), quelquefois signes de lésions en foyer.

L'évolution se fait cependant ordinairement vers la guérison en cinq à dix jours ; la mort est exceptionnelle ; mais des séquelles (céphalée, paralysies diverses) peuvent se voir.

c. Récemment on a décrit des ENCÉPHALITES (symptômes de lésions en foyer, sans réaction méningée) [Moutier].

d. NÉVRITE OURLIENNE. — (Complications *tardive*), paralysies totales ou parcellaires.

e. COMPLICATIONS SENSORIELLES. — On a signalé entre autres la fluxion des glandes lacrymales, de la surdité persistante.

f. PSYCHOSES (dans les convalescences). — Chez les prédisposés.

2° **Pancréatiques.** — La pancréatite est une complication *intéressante* à retenir (car le pancréas et les glandes salivaires ont une structure analogue). Début vers le quatrième ou cinquième jour. Douleur épigastrique sourde, mais qui peut devenir très intense et même syncopale. Nausées, vomissements, parfois incoercibles, diarrhée fréquente. Un syndrome *péritonéal* peut être réalisé. Evolution vers la guérison en deux à sept jours. Quelques cas cependant ont été mortels.

3° **Uro-génitales.** — NÉPHRITE. — Peut s'observer dans les formes graves de l'adulte ; il s'agit soit d'albuminurie simple, soit de néphrite avec œdèmes ou hématuries. Le pronostic est bon en général.

La PROSTATITE n'est pas exceptionnelle.

4° **Respiratoires.** — Toutes les variétés de bronchites, congestions pulmonaires, broncho-pneumonies peuvent s'observer. Ce sont des infections pneumococciques surajoutées. L'œdème de la glotte a été noté.

5° **Cardiaques.** — Tout à fait exceptionnelles.

6° **Articulaires.** — Il y a un rhumatisme ourlien qui peut survenir à la période de défervescence. Il s'agit d'arthralgies multiples (quelquefois avec épanchement).

CONCLUSION. — Malgré le grand nombre de complications décrites, les oreillons restent une affection *bénigne.* Mais il faut retenir que le virus, encore inconnu, ne se localise pas seulement à la parotide, mais très fréquemment frappe *plusieurs parenchymes glandulaires* et les *méninges.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 73, p. 1215.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études médico-radio-chirurgicales sur le duodénum, par Pierre DUVAL, Jean-Charles ROUX, H. BÉCLÈRE. Un vol. de 264 pages avec 127 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traitement de la syphilis par le bismuth, par le docteur Georges DROUET. Broch., 63 pages. (Collect. « Les Actualités thérapeutiques ».) — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les enfants nerveux. Diagnostic, pronostic, aptitudes, par le docteur André COLLIN. Broch., 155 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Thérapeutique et voyage au long cours, par le docteur Adrien LOIR, directeur de l'Institut océanographique du Havre. Un vol. in-4°. — Prix : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La chirurgie à la campagne, par le docteur PICQUET (de Sens). Broch., 42 pages, avec figures. — Paris A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 76. — SAMEDI 20 SEPT. 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 20 SEPT. 1924. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1924.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre 1924, à 16 heures.

Conditions d'admission a concourir et nature des épreuves. — Sont admis à concourir :

A. *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. *Nouveau régime d'études.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à 4 inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Pour obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention » assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat en pharmacie aura lieu le lundi 27 octobre 1924. Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre, à 16 heures. (*J. O.*, 16 sept. 1924, p. 8439.)

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Penaud.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. le médecin de 2e classe Maurandy. (*J. O.*, 17 sept. 1924, p. 8439.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Mlle Berthe-Geneviève Croisier, externe des hôpitaux de Paris, décédée à l'âge de vingt-trois ans aux suites d'une affection contractée dans son service. Nous adressons à son frère M. le docteur Croisier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois, et à sa mère, Mme le docteur Croisier, l'expression de nos condoléances les plus vives; — du docteur Charles Goris, décédé à Ostende; et de M. Edouard Trouette, fondateur de la Maison Trouette-Perret.

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

I. Doctorat d'État. — 30. Assire. — Contribution à l'étude des plaies pénétrantes du cœur envisagée au point de vue chirurgical et médico-légal.

22. Belcour. — Contribution à l'étude de la ventriculographie (travail de la clinique neuro-psychiatrique du professeur Cestan).

50. Bonnefoy. — Les ruptures extrapéritonéales de la vessie sans fracture du bassin.

38. Boudant. — Les oscillations artérielles (caractères différentiels et valeur séméiologique). L'oscillométrie et l'oscillographie.

13. Bounhoure. — Etudes biologiques et cliniques sur le liquide céphalo-rachidien de l'enfant, principalement au cours de la syphilis héréditaire (travail de la clinique de pédiatrie de la Faculté de médecine de Toulouse).

17. Brunet. — Contribution à l'étude du zona.

48. Bruzaud-Grille. — Contribution à l'étude des formes cliniques de l'hérédosyphilis chez le nourrisson.

27. Cadenat. — Recherches sur l'embryogénie et la pathogénie du bec-de-lièvre.

26. Canouët. — La grossesse angulaire et ses formes cliniques.

5. Capin. — Considérations sur les décollements traumatiques de l'épiphyse inférieure du radius.

52. Caron. — Contribution à l'étude du traitement des épithéliomas de la face par le radium.

18. Chaigneau. — L'appendicectomie dans les premières heures de l'appendicite aiguë.

42. Colombiès. — Recherches expérimentales et cliniques sur la cholestérine et son métabolisme.

23. Cros. — Sur les exostoses de l'os iliaque.

31. Cuquillère (Mlle). Considérations sur la forme typhoméningée de la lombricose.

25. Dérien. — Contribution à l'étude de la lithiase biliaire à forme gastralgique et son traitement par la cholécystectomie.

33. Désamis. — Sur le rôle de la lithiase vésicale dans les suites anormales de la prostatectomie.

20. Deumié. — Sur quelques formes rares de pneumopathies syphilitiques simulant la tuberculose.

40. Dugat. — Contribution à la recherche de l'état moléculaire des eaux minérales ferrugineuses. Etude de la source martiale du boulevard Descazeaux, à Angers.

15. Duprat. — Contribution à l'étude de l'étranglement du diverticule de Meckel dans les hernies crurales.

53. Fitère. — Repopulation et eugénique.

16. Floucaud de Fourcroy. — La hernie accident du travail devant la jurisprudence actuelle.

7. Gaillard. — Contribution à l'étude du rôle de la syphilis dans l'étiologie des cirrhoses atrophiques avec ascite (cirrhose de Laënnec).

19. Galy. — Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les gangrènes diabétiques.

29. Giraudeau. — Amélioration clinique de l'ulcus gastrique par l'alimentation duodénale.

41. Goigoux. — Contribution à l'étude du traitement de l'estomac biloculaire.

11. Goubin. — Contribution à l'étude de la production sublinguale (maladie de Riga).

32. Grimes. — Pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales (éléments anatomo-pathologiques, éléments cliniques).

28. Grolleau. — Contribution à l'étude de la dysenterie amibienne autochtone.

49. Héraud. — Considérations sur la prothèse de l'épaule. Description d'un appareil nouveau.

14. Josancy. — Les traitements antisyphilitiques dans les cirrhoses du type de Laënnec.

43. Lacombe (Mlle). — Le phlegmon septique du plancher buccal.

34. Lacrampe. — Essai de puériculture antéconceptionnelle.

9. Lagarde. — Contribution à l'étude des luxations acromio-claviculaires et de leur traitement par la suture.

10. Larroque. — Les kystes congénitaux du canal thyréoglosse.

8. Mahoux. — Le traitement de la syphilis par l'acétylarsan.

47. Malfré. — Contribution à l'étude de l'oblitération de la veine cave inférieure.

36. Mercereau. — Contribution à l'étude de la sérothérapie antipneumococcique dans les affections pulmonaires du vieillard.

37. Naudin. — Vingt-huit cas d'ovarite ourlienne.

6. Nettis. — Traitement de l'encéphalite épidémique par les injections intramusculaires de sang et de liquide céphalo-rachidien prélevés sur le malade.

46. Passemard. — Contribution à l'étude des conjonctivites de Parinaud.

24. Pujol (Henri). — Contribution à l'étude de l'hétérochromie et de ses rapports avec la cataracte.

35. Pujol (Pierre). — Contribution à l'étude médicolégale des taches de sperme.

4. Rabattu. — Parallèle entre la valeur fonctionnelle des reins déterminée par la constante d'Ambard et l'état anatomique de ces organes (essai).

45. Revel. — Les trochantérites tuberculeuses.

21. Robert. — Les séquelles pulmonaires chez les intoxiqués par gaz de combat.

3. Roblin. — Contribution à l'étude des polynévrites typhoïdiques.

12. Rocalve. — L'uricorachie des sujets cliniquement sains.

1. Sarroste. — L'extraction tardive des projectiles intrapulmonaires.

51. Soulacroup. — Contribution à l'étude de l'inspection médicale des écoles.

39. Trégant. — Le sérum antistreptococcique dans le phlegmon ligneux du cou.

2. Vidal. — Contribution à l'étude pathogénique de l'hydrocéphalie. Essai de mise au point des derniers travaux.

44. Vidouze. — Cancer de la vessie et mésothorium.

II. Doctorat d'Université. (*Mention médecine.*) — 77. Arambachitch. — La rupture intrapéritonéale d'un kyste de l'ovaire.

73. Guetz (Mme), née Nechitch. — La protection de la fille-mère à Toulouse.

75. Kouchitch. — Contribution à l'étude des brûlures causées par l'électricité dans son emploi industriel.

76. Stankovitch. — Dysurie lithiasique chez les prostatectomisés.

74. Zlatanovitch (Mlle). — Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées.

REVUE GÉNÉRALE

LES HÉMIPLÉGIES ALTERNES

LEUR DIAGNOSTIC CLINIQUE (1)

Par M. Charle TOINON,
Interne des hôpitaux de Marseille.

[*Les figures 11 à 19, qui illustrent cette Revue, sont la reproduction de précieux dessins originaux ayant servi pour l'admirable ouvrage du regretté professeur Dejerine* (Séméiologie des affections du système nerveux, *p. 209, 212, 213, 217, 219, 220, 221, 224, 228, Masson, Paris 1914*).

Nous prions Mme Dejerine, qui a bien voulu mettre à notre disposition ces inestimables documents et nous aider de ses conseils pour leur reproduction, de bien vouloir agréer l'expression de notre très respectueuse gratitude.] *N. D. L. R.*

Définition. — Les hémiplégies alternes sont constituées par des paralysies ayant pour caractère commun la coexistence d'une hémiplégie d'un côté du corps avec la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs craniens de l'autre côté, le tout relevant d'une lésion unique.

Quelques types ont été d'abord isolés; ils portent le nom de l'auteur ou des auteurs qui, pour la première fois, les ont étudiés méthodiquement.

De nos jours, ces types se multiplient en raison du grand nombre de noyaux et de faisceaux qui, dans les pédoncules cérébraux, la protubérance et le bulbe, peuvent être atteints par la lésion. Si bien que, par analogie, on range encore dans ce cadre des syndromes plus complexes où des paralysies de nerfs craniens alternent non plus seulement avec des troubles de la motricité volontaire, mais aussi avec des troubles sensitifs, cérébelleux ou sympathiques.

Suivant le siège de la lésion dans la région pédonculaire, protubérantielle ou bulbaire, l'aspect clinique est différent.

La pathogénie des symptômes découlant de l'anatomie de ces régions, un court rappel anatomique nous paraît utile avant d'aborder l'étude clinique des hémiplégies alternes.

Rappel anatomique. — Les fibres de la motricité volontaire peuvent être réparties en deux grands groupes :

1. Le groupe de celles destinées aux muscles de la face constituant le *faisceau géniculé* ;

2. Le groupe de celles destinées aux muscles du tronc et des membres, constituant le *faisceau pyramidal*.

Issus de l'écorce cérébrale, ces deux faisceaux traversent le centre ovale, la capsule interne, puis ils arrivent dans le pied du pédoncule cérébral où ils sont situés côte à côte, mais où le faisceau géniculé commence à se désagréger au profit des noyaux d'origine du III et du IV du côté opposé.

Dans la partie inférieure de la protubérance a lieu la décussation des faisceaux moteurs de la face. C'est dire que le faisceau géniculé du côté droit donne des fibres aux noyaux moteurs de la face du côté gauche, et inversement.

Or c'est plus bas, dans le bulbe, qu'a lieu la décussation des faisceaux pyramidaux.

(1) Nous sommes heureux de remercier ici M. le professeur Payan des conseils qu'il nous a donnés pour la rédaction de cet article.

On comprend donc que toute lésion située audessus d'une ligne transversale passant par l'extrémité supérieure des pédoncules cérébraux sectionne le faisceau moteur de la face et celui des membres nés du même hémisphère cérébral ; il en résulte une paralysie de la face et des membres du côté opposé à la lésion : c'est l'*hémiplégie vulgaire ou croisée.*

Si la lésion siège dans le pédoncule cérébral, au voisinage du noyau du III, elle peut intéresser ce dernier (d'où paralysie du III du côté de la lésion) ainsi que les faisceaux pyramidal et moteur de la face destinés tous deux au côté opposé car non encore décussés ni l'un ni l'autre (d'où paralysie de la face et des membres du côté opposé à la lésion) : l'*hémiplégie alterne pédonculaire ou supérieure* est réalisée.

Si la lésion siège à la partie inférieure de la protubérance elle sectionne le faisceau pyramidal qui n'a pas encore effectué sa décussation (d'où paralysie des membres du côté opposé à la lésion) et le faisceau moteur de la face, né de l'hémisphère opposé, qui a déjà effectué sa décussation, et dont les fibres vont se terminer autour des cellules d'origine du noyau du nerf facial (d'où paralysie faciale du côté de la lésion) : l'*hémiplégie alterne protubérantielle inférieure* est réalisée.

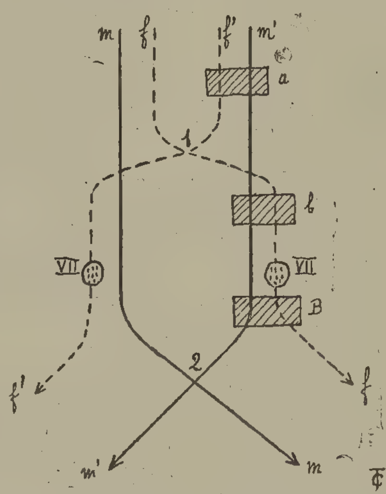


Fig. 1. — *Schéma de l'hémiplégie alterne (syndrome de Millard-Gubler)*, d'après Collet.

f, *f'*, faisceaux moteurs de la face, droit et gauche. — *m*, *m'*, faisceaux moteurs des membres, droit et gauche. — *VII*, noyau du facial. — *1*, décussation du faisceau moteur de la face (dans la protubérance). — *2*, décussation du faisceau moteur des membres (dans le bulbe). — *a*, lésion de la partie supérieure de la protubérance sectionnant le faisceau moteur de la face et celui des membres venant du même hémisphère cérébral. *b* et *B*, lésion de la partie inférieure de la protubérance sectionnant le faisceau moteur de la face *après* sa décussation, et le faisceau moteur des membres *avant* sa décussation (hémiplégie alterne).

Ce sont là les types les plus simples et les plus purs d'hémiplégie alterne. Nous verrons comment la présence, dans le pédoncule cérébral, la protubérance et le bulbe, des noyaux des autres nerfs craniens et de fibres sensitives et cérébelleuses peut expliquer les syndromes alternes plus complexes que nous passerons en revue.

Diagnostic positif. — C'est le diagnostic des divers types cliniques d'hémiplégie alterne suivant le siège de la lésion.

I. Syndromes pédonculaires. — Ils sont différents suivant que la lésion siège dans le pied ou la calotte.

Caractères généraux. — Les lésions pédonculaires empruntent leur symptomatologie :

1. Au voisinage du noyau du III et de son tronc d'origine qui traverse le pédoncule en éventail pour se rendre à l'œil du même côté.

2. A la présence des fibres motrices et sensitives destinées à la face et aux membres du côté opposé.

Types cliniques. — A. Syndromes du pied du pédoncule. — Syndrome de Weber (1863) ou hémiplégie alterne supérieure. — Cette variété d'hémi-

plégie alterne fut signalée, avant Weber, par Andral et surtout Gubler, dans son mémoire sur les paralysies alternes où sont mentionnées les observations caractéristiques de Kœchlin et de Luton. Mais c'est l'observation de Weber, par la pureté du type qu'elle décrivait, qui permit d'individualiser cette hémiplégie.

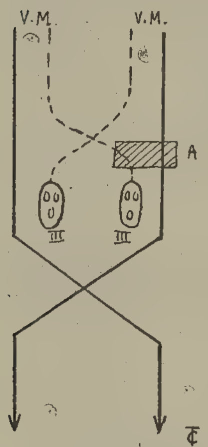


FIG. 2. — *Schéma du syndrome de Weber,* d'après H. CLAUDE. *V. M.,* voie motrice d'où partent des fibres qui se rendent au noyau de la IIIe paire après entre-croisement sur la ligne médiane. — *A,* lésion déterminant un syndrome de Weber (paralysie du III du côté de la lésion, hémiplégie du côté opposé).

Ce syndrome relève d'une lésion du pied du pédoncule affectant à la fois le noyau ou les racines du moteur oculaire commun, et les fibres des faisceaux pyramidal et géniculé avant leur décussation.

Il consiste essentiellement en :

a. *Hémiplégie des membres et paralysie faciale centrale du côté opposé à la lésion*;

b. *Paralysie périphérique, partielle ou totale, du moteur oculaire commun du côté de la lésion*, d'où :

Paralysie partielle ou totale des muscles droits supérieur, inférieur, interne, petit oblique, releveur de la paupière supérieure, sphincter pupillaire et muscle ciliaire (ces deux derniers muscles innervés par les fibres parasympathiques du noyau pupillaire annexé au noyau du III).

Il en résulte la possibilité des signes suivants : ptosis; strabisme divergent, c'est-à-dire déviation du globe oculaire en dehors et en bas par action prédominante du pathétique et du moteur oculaire externe intacts; mydriase; abolition des réflexes photo-moteur et accommodateur; diplopie horizontale croisée avec fausse image surélevée; exophtalmie légère par hypotonie des muscles rétracteurs du globe.

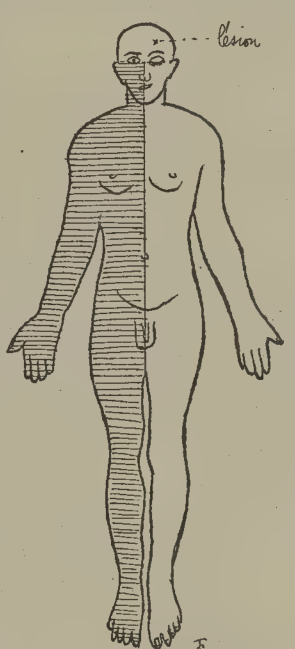


FIG. 3. — *Syndrome de Weber,* d'après DEJERINE.

Du côté de la lésion : paralysie du moteur oculaire commun.
Du côté opposé : hémiplégie croisée du type cérébral (paralysie des membres et du facial inférieur).

La *paralysie faciale* du syndrome de Weber est de type central comme dans l'hémiplégie vulgaire ou croisée : en effet, il s'agit de lésion du neurone central.

L'*hémiplégie* concomitante est en général complète et totale. Brissaud fait remarquer qu'elle est d'ordinaire plus prononcée à la face qu'aux membres, du moins dans les cas de lésions localisées à la partie interne du pédoncule.

Quant à l'*ophtalmoplégie*, elle est totale ou partielle, à cause de la dissémination des divers noyaux de la IIIe paire. Elle est parfois bilatérale, en raison des connexions des deux noyaux et de leurs fibres. Dans ses « Leçons sur les maladies nerveuses ». Brissaud insiste sur ce fait. Les observations de Lenoble et Aubineau, Zosin, Morelli, Raymond et François sont caractéristiques à ce sujet.

Enfin, le syndrome de Weber peut s'accompagner d'*hémianopsie homonyme* — rarement d'ailleurs — par lésion étendue du pédoncule cérébral aux corps genouillés et à la bandelette optique. Dans un cas, Joffroy a vu un syndrome de Weber temporaire coïncider avec une hémiopie permanente. André Léri a rapporté l'observation d'un syndrome de Weber avec hémianopsie persistante depuis vingt-sept ans. Dans un article récent sur le « Syndrome de l'artère cérébrale postérieure » (in *Presse méd.*, 21 avril 1923), Foix et Masson indiquent que le syndrome de Weber avec hémianopsie paraît presque toujours dû à une lésion partielle antérieure du territoire de l'artère cérébrale postérieure.

Il faut enfin signaler des cas de *syndrome de Weber bilatéral*.

B. SYNDROMES DE LA CALOTTE PÉDONCULAIRE. — Le pied du pédoncule contient des fibres motrices, d'où hémiplégie par lésion de ces fibres. Au contraire, la calotte contient surtout des *fibres sensitives*, ce qui explique que l'hémiplégie soit remplacée par de l'hémi-anesthésie ou plus fréquemment par de l'hypoesthésie.

De plus, la présence de *fibres cérébelleuses* dans la calotte (pédoncule cérébelleux supérieur) justifie l'association possible de phénomènes cérébelleux.

Enfin, le siège du noyau de la IIIe paire dans le segment postérieur de la calotte, que ses fibres doivent traverser tout entière pour venir émerger à la partie antéro-interne du pédoncule, explique la *fréquence des ophtalmoplégies*.

1. SYNDROME DE FOVILLE PÉDONCULAIRE. — C'est le type Foville du syndrome de Weber, bien mis en relief par *Grasset*, ou type pédonculaire de paralysie des mouvements associés des yeux.

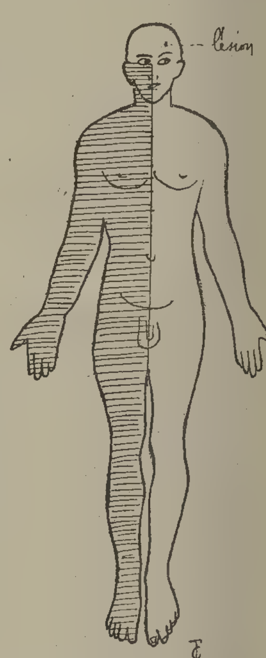


FIG. 4. — *Syndrome de Foville, type pédonculaire,* d'après DEJERINE.

Du côté opposé à la lésion : hémiplégie croisée du type cérébral (paralysie des membres et du facial inférieur).
+ paralysie croisée de l'oculogyre.

Il consiste en *paralysie de la face, des membres, et du système oculogyre du côté opposé à la lésion*. Par exemple : une lésion du pédoncule cérébral gauche détermine une hémiplégie et une paralysie faciale droites, et une paralysie de l'hémi-oculo-moteur dextrogyre (muscle droit externe de l'œil droit, muscle droit interne de l'œil gauche), d'où *paralysie des mouvements de latéralité des yeux vers le côté droit, c'est-à-dire le côté opposé à la lésion*.

Nous rencontrerons plus loin d'autres syndromes de Foville; nous en profiterons pour faire une étude d'ensemble de leur pathogénie.

2. SYNDROME DE BENEDIKT. — Ce syndrome est dû à une lésion siégeant aux confins du pied et de la calotte pédonculaires. Il est caractérisé par l'association de mouvements involontaires à l'hémiplégie croisée du syndrome de Weber. Décrit par Benedikt en 1899, il a fait l'objet de nombreuses

recherches de Gilles de la Tourette, Jean Charcot, Raymond et d'autres encore.

Sa symptomatologie est la suivante :

a. *Paralysie du moteur oculaire commun du côté de la lésion*;

b. *Hémiparésie avec tremblement particulier des membres du côté opposé à la lésion.*

Dans ce syndrome où il s'agit plutôt de *mouvements choréiformes* que de tremblement, les mouvements peuvent apparaître en même temps que la paralysie, ou au contraire plus tardivement un ou deux ans après.

Le *tremblement* est d'intensité variable. Le plus souvent continu comme celui de la paralysie agitante, il s'exagère dans les mouvements intentionnels. Il peut ne pas rester localisé aux membres et gagner le cou et le tronc. Léopold Lévi et Bonniot ont attribué sa pathogénie, dans certains cas, à l'asynergie cérébelleuse.

Cette pathogénie s'éclaire, en effet, par la présence, dans la calotte pédonculaire, des fibres du pédoncule cérébelleux supérieur.

En réalité, cette pathogénie n'est pas aussi simple. Il est probable qu'elle relève de divers facteurs. L'absence d'autopsie ne permet pas d'affirmer, mais laisse supposer que, dans certains cas, il y a lésion des noyaux opto-striés : et cette localisation peut expliquer l'existence de mouvements involontaires. D'autre part, la présence, dans quelques cas, de troubles de la sensibilité peut justifier l'ataxie. Il faut aussi faire jouer un rôle à l'irritation du faisceau pyramidal. Enfin Claude et Lévy-Valensi pensent qu'on peut expliquer les mouvements choréo-athétosiques, dans un grand nombre de cas, par l'atteinte du noyau rouge.

Diverses observations de Raviart, Ausset, Touche, Laignel-Lavastine, d'Astros et Hawthorn, Bouchaud ont peu à peu complété les notions acquises.

De même que pour le syndrome de Weber, l'*hémianopsie*, comme l'a montré Raymond, peut coexister avec le syndrome de Benedikt.

Ce syndrome ne se distingue de celui de Weber que par l'adjonction de mouvements anormaux à l'hémiplégie. La lésion qui lui donne naissance est analogue comme siège à celle qui cause le syndrome de Weber. Si bien que Claude estime que l'individualisation de ce syndrome de Benedikt, ainsi dénommé par Charcot, n'apparaît pas très justifiée. D'après d'Astros et Hawthorn, au contraire, ce syndrome serait presque caractéristique d'une lésion de l'étage supérieur du pédoncule.

Son *pronostic* serait sensiblement meilleur que celui du syndrome de Weber car, d'après Combe, il y aurait seulement irritation et non destruction du faisceau pyramidal pédonculaire.

3. Syndrome de Monakow. — Ce syndrome est causé par une lésion de la calotte pédonculaire proprement dite.

Il est caractérisé par les symptômes suivants :

a. *Paralysie du moteur oculaire commun du côté de la lésion.*

b. *Hémianesthésie, hémitremblement, hémiparésie du côté oppposé.*

Il s'agit en somme d'un syndrome de Benedikt avec association de troubles de la sensibilité.

La lésion est trop éloignée du faisceau pyramidal pour produire une hémiplégie complète : aussi y a-t-il hémiparésie, inconstante d'ailleurs.

La lésion des fibres sensitives de la calotte entraîne l'hémianesthésie ou plus fréquemment l'hypoesthésie.

L'hémitremblement peut être remplacé par de l'hémiathétose ou de l'hémiataxie.

Enfin la paralysie de la IIIe paire peut ne pas être complète pour les raisons indiquées plus haut : dissémination des divers noyaux.

4. Syndrome de la calotte pédonculaire de Gruner et Bertolotti. — C'est un syndrome rare décrit par Grüner et Bertolotti dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* en mars 1905.

Il consiste en :

a. *Hémiplégie alterne avec troubles de la sensibilité, de la coordination et de la synergie musculaire.*

b. *Paralysie des mouvements associés des yeux* (*mouvements d'élévation, d'abaissement, de convergence*), *et atteinte de la musculature interne.*

Mais il y a conservation des mouvements de latéralité des yeux.

Deux observations de ce syndrome, se rapprochant du syndrome protubérantiel supérieur de Raymond et Cestan que nous verrons plus loin, ont été rapportées par Grüner et Bertolotti. L'une d'elles, avec autopsie, montra la présence d'un tubercule dans la calotte pédonculaire.

La paralysie des mouvements associés des yeux est élective puisqu'elle n'intéresse que les mouvements d'élévation, d'abaissement et de convergence des deux globes oculaires, et laisse absolument intacts les mouvements de latéralité.

Des lésions nucléaires ou radiculaires sont insuffisantes pour expliquer de pareils faits. Il faut faire intervenir l'*existence des fibres d'association entre les noyaux oculo-moteurs*, fibres qui suivent, semble-t-il, le trajet du faisceau longitudinal postérieur, altéré dans le cas d'autopsie mentionné plus haut.

II. **Syndromes protubérantiels.** — *Caractères généraux.* — L'hémiplégie alterne est le principal symptôme, mais elle ne se produit que lorsqu'une lésion unilatérale occupe la partie inférieure de la protubérance.

Types cliniques. — Ils sont variables suivant que la lésion occupe le pied ou la calotte, c'est-à-dire la région antérieure ou postérieure de la protubérance.

A. Syndromes du pied (partie antérieure) de la protubérance. — 1. Syndrome de Millard-Gubler (1856) ou hémiplégie alterne inférieure. — C'est le plus anciennement connu des types d'hémiplégie alterne. Il a été étudié en même temps par Millard et Gubler, en 1856. Il est causé par une lésion de la partie inférieure de la protubérance.

L'hémiplégie, en effet, présente des caractères différents suivant la localisation de la lésion à la *partie supérieure ou inférieure du pont* (voir fig. 1).

Dans le premier cas, ni les fibres du faisceau géniculé destinées au facial ni celles du faisceau pyramidal ne sont entrecroisées; l'hémiplégie est totale : elle occupe la face et les membres du même côté. Elle ne se distingue de l'hémiplégie capsulaire que par des troubles plus accentués de la parole, de l'anarthrie, et une contracture plus précoce et plus intense.

Dans le second cas, de beaucoup le plus fréquent, les fibres du faisceau pyramidal ne sont toujours pas entrecroisées, mais celles du faisceau géniculé

destinées aux noyaux du moteur oculaire externe et du facial le sont. Il en résulte que la lésion du faisceau pyramidal et des noyaux ou des filets radiculaires de la VIe et de la VIIe paire d'un même côté détermine une hémiplégie alterne : c'est le syndrome de Millard-Gubler essentiellement caractérisé par les signes suivants :

a. *Paralysie centrale des membres du côté opposé à la lésion* par lésion du faisceau pyramidal *avant* sa décussation.

b. *Paralysie faciale totale, périphérique, du côté de la lésion* par lésion du facial *après* sa décussation.

Cette paralysie faciale est totale : à côté du facial inférieur, le facial supérieur est atteint, ce qui empêche l'occlusion complète de l'œil.

Il s'agit d'une *paralysie directe, de type périphérique, à opposer à la paralysie du Weber, qui est croisée et de type central.*

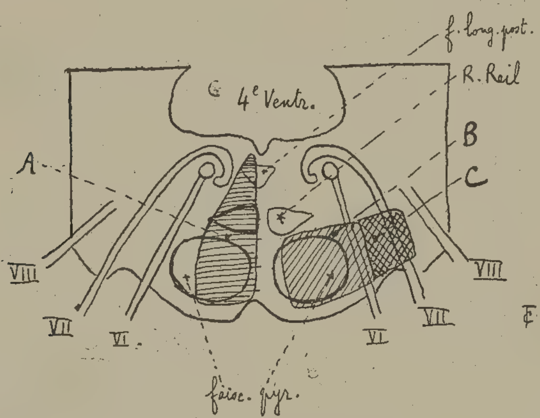


FIG. 5. — *Coupe schématique de la partie inférieure de la protubérance*, d'après DEJERINE.

f. long. post., faisceau longitudinal postérieur. — *R. Reil*, ruban de Reil. *fais. pyr*,. faisceau pyramidal,

A, syndrome protubérantiel antérieur et postérieur ou *syndrome de Millard-Gubler-Foville.*

B et *C*, *syndrome de Millard-Gubler* ou syndrome protubérantiel antérieur (en *B*, atteinte seule de la VIe paire, en *C* atteinte simultanée de la VIe et VIIe paire.

L'amyotrophie des muscles de la face et les réactions de dégénérescence peuvent se rencontrer (lésion portant sur le noyau du facial ou les fibres radiculaires).

Exceptionnellement, Oppenheim, Babinski et Raymond ont observé une paralysie faciale de type central, avec hyperexcitabilité faradique des muscles et du nerf. Ces auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'une lésion supranucléaire.

Tel est le syndrome de Millard-Gubler type. Mais la paralysie faciale peut s'accompagner de paralysie des nerfs craniens dont les noyaux sont au voisinage du noyau du VII.

Et ainsi sont réalisés des types plus complexes que nous allons passer en revue.

2. HÉMIPLÉGIE ALTERNE INFÉRIEURE AVEC PARALYSIE FACIALE ASSOCIÉE A LA PARALYSIE D'AUTRES NERFS CRANIENS. — a. *Paralysie faciale + paralysie du VI.* — La paralysie du moteur oculaire externe est fréquemment associée à la paralysie faciale, ce qui s'explique par le voisinage des fibres intraprotubérantielles du VI. Parfois même elle peut exister à la place de la paralysie faciale. Il en résulte la paralysie de l'abduction du globe, avec strabisme interne et diplopie.

b. *Paralysie faciale + paralysie du XII.* — Comme l'a montré Raymond, la paralysie de l'hypoglosse peut accompagner la paralysie faciale.

c. *Paralysie faciale + paralysie du VI et du XII (Raymond).*

d. *Paralysie faciale + paralysie du VI et du V (masticateur) (Bristowe).* — Les deux noyaux du trijumeau peuvent être pris séparément. Quand il s'agit d'une lésion de la portion sensitive, on constate l'anesthésie de la face et des muqueuses, et parfois de la kératite neuro-paralytique.

Quant à l'atteinte du noyau masticateur, elle peut s'accompagner d'amyotrophie marquée du temporal et du masséter.

e. *Paralysie faciale + paralysie du VI, du V (masticateur) et du XII (Jolly).*

f. *Paralysie faciale + paralysie du VI et du noyau du XII (Raymond).* — La lésion du noyau de l'hypoglosse entraîne l'hémiatrophie linguale.

g. *Paralysie faciale + paralysie du VIII (Huguenin, Wernicke, Raymond, Gellé, Souques).*

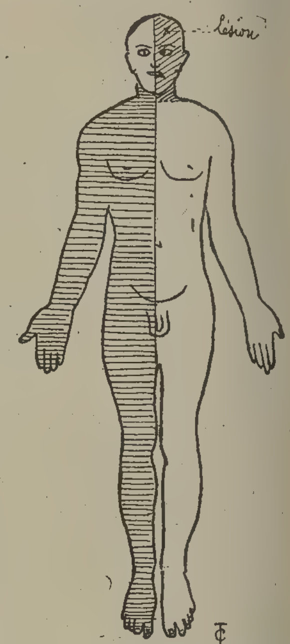


FIG. 6. — *Syndrome de Millard-Gubler avec paralysie associée du moteur oculaire externe du côté de la lésion*, d'après DEJERINE.

Du côté de la lésion : paralysie du VI et paralysie faciale périphérique.

Du côté opposé : paralysie des membres.

h. *Paralysie faciale + paralysie du goût (Raymond et François).* — Ces auteurs ont signalé cette association par lésion centrale de la corde du tympan.

3. HÉMIPLÉGIE ALTERNE D'UN NERF CRANIEN SANS PARALYSIE FACIALE. — Jusqu'ici, le syndrome de Millard-Gubler était pur ou associé à la paralysie d'autres nerfs craniens. Dans quelques cas, la lésion de ces différents nerfs, coexistant avec une hémiplégie des membres du côté opposé, ne coïncide pas avec une paralysie faciale : il ne s'agit plus du syndrome de Millard-Gubler, mais d'hémiplégie alterne d'un nerf cranien (cas de Raymond).

Dans ce cadre rentre le *syndrome acoustique alterne de Gellé.* Une observation en fut présentée par Gellé à la Société de biologie en novembre 1901. Ce syndrome consiste en :

a. *Hémiparésie du côté opposé à la lésion.*

b. *Troubles auditifs* (par lésion des noyaux de la VIIIe paire au niveau de la protubérance) *associés ou non à d'autres paralysies de nerfs craniens, du côté de la lésion.*

La paralysie alterne, enfin, peut intéresser *uniquement les nerfs craniens.* Ces faits très rares (cas de Schlesinger) ne rentrent pas dans notre étude puisqu'ils ne répondent pas à la définition donnée.

4. HÉMISPASME FACIAL ALTERNE DE BRISSAUD ET SICARD. — Ce syndrome est une variété de Millard-Gubler où *la paralysie des membres du côté opposé à la lésion est associée non plus à une paralysie, mais à un spasme de la moitié de la face du côté de la lésion.*

5. PARALYSIES ALTERNES BILATÉRALES. — Nous venons de passer en revue un certain nombre de syndromes par lésion unilatérale. Il ne faut pas oublier que des lésions bilatérales peuvent aussi déterminer deux paralysies alternes unilatérales.

Sigerson les a schématiquement classées de la façon suivante :

a. Double paralysie complète en X, avec atteinte de la face et des membres des deux côtés.

b. Paralysie en Y, avec atteinte bilatérale de la face et paralysie unilatérale des membres.

c. Paralysie en Y renversé, avec atteinte bilatérale des membres et paralysie unilatérale de la face.

d. Paralysie en V, limitée à l'atteinte bilatérale de la face.

B. SYNDROMES DE LA CALOTTE (PARTIE POSTÉRIEURE) PROTUBÉRANTIELLE. — *Les troubles de la sensibilité* sont fréquents dans les lésions de la calotte. Ils prédominent à l'extrémité des membres.

Les troubles *objectifs* atteignent tous les modes; cependant la sensibilité profonde est en général plus altérée que la superficielle. Beaucoup plus que dans les lésions pédonculaires, l'anesthésie peut se montrer sous la *forme syringomyélique :* les sensibilités profondes et tactile sont alors conservées; seules sont altérées les sensibilités douloureuses et thermiques.

Les troubles *subjectifs* par lésions irritatives se rencontrent aussi. Comme nous le verrons, ces divers troubles de la sensibilité peuvent réaliser des hémi-anesthésies alternes.

Les *troubles cérébelleux* sont importants. Ils siègent d'ordinaire du *côté de la lésion* quand il s'agit des pédoncules cérébelleux supérieur et inférieur, tandis qu'ils siègent du *côté opposé* quand il s'agit du pédoncule cérébelleux moyen.

Tremblement, hémichorée, hémiathétose sont, eux aussi, assez fréquemment observés.

Enfin, les lésions de la calotte provoquent très souvent des *paralysies des mouvements associés des yeux.* Ces paralysies semblent être causées par des lésions sur le trajet des fibres qui unissent les noyaux de la IIIe paire à ceux de la VIe, et qui passent très probablement par le faisceau longitudinal postérieur.

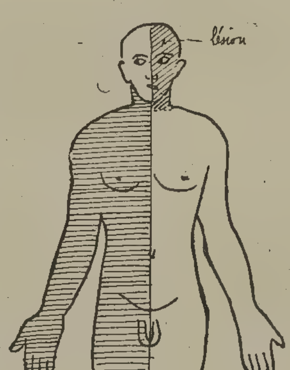


FIG. 7. — *Syndrome de Foville, type protubérantiel inférieur,* d'après DEJERINE.
Du côté de la lésion : paralysie faciale périphérique et paralysie directe de l'oculogyre.
Du côté opposé : paralysie des membres.

1. SYNDROMES DE FOVILLE PROTUBÉRANTIELS. — Ces syndromes sont au nombre de deux. Ce sont des types de paralysie des mouvements associés des yeux. Ils ont été bien étudiés par *Grasset.*

a. SYNDROME DE FOVILLE PROTUBÉRANTIEL INFÉRIEUR. — Il consiste en :

Paralysie directe de l'oculogyre et du facial décussés.

Paralysie croisée des membres.

C'est donc un syndrome de Millard-Gubler avec paralysie de l'oculogyre du côté de la lésion, c'est-à-dire du côté de la paralysie faciale. Il y a *impossibilité pour le malade d'exécuter des mouvements de latéralité des yeux vers le côté de sa lésion.* Par exemple, une lésion du tiers inférieur de la protubérance, à gauche, détermine une hémiplégie droite et une paralysie du facial gauche et du lévogyre.

b. SYNDROME DE FOVILLE PROTUBÉRANTIEL SUPÉRIEUR. — Il consiste en :

Paralysie directe de l'oculogyre qui s'est décussé.
Paralysie croisée du facial et des membres.

C'est donc une hémiplégie totale, croisée, avec paralysie de l'oculogyre du côté de la lésion. Il y a *impossibilité pour le malade d'exécuter des mouvements de latéralité des yeux vers le côté de sa lésion.* Par exemple, une lésion du tiers supérieur de la protubérance, à gauche, détermine une hémiplégie croisée, totale, à droite, et une paralysie du lévogyre.

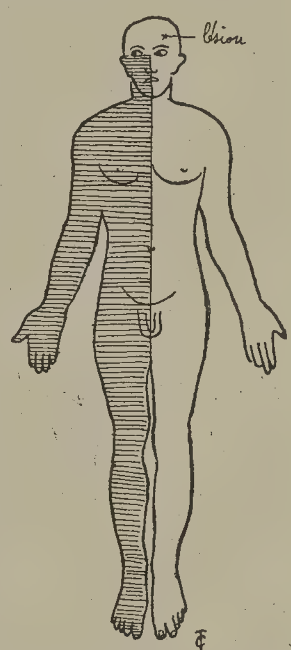


FIG. 8. — *Syndrome de Foville, type protubérantiel supérieur,* d'après DEJERINE.
Du côté de la lésion : paralysie directe de l'oculogyre.
Du côté opposé à la lésion : hémiplégie croisée de type cérébral (paralysie des membres et du facial inférieur).

PATHOGÉNIE DES TROIS SYNDROMES DE FOVILLE. — Depuis longtemps, les auteurs se sont occupés des mouvements de rotation de la tête et de la déviation des yeux dans certaines lésions encéphaliques ou mésencéphaliques. *Vulpian, Prévost, Charcot, Landouzy* ont d'abord étudié la question et ont distingué des différences dans les mouvements associés de la tête et des yeux selon qu'il s'agissait de lésions irritatives ou destructives. Puis des hypothèses pathogéniques sont nées.

En 1877, *Landouzy* et *Grasset* formulent la loi qui porte leur nom : « Dans les lésions des hémisphères, s'il y a déviation conjuguée, le malade regarde l'hémisphère lésé quand il y a paralysie, et ses membres convulsés quand il y a convulsion. »

Puis *Grasset* et *Gaussel* démontrent que « la déviation conjuguée apparaît comme la manifestation de la paralysie ou de la convulsion d'un oculogyre et du céphalogyre correspondant. »

Et c'est alors que naît la conception de Grasset sur les *nerfs hémi-oculo moteurs.*

La déviation conjuguée des yeux est sous la dépendance de *deux centres corticaux,* l'un *postérieur* (région du lobule pariétal inférieur et du pli courbe), l'autre *antérieur* (pied des circonvolutions frontales). Mott, Schæffer et Pick ont même pu dissocier dans l'écorce du lobe frontal des centres pour la rotation de la tête, et pour la déviation latérale, l'abaissement ou l'élévation des yeux.

Ces deux centres ont des *fibres de projection* qui traversent centre ovale et capsule interne et arrivent dans le pédoncule cérébral. Dans ce dernier, d'après d'Astros et Raviart, les fibres des oculogyres seraient placées au niveau de la calotte.

Arrivées à la partie inférieure de la protubérance, les fibres des oculogyres s'*entre-croisent sur la ligne médiane, au-dessus de l'entrecroisement du facial, et elles gagnent le noyau du moteur oculaire*

externe de chaque côté qui est, d'après Gaussel, le centre supranucléaire de l'hémi-oculo moteur oculogyre. Au-dessous de ce centre, l'hémi-oculo moteur se divise pour aller au droit externe du même côté et au droit interne du côté opposé.

A cette conception de Grasset et Gaussel, *Parinaud* a ajouté celle des *centres supranucléaires mésocéphaliques* dont les lésions provoqueraient aussi des paralysies conjuguées. Ces centres coordinateurs sont mal connus. Considérés comme hypothétiques par certains, ils sont placés par d'autres dans les *tubercules quadrijumeaux antérieurs* ou dans la *calotte de la protubérance.* Enfin, Groux, Hennuis, Wernicke et Gaussel les identifient avec les *noyaux du moteur oculaire externe.*

Au schéma classique de Grasset sur les nerfs hémi-oculo moteurs a été opposée la *théorie dite sensorielle de la déviation conjuguée des yeux,* théorie dont Joanny Roux, Alamagny, Dufour et Bard se sont faits les défenseurs et dans laquelle le rôle important est joué par l'*hémi-anopsie.* Puisque le malade ne peut pas regarder du côté où il ne voit pas, disent ces auteurs, il prend l'habitude de tourner la tête et les yeux du côté où il voit.

Or, de nombreuses discussions ont infirmé cette théorie, et, comme le disent P. Marie et A. Léri, dans les cas d'hémi-anopsie « la déviation conjuguée n'est qu'une attitude habituelle, une pseudo-déviation. »

Retenons donc simplement la théorie de Grasset et voyons quelles conclusions nous pouvons en tirer.

La paralysie de la VI° paire se traduit par la déviation en dedans et en bas de l'œil correspondant quand la lésion frappe le nerf lui-même.

Quand elle frappe son noyau d'origine ou le faisceau oculogyre supranucléaire, il y a déviation conjuguée de la tête et des yeux, et perte du mouvement associé qui porte les deux yeux du même côté dans la direction latérale du regard. Comme le dit *Parinaud*, le droit externe du côté paralysé et le droit interne du côté sain ne se contractent plus quand on sollicite le regard du côté de la lésion : il y a paralysie de l'hémi-oculo moteur (*Grasset*), et cela parce que le VI donne des fibres qui vont les unes au droit externe correspondant, les autres au droit interne opposé, et qui agissent synergiquement dans la directian latérale du regard.

Nous savons d'autre part que les faisceaux des oculogyres s'entrecroisent à la partie inférieure de la protubérance, *au-dessus* de l'entrecroisement du facial.

Nous savons enfin que l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux ne se fait que plus bas, dans le bulbe.

Donc, en allant des pédoncules vers le bulbe, on rencontre les entrecroisements suivants : d'abord celui des faisceaux oculogyres, puis celui des deux portions des faisceaux géniculés destinées aux deux nerfs de la VII° paire, enfin celui des faisceaux pyramidaux. La pathogénie des trois syndromes de Foville en découle :

Dans le syndrome de Foville pédonculaire, rien n'est entrecroisé : il y a donc paralysie croisée de l'oculogyre, de la face et des membres.

Dans le syndrome de Foville protubérantiel supérieur, les deux oculogyres se sont décussés, les deux nerfs faciaux et les deux faisceaux pyramidaux pas encore : il y a donc paralysie directe de l'oculogyre, paralysie croisée du facial et des membres.

Dans le syndrome de Foville protubérantiel inférieur, les deux oculogyres et les deux nerfs faciaux se sont décussés, les deux faisceaux pyramidaux

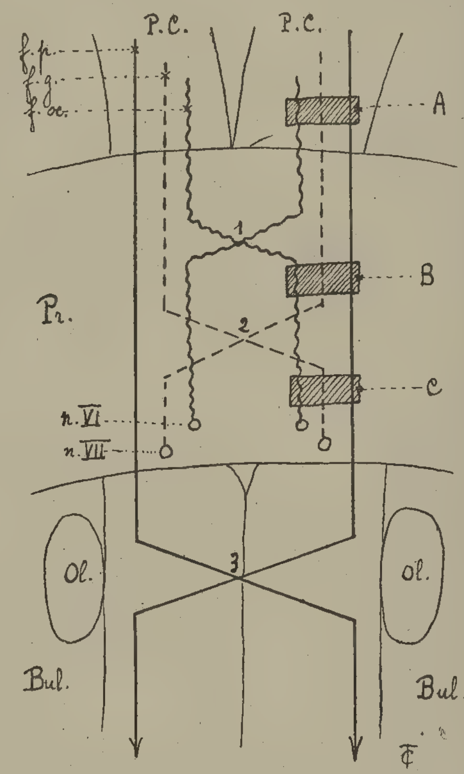


FIG. 9. — *Schéma des trois syndromes de Foville.*

P.C., pédoncule cérébral. — *Pr.*, protubérance avec noyaux du VI et du VII. — *Bul.*, bulbe avec olive bulbaire (*Ol.*). — *f. p.*, faisceau pyramidal avec décussation en *3*. — *f. g.*, faisceau géniculé avec décussation en *2*. — *f. oc.*, faisceau oculogyre avec décussation en *1*.
A, lésion réalisant le Foville pédonculaire.
B, lésion réalisant le Foville protubérantiel supérieur.
C, lésion réalisant le Foville protubérantiel inférieur.

pas encore : il y a donc paralysie directe de l'oculogyre et du facial décussés, paralysie croisée des membres.

C'est ce dernier syndrome que Grasset isola (*Soc. neurol.*, 5 juillet 1900; *Revue neurol.*, 1900), après avoir réuni dix cas de Foville, Broadbent, Hallopeau, Parinaud, Bristowe, Jolly et Raymond.

2. HÉMIPLÉGIE ALTERNE SENSITIVE OU HÉMI-ANESTHÉSIE ALTERNE DE RAYMOND. — Cette variété est intéressante tant au point de vue clinique qu'au point de vue physio-pathologique. C'est à une leçon de Raymond en 1896 qu'on en doit la connaissance. Plus tard, Bernhardt en 1898, Rad en 1903, en ont publié de nouveaux cas.

Cette hémi-anesthésie alterne consiste en :

a. *Anesthésie du trijumeau du côté de la lésion*;
b. *Anesthésie des membres du côté opposé.*

Ce syndrome s'explique par les rapports qui existent entre le faisceau sensitif déjà entrecroisé, et la racine descendante du trijumeau dont les fibres sont directes.

L'*anesthésie* est le plus souvent *dissociée à type syringomyélique,* ce qui est une particularité des lésions de la protubérance ainsi que nous l'avons mentionné. Il y a perte de la sensibilité à la douleur et à la température occupant, d'un côté, une ou plusieurs branches du trijumeau, de l'autre, une portion plus ou moins étendue du tronc ou des membres.

Parfois cette hémi-anesthésie alterne reste pure. Parfois il s'y joint de la paralysie motrice soit dans le domaine du trijumeau (troubles de la mastication), soit du côté des membres.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion occupe surtout l'*étage supérieur de la protubérance*, et elle altère d'une part les noyaux sensitifs et les fibres radiculaires du trijumeau, d'autre part une partie plus ou moins grande du ruban de Reil.

D'après une observation de Senator, il faut signaler qu'une lésion bulbaire pourrait également donner naissance à ce syndrome.

3. Syndrome de Benedikt inférieur. — Ce syndrome a été bien étudié par Combe. Il est caractérisé par :

a. *Paralysie faciale périphérique du côté de la lésion*;

b. *Paralysie des membres avec hémitremblement ou hémichorée du côté opposé à la lésion.*

C'est en somme un syndrome de Millard-Gubler avec association d'hémitremblement ou d'hémichorée.

Ce syndrome, on le voit, est calqué sur le syndrome de Benedikt proprement dit qui consiste dans l'association d'hémitremblement ou d'hémichorée avec un Weber.

4. Syndrome protubérantiel supérieur de Raymond et Cestan. — C'est à la suite de trois observations de paralysie des mouvements associés des yeux (*Revue neurol.*, 1901) que Raymond et Cestan ont publié ce syndrome dans la *Gazette des hôpitaux* de 1903 (page 829).

Ce syndrome, rare, est causé par une *lésion de la calotte de la partie supérieure de la protubérance, intéressant à la fois : très peu* les fibres motrices, *un peu* les fibres cérébelleuses, *beaucoup* les fibres sensitives, *complètement* les fibres d'association des noyau de la IIIe et de la VIe paire.

Ce syndrome est donc constitué par les signes suivants :

Du côté opposé à la lésion : a. *Troubles peu prononcés de la motilité volontaire*;

b. *Tremblement*; *mouvements involontaires choréo-athétosiques, incoordination, ataxie, asynergie, dysarthrie*;

c. *Troubles prononcés des sensibilités superficielle et profonde*, avec sensations pénibles, fourmillements, picotements, perte du sens articulaire et stéréognostique.

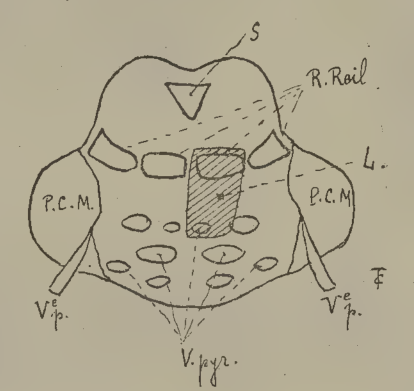


Fig. 10. — *Coupe schématique de la partie supérieure de la protubérance*, d'après Dejerine,

S, aqueduc de Sylvius. — *R. Reil*, ruban de Reil — *V. pyr.*, voie pyramidale. — *P. C. M.*, pédoncule cérébelleux moyen. — *Ve p.*, trijumeau.

L, lésion donnant lieu au *syndrome de Raymond et Cestan*, ou syndrome protubérantiel supérieur.

Du côté de la lésion (le plus souvent) : d. *Paralysie des mouvements de latéralité des yeux.*

Cette paralysie du droit interne d'un côté et du droit externe de l'autre est *due, pour Raymond et Cestan, à l'altération des filets d'association de la IIIe et de la VIe paire.*

En effet, dans leurs trois observations, la lésion était représentée par un tubercule situé dans la partie supérieure de la calotte protubérantielle et qui respectait les noyaux du III et du VI.

Dans des observations plus récentes, la paralysie des mouvements associés des yeux, avec ou sans anesthésie cornéenne et signes d'ataxie ou d'asynergie, a été signalée.

Tel est le cas d'un gliome unilatéral de la protubérence de *Raymond* et *Claude*.

Dans un syndrome alterne d'origine bulbo-protubérantielle (*Revue neurol.*, 30 mai 1905), *Souques*, à l'encontre du cas précédent, constata de l'hémi-asynergie du côté opposé à l'hémiplégie, c'est-à-dire du côté de la lésion.

Dans une observation de *Cl. Vincent*, nne hémianesthésie à type tabétique avec paralysie des mouvements associés des yeux s'ajoutait à de l'hémiataxie du côté opposé à la lésion.

De ces différentes observations, on peut tirer les conclusions suivantes :

La *paralysie des mouvements associés des yeux* se rencontre dans les lésions de la calotte protubérantielle avec ou sans anesthésie cornéenne. Elle paraît due à l'altération des fibres d'association qui unissent les noyaux de la IIIe et de la VIe paire, et qui passent par le faisceau longitudinal postérieur.

Les *signes d'ataxie périphérique* siègent toujours du côté opposé à la lésion.

Quant à l'hémi-asynergie cérébelleuse, son siège est variable. Si la lésion touche le pédoncule cérébelleux supérieur au-dessus de son entrecroisement (commissure de Wernekink), les troubles cérébelleux siègent du côté de la lésion.

Si la lésion touche le pédoncule cérébelleux supérieur au-dessous de la commissure de Wernekink, les troubles siègent du côté opposé à la lésion. Enfin, si c'est le pédoncule cérébelleux moyen qui est touché, les troubles cérébelleux se manifestent du côté opposé à la lésion.

5. Syndrome de la calotte protubérantielle de P. Oulmont et Lévy-Valensi. — Ce syndrome, présenté à la Société de neurologie en février 1919, consiste en :

Du côté de la lésion : a. *Paralysie faciale*;

b. *Hémi-asynergie*, par atteinte du pédoncule cérébelleux;

c. *Paralysie de l'hémi-oculo moteur.*

Du côté opposé à la lésion : a. *Hémiparésie des membres*, par compression du faisceau pyramidal;

b. *Hémi-ataxie*;

c. *Hémi-anesthésie*, par destruction du ruban de Reil.

III. **Syndromes bulbaires.** — 1. Syndrome bulbaire antérieur ou inter-olivaire. Dejerine. — Il consiste en :

1. *Hémiplégie des membres du côté opposé à la lésion* par lésion du faisceau pyramidal avant sa décussation.

2. *Paralysie de la langue du côté de la lésion* par lésion du XII à son origine au voisinage de l'olive bulbaire. (Voir fig. 11.)

2. Syndromes bulbaires postérieurs ou rétro-olivaires. Dejerine. — Ils consistent en :

1. *Hémiplégie des membres du côté opposé à la lésion.*

2. *Lésion du vago-spinal du côté de la lésion* pouvant réaliser l'un des syndromes suivants :

a. Syndrome d'Avellis.

b. Syndrome de Schmidt.

c. Syndrome de Jackson.

Syndrome d'Avellis (paralysie X et branche int. du XI). =

Paralysie unilatérale du voile du palais du côté de la lésion. — Paralysie de la corde vocale du même côté.

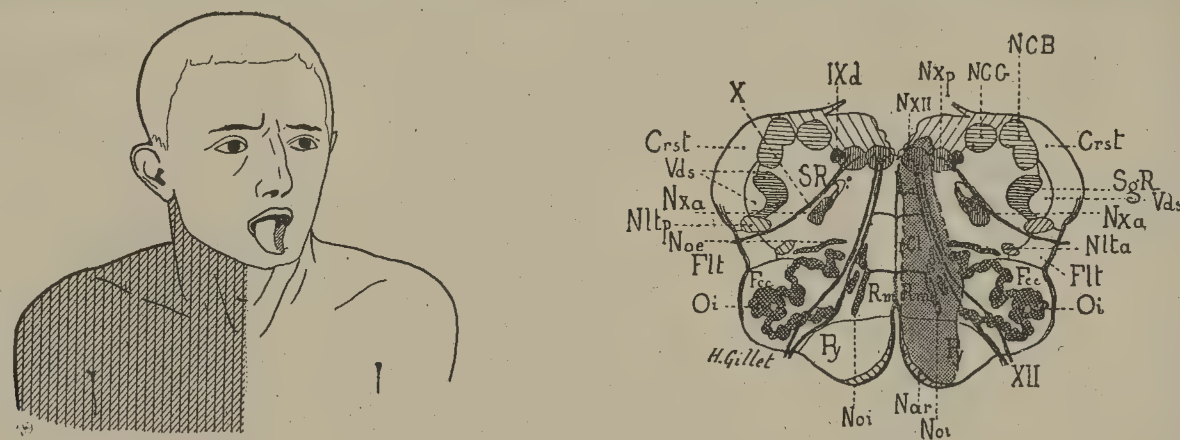
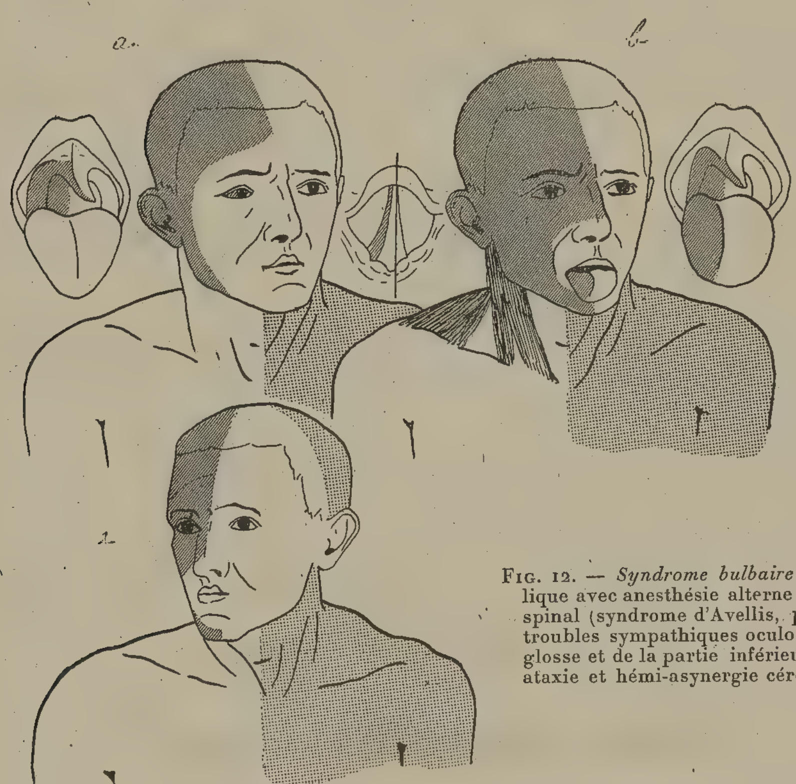


FIG. 11. — *Syndrome bulbaire antéro-interne.* — Hémiplégie croisée du type ponto-bulbaire. Hémianesthésie croisée des sensibilités profondes, surtout avec paralysie alterne de la XIIe paire. (DEJERINE.)

Syndrome de Schmidt (paralysie X et XI) =
Syndrome d'Avellis +
Paralysie homolatérale du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze.

Syndrome de Jackson (paralysie X, branche int. du XI, noyau du XII).
Syndrome d'Avellis ou de Schmidt +
Paralysie homolatérale avec atrophie de la langue.



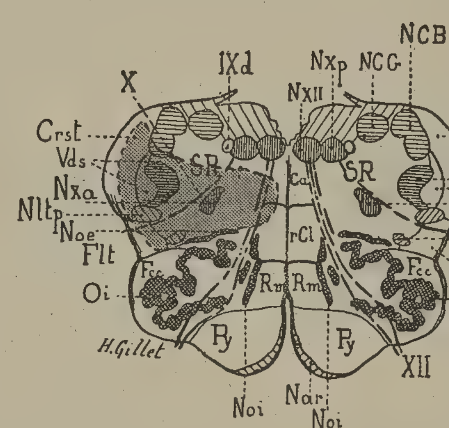
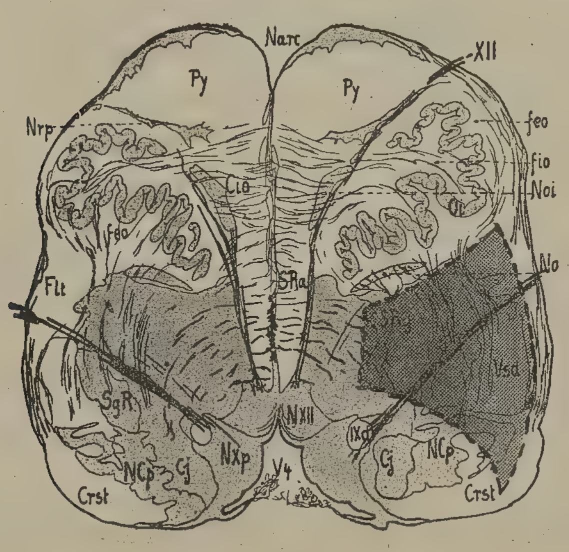
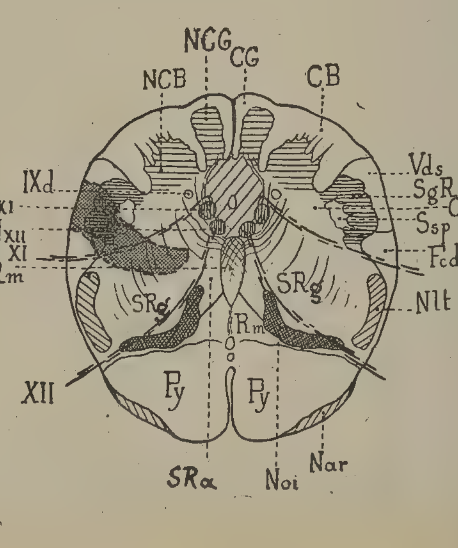


FIG. 12. — *Syndrome bulbaire rétro-olivaire.* — Hémianesthésie croisée du type syringomyélique avec anesthésie alterne du trijumeau (racine descendante), et paralysie alterne du vago-spinal (syndrome d'Avellis, paralysie pharyngo-laryngo-vélopalatine), avec (*a*) ou sans (*b*) troubles sympathiques oculo-pupillaires; avec (*b*) ou sans (*a*) paralysie alterne de l'hypoglosse et de la partie inférieure du spinal (branche externe). Syndrome de Jackson. Hémiataxie et hémi-asynergie cérébelleuse avec latéropulsion. (DEJERINE.)





Quand, à ces divers syndromes, s'ajoute une hémiplégie du côté opposé à la lésion, les hémiplégies alternes type Avellis, Schmidt, Jackson, sont réalisées (observations de Lermoyez, Hoffmann, Babinski, Cestan et Chenais).

Au lieu du noyau vago-spinal, ce peuvent être les fibres cérébelleuses qui sont intéressées et l'on a alors :

3. SYNDROME DE BABINSKI-NAGEOTTE OU SYNDROME CÉRÉBELLO-PYRAMIDAL BULBAIRE. — Il consiste dans les signes suivants (*Revue neurol.*, 1902) :

1. Du côté de la lésion =

a. *Troubles cérébelleux : latéropulsion, hémi-asynergie.*

b. *Troubles oculo-pupillaires : myosis, énophtalmie, ptosis léger.*

c. *Troubles vaso-moteurs.*

2. Du côté opposé à la lésion =

a. *Troubles moteurs : hémiplégie.*

b. *Troubles sensitifs : hémi-anesthésie* à type syringomyélique.

D'après Babinski, il existe un syndrome analogue, mais avec asynergie du côté de l'hémiplégie, dans le cas de lésion pédonculaire située au-dessus de l'entrecroisement des pédoncules cérébelleux supérieurs (*commissure de Wernekink*).

4. SYNDROME DE CESTAN-CHENAIS. — C'est une variété du Babinski-Nageotte dans laquelle les troubles cérébelleux sont remplacés par un syndrome oculo-sympathique.

Il consiste en :

1. *Hémiplégie sensitivo-motrice du côté opposé à la lésion.*

2. *Syndrome oculo-sympathique, hémi-asynergie et syndrome d'Avellis du côté de la lésion.*

5. HÉMIPLÉGIE ALTERNE BULBAIRE AVEC SYNDROME OCULO-SYMPATHIQUE DE CLAUDE BERNARD-HORNER. — Etudié par Cestan, Chenais, Combe (*Th. de Paris*, 1903). Il consise en :

1. Du côté opposé à la lésion =

Hémiplégie des membres.

2. Du côté de la lésion =

a. *Myosis*, sans troubles des réflexes pupillaires.

b. *Enophtalmie* avec rétrécissement de la fente palpébrale.

c. *Ptosis de la paupière supérieure.* — Ce syndrome, du côté de la lésion, ressemble à celui que détermine la section du sympathique cervical. Il serait dû à la lésion du faisceau solitaire qui continue dans le bulbe le tractus intermedio-lateralis origine du sympathique, et qui en contient sans doute le centre cilio-bulbaire.

6. Enfin il faut signaler que fréquemment les lésions dépassent le bulbe. On a alors des *syndromes bulbo-protubérantiels* caractérisés par l'atteinte simultanée de la Ve, de la VIe ou de la VIIe paire, et des *syndromes bulbo-spinaux* comme celui de Schmidt décrit plus haut. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1924)

Sur la chloruration du chloroforme. — MM. H. GAULT et R. TRUFFAULT.

Sur l'apparition des anticorps. — M. G. RAMON.

(SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1924)

Atténuation de la virulence du « Bacillus anthracis » à forme sporogène. Pouvoir immunisant du Bacillus atténué. — M. E. DUCLOUX.

Sur l'hérédité de l'immunité acquise. — M. S. METALNIKOV.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL. CHOIX DU MÉDECIN

CLINIQUE PRIVÉE. TARIF

On sait que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 prévoit deux hypothèses : d'abord celle où la victime se fait soigner chez elle par un médecin de son choix, ensuite celle où elle est hospitalisée dans un établissement public. Dans quelles conditions les frais médicaux et pharmaceutiques sont-ils supportés par le chef d'entreprise?

La question a été examinée par le Tribunal civil de Bordeaux, dans une espèce qui a donné lieu à un jugement du 12 mars 1924.

Une dame veuve avait contracté une police d'assurances à la Compagnie « Le Soleil », pour la garantie des accidents survenus au personnel employé dans l'exploitation agricole de ladite dame; et aux termes de l'article 4 de la police la Compagnie s'était chargée du règlement des frais médicaux et pharmaceutiques, conformément au tarif prévu pour les accidents du travail (art. 4 de la loi de 1898) :

« Attendu, dit le jugement, que cet article auquel renvoie expressément la police précitée, consacre le droit pour la victime d'un accident du travail de faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien et spécifie que le chef d'entreprise ne peut être tenu en ce cas que jusqu'à concurrence des sommes fixées par un tarif résultant d'un arrêté ministériel à intervenir;

Attendu que cet arrêté est actuellement, en ce qui concerne les frais médicaux, celui du 8 juillet 1920, qui prévoit d'abord une somme de 300 francs pour l'opération de résection du coude qui est celle qu'a subie le régisseur de la veuve L... après son accident du 19 juin 1922, puis une somme de 50 francs pour chacun des deux aides, une autre somme de 50 francs pour l'anesthésiste et une autre somme de 50 francs pour l'appareil plâtré après l'opération; qu'en outre le même arrêté spécifie que le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte; que pendant les quinze jours où le blessé est resté à la clinique, il peut être admis que cinq visites lui ont été faites et qu'ainsi une autre somme de 50 francs lui est encore due;

Attendu en conséquence qu'en vertu même des stipulations de sa police la veuve L... a le droit de réclamer à la Compagnie « Le Soleil » une somme totale de 550 francs, bien supérieure par suite à celle qui lui est offerte;

Attendu que la Compagnie « Le Soleil » base son offre sur ce que l'article 4 de la loi de 1898 ne met à la charge du chef d'entreprise, au cas d'hospitalisation, que les frais d'hospitalisation tels qu'ils sont fixés par un arrêté préfectoral, c'est-à-dire 15 fr. 60 par jour, mais que cette partie de l'article 4 dont s'agit est inapplicable en l'espèce;

Attendu, en effet, que cet article prévoit successivement deux hypothèses qui ne peuvent être confondues; d'abord le cas où la victime d'un accident se fait soigner chez elle par un médecin de son choix; ensuite le cas où elle est hospitalisée dans un hospice public; que dans le premier cas les frais médicaux doivent être payés selon le tarif de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 et que c'est seulement dans le second cas que le chef de l'entreprise a uniquement à supporter les frais d'hospitalisation qui, tout compris, sont établis par arrêté préfectoral, mais que les soins dans une clinique privée comme en l'espèce, doivent être évidemment assimilés à ceux qui auraient été donnés au domicile même du blessé. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La crise de la natalité et la croisade pour la repopulation, œuvre de salut national, par Fénelon GIBON, secrétaire honoraire de la Société générale d'éducation. Avec une préface de M. Louis DUVAL-ARNOULD. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. 50. — A Paris chez l'auteur, 70 *bis*, rue Dutot.

N° 77. — MARDI 23 & JEUDI 25 SEPT. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 23 & JEUDI 25 SEPT. 1924. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

XXXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. (Paris, 6-11 octobre 1924.) — ORDRE DES SÉANCES. — *Lundi 6 octobre 1924, à 2 heures.* — Séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre de l'Hygiène.

Discours de M. Tuffier, président du Congrès.

Compte rendu de M. Auvray, secrétaire général.

A 3 heures. — Première question mise à l'ordre du jour : *Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur et leurs résultats éloignés.* — Rapporteurs : MM. Dujarier (de Paris) et Imbert (de Marseille). Discussion.

Mardi soir 7 octobre, à 2 heures. — Deuxième question mise à l'ordre du jour : *Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins.* — Rapporteurs : MM. Labey (de Paris) et Tixier (de Lyon). Discussion.

Mercredi soir 8 octobre, à 2 heures. — Suite de la discussion et communications particulières.

Jeudi soir 9 octobre, à 2 h. 1/2, assemblée générale; à 3 h. 1/2, séances de projections dans le grand amphithéâtre.

MM. Depage et Davis (de Bruxelles). Film cinématographique concernant la technique de l'ablation du sein cancéreux.

M. Davis (de Bruxelles). Film cinématographique concernant la laminectomie avec une nouvelle pince emporte-pièce.

M. Dartigues (de Paris). Projection de deux procédés de chirurgie esthétique du sein et mastopexie.

M. Dufourmentel (de Paris). Projections concernant une technique et une instrumentation simplifiées pour la correction des nez difformes. Critique des différents procédés.

A 4 h. 1/2, présentation d'instruments.

Jeudi soir, à 7 h. 1/2. Banquet par souscription au Cercle interallié.

Vendredi soir 10 octobre, à 2 heures. — Troisième question mise à l'ordre du jour : *Soins pré et postopératoires. Choix de l'anesthésie en chirurgie gastro-intestinale.* — Rapporteurs : MM. Lambret (de Lille) et Lardennois (de Paris). Discussion.

Samedi 10 octobre, à 9 heures du matin et à 2 heures du soir. — Suite de la discussion et communications particulières.

Arrivée d'un groupe de chirurgiens polonais. — On annonce qu'un groupe de chirurgiens polonais, à la tête duquel se trouve le docteur Alexander Zawadzki (de Varsovie) viendra assister au Congrès de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PRIX VULFRANC-GERDY. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5.500 francs en faveur de trois élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Nancy, Montpellier, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront nommés pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

Les dispositions testamentaires de M. Gerdy ont été l'objet d'un règlement rédigé par une Commission de l'Aeadémie, d'accord avec l'exécuteur testamentaire.

En exécution de ce règlement, l'Académie met au concours, pour 1925, une place de stagiaire aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1924.

Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1925.

Une somme de 1.500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

CHAIRE D'HYGIÈNE. — COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE organisé avec le concours du Comité National de défense contre la tuberculose, par M. le professeur Léon BERNARD avec la collaboration de MM. Robert Debré, Vallée, Ameuille, Halbron, Lœderich, Bourgeois, Maingot, Baron, Bigart, Salomon, Vitry, G. Guinon.

Ce cours aura lieu du 6 octobre au 1er novembre 1924. Il

comprendra des leçons qui seront données chaque jour, à 5 heures, au laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se feront chaque matin, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois. Des visites à des établissements antituberculeux seront faites le 1er et le 2 novembre.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine,

Il sera perçu un droit de laboratoire de 150 francs,

Le Comité National de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des Comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs dépenses de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au Directeur du Comité National de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Exercices pratiques. — Les élèves du cours seront entraînés à des démonstrations pratiques portant sur l'examen clinique, l'examen radiologique, l'examen laryngologique, les examens de laboratoire, la reconnaissance des pièces nécropsiques, la conduite et les méthodes du dispensaire et de la préservation de l'enfance.

HOPITAL AMBROISE-PARÉ, 145, avenue Edouard-Vaillant (Boulogne-sur-Seine). Service de M. le docteur Ch. Laubry. — Cours de pratique cardiologique, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry avec la collaboration de M. le docteur Daniel Routier et M. Jean Walser, assistants et de M. Pierre Oury, interne du service. Les cours auront lieu du lundi 29 septembre au samedi 11 octobre 1924.

En outre, des leçons théoriques, MM. les médecins inscrits au cours seront invités à assister aux consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, qui auront lieu de 9 h. 1/2 à 11 heures, les lundis, mercredis et vendredis. Les mardis et jeudis, de 9 h. 1/2 à 11 heures, M. le docteur Ch. Laubry fera la visite dans les salles et, les samedis, l'examen radioscopique des malades des salles et de la consultation de cardiologie.

Droit d'inscription : 150 francs. Les inscriptions seront reçues à partir du 25 septembre, soit directement, soit par correspondance, à l'hôpital Ambroise-Paré. S'adresser à M. le docteur Daniel Routier.

REVUE DES THÈSES

Cyclothymie et périodicité neuro-végétatives dans les fugues infantiles (1), par le docteur G. Roussellier.

Conclusions. — I. Il est une variété de fugues infantiles, survenant par accès, qu'il y a intérêt à bien connaître, celles qui se produisent à la faveur d'une phase d'excitation ou de dépression cyclothymiques.

II. La recherche d'un trouble de l'équilibre neuro-végétatif, notamment l'examen du réflexe oculo-cardiaque, dont l'exagération accompagne toujours, semble-t-il, les phases aiguës de la psychose périodique, permet de rapporter ces fugues et les autres manifestations, qui leur sont équivalentes, à leur véritable cause,

III. Ces fugues sont dues à la libération de l'élément moteur et des perversions instinctives, qui peuvent l'accompagner, du fait que la volonté, qui les refrénait, est « barrée » par le déséquilibre du caractère.

IV. Au point de vue médico-légal, ces malades doivent être tenus pour pénalement irresponsables, ou très partiellement responsables. Mais des mesures de surveillance sont justifiées à leur égard tant qu'il ne s'est pas écoulé une accalmie suffisamment prolongée pour autoriser leur sortie.

V. La notion du déséquilibre vago-sympathique permet de tenter le traitement abortif de l'accès d'excitation et une cure prolongée de la constitution périodique de pareils malades.

(1) *Thèse de Paris*, 1924.

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de benzyle associé à la cholestérine (cinnozyl) (1), par le docteur Paul Canakis, ancien externe des hôpitaux de Marseille.

Conclusions. — Le but que nous nous étions proposé au début de nos recherches semble donc avoir été atteint. Nous avons pu créer chez les tuberculeux un état de défense de leur organisme grâce aux actions combinées de la cholestérine et du cinnamate de benzyle.

La cholestérine, facteur important de défense dans toutes les infections, exerce cette action plus particulièrement encore dans l'infection tuberculeuse.

Le cinnamate de benzyle, aux actions dissolvante et empêchante qu'il exerce sur le corps bacillaire et sa toxine, joint la propriété de provoquer chez le tuberculeux un travail de réparation des lésions avec évolution vers la sclérose.

L'un et l'autre contribuent à obtenir les résultats satisfaisants que nous avons signalés tant au point de vue local et général, qu'au point de vue bactériologique.

La méthode de mise en état de défense de l'organisme tuberculeux procédant par étapes, exige par là même une certaine durée. Aussi encourageante chez l'enfant que chez l'adulte, elle est applicable aux tuberculoses bactériologiquement confirmées, comme aux tuberculoses fermées, mais ne vise pas les périodes ultimes de la maladie.

N'excluant aucunement d'ailleurs le traitement général classique de toute tuberculose, elle devient un puissant auxiliaire de celui-ci, et son rôle est démontré dans les observations et examens bactériologiques qui accompagnent ce travail.

(1) *Thèse de Montpellier*, 1923.

RENSEIGNEMENTS

DANS COMMUNE AGRÉABLE LOIR-ET-CHER, 1.100 habitants, médecin propharmacien trouverait clientèle rémunératrice laissant loisirs. Logement assuré en achetant gentille maison avec jardin et communs.

Ecrire Bureau des annonces, 54, rue Jacob, Paris C. M.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Services automobiles de Clermont-Ferrand a Saint-Nectaire ou vice versa. — Les services automobiles entre Clermont-Ferrand et Saint-Nectaire qui comportent actuellement deux voyages dans chaque sens, seront réduits, à dater du 16 septembre 1924, à un seul voyage :

Saint-Nectaire, départ 12 h. 15 ; Clermont-Ferrand, arrivée 13 h. 45.

Clermont-Ferrand, départ 18 h.; Saint-Nectaire, arrivée 19 h. 30.

Aucune modification n'a été apportée aux services automobiles d'Issoire à Saint-Nectaire, Murols et Besse ou vice versa, qui continueront à fonctionner jusqu'au 25 septembre.

TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRIQUE ET DUODÉNAL

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

ET SES COMPLICATIONS ÉLOIGNÉES (1)

Par VICTOR PAUCHET.

Les sujets porteurs d'ulcus duodénal ou gastrique, qui ont subi la gastro-entéroscomie présentent souvent des résultats éloignés, rien moins que brillants; il n'en est pas de même de ceux qui ont subi des résections, mais nous ne parlerons ici que de la gastro-entérostomie.

Un ulcère gastrique ou un ulcère duodénal ressortissent à la thérapeutique médicale avant et après l'opération. Ils sont toujours médicaux et très souvent chirurgicaux. Il doit y avoir collaboration constante du médecin et du chirurgien, car leurs actions doivent être associées et se coordonner. Il résulte de mes observations que le traitement médical de l'ulcus donne toujours un résultat incomplet, il n'est que symptomatique dans la grande majorité des cas; il est rare que, avec lui seul, la cure radicale soit réalisée.

Une majorité de sujets gastro-entérostomisés guérissent de façon permanente ou se trouvent considérablement améliorés, sans recourir aux autres méthodes thérapeutiques de la chirurgie. Il y a un grand nombre d'améliorés qui pourraient être considérés comme guéris s'ils suivaient, ensuite, un traitement médical sérieux. Le chirurgien, dans l'intérêt de ses succès éloignés, doit dire aux malades qu'il est nécessaire de continuer à se soumettre à la surveillance du médecin après l'opération.

Il en est de l'opéré comme de nombre de malades chroniques; le rôle personnel, individuel, est considérable. Il est des malades disciplinés par habitude, qui acceptent de se plier à un régime et un genre de vie qui leur est nécessaire; il en est qui sont rebelles à tout soin. On pourrait d'ailleurs en dire autant des cardiaques, des diabétiques et des tuberculeux. Leur avenir dépend en grande partie de l'opérateur, mais aussi de leur discipline, de leur soumission constante, définitive, à l'observance du régime et d'une hygiène spéciale.

En dehors des causes diététiques et médicales des résultats nuls ou incomplets, étudions les raisons locales, chirurgicales des insuccès.

La bouche anastomique récente présente une surface qui reste ulcérée, quoique en voie de cicatrisation, pendant quinze jours au minimum. Il est probable que l'ulcère d'estomac et du duodénum est dû en grande partie à des embolies venant d'un foyer d'infection éloigné (bouche, dents, nez, appendice, vésicule, intestin); l'hyperacidité, l'hypersécrétion, le pylorospasme, les troubles de la motilité, apparaissent secondairement suivant les réactions du tempérament, de la dyscrasie, de la vagotonie du sujet.

Une telle situation ressortit au médecin plus qu'au chirurgien. Il est donc naturel que, même opéré, le sujet observe un régime sévère, se prive de fumer, absorbe des aliments sélectionnés, qu'il supprime et prévienne tous les plus petits foyers infectieux; qu'il organise, pour soi, un régime avec des alcalins et observe tous les détails de l'hygiène générale et intestinale. Voilà le moyen efficace d'obtenir un bon fonctionnement digestif et de prévenir des complications graves éloignées.

Un grand nombre d'insuccès chirurgicaux et médicaux *tiennent en effet à ce que le thérapeute ne se donne pas la peine de rééduquer le malade, de façon à lui faire perdre les mauvaises habitudes qui ont amené l'ulcus.*

En principe, il faut réséquer la zone gastrique ou duodénale qui supporte l'ulcère. Il ne faut pas se laisser entraîner à opérer un estomac *tant qu'on n'a pas constaté après radioscopie ou laparotomie une lésion visible et palpable.* Il faut, le ventre ouvert, explorer systématiquement après l'estomac, les organes voisins qui peuvent être malades (vésicule, appendice); très souvent, il faut enlever vésicule et appendice dont l'infection coïncide fréquemment avec l'ulcus. Il peut arriver même qu'une opération gastrique inutile a été faite antérieurement pour un ulcus fantôme et que le chirurgien qui a « commis » une gastro-entérostomie ne s'est pas donné la peine d'explorer ces différents organes. Le malade continue à souffrir; aussi le traitement chirurgical ultérieur consistera-t-il à défaire la gastro-entérostomie et à supprimer la cause réelle (appendice, vésicule, stase intestinale chronique).

Les complications immédiates qui suivent la gastro-jéjunostomie, telles que l'hémorragie, le cercle vicieux, etc., ne seront pas étudiées ici. Une technique parfaite évite des complications pareilles.

Quelles sont les autres causes des insuccès éloignés? — *a.* L'OPÉRATION A ÉTÉ EXÉCUTÉE EN L'ABSENCE D'UNE LÉSION INTRINSÈQUE DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM. — Dans ce groupe, rentrent les troubles gastriques réflexes qui surviennent chez les *névropathes*, les asthéniques; les troubles mal définis du système nerveux autonome; les vomissements nerveux; le pylorospasme; l'*achylie*, qui simulent l'ulcère duodénal; la *gastroptose* ou *relâchement gastrique*; les *cholécystites*; la *dyspepsie appendiculaire*; les crises gastriques du *tabes*; l'*anémie splénique*. Ces maladies, en effet, déterminent souvent des hématémèses, des mélæna; j'ajouterai à cette liste la *cirrhose hépatique*; la *tuberculose intestinale*; la *hernie épigastrique*; la *chute du rein droit*; la *stase intestinale chronique* avec ses coudures, ses adhérences et ses membranes.

Ces cas appelés « fonctionnels », cas où aucun ulcère n'est trouvé à la laparotomie, correspondent à plus des deux tiers des insuccès chirurgicaux. Ceci est prouvé par le fait que les frères Mayo (de Rochester) ont exécuté 300 gastrectomies en l'espace de dix ans, pour supprimer des gastro-entérostomies faites par d'autres chirurgiens antérieurement et qu'il ne se passe pas de mois sans que j'ai l'occasion de réparer également des tractus gastro-intestinaux modifiés par le chirurgien. Je peux ajouter l'exemple des névropathes vraiment porteurs de lésions gastriques qui ne présentent aucune amélioration, bien qu'opérés. Pourquoi? Parce qu'ils ont un estomac atone, ptosé, qui continue à mal se vider et à tirer sur le plexus solaire. Si on fait une gastro-entérostomie à un sujet qui présente une gastroptose, l'opération ne sert qu'à aggraver son cas; mais si on fait une gastro-entérostomie chez un ptosique atteint d'ulcus duodénal, il y a amélioration, mais il persiste encore des troubles dus à la ptose, même si l'ulcus duodénal est guéri.

b. DÉFAUT DE TECHNIQUE. — La bouche anastomo-

(1) Leçon faite d'hôpital Saint-Michel, février 1924.

tique peut avoir été faite trop large, trop petite, en mauvaise place, avec une trop longue anse jéjunale. Le jéjunum peut avoir été mal fixé à l'estomac, suivant une mauvaise direction, par exemple de gauche à droite. Il peut se produire une coudure, sur l'anse afférente du jéjunum, une torsion de l'anse afférente ; l'intestin grêle peut faire hernie dans l'arrière cavité épiploïque ; l'emploi de soie ou de fil est dangereux. Ces fautes variées provoquent des troubles nécessitant une seconde intervention qui devra être faite par un chirurgien plus habile.

c. Opération insuffisante, incomplète. — Un chirurgien opère pour une lésion gastrique, mais n'explore ni l'appendice, ni la vésicule qui sont malades concurremment. Fatalement, l'opération gastrique faite sans ablation de l'appendice ou de la vésicule malades, ne sera pas suivie de succès. Aussi, quelques chirurgiens ont-ils la précaution d'enlever toujours l'appendice. Enfin, quand on opère un ulcère duodénal, il faut, après gastro-entérostomie, le traiter directement, le détruire ou l'exciser, puis l'enfouir, sinon il peut très bien donner lieu à des hémorragies ultérieures.

Complications éloignées. — Les troubles dont le malade se plaignait avant l'opération peuvent reparaître soit immédiatement après l'opération, soit quelques années plus tard.

Les quatre principales complications sont :

a. L'ulcus jéjunal, b. *le réveil de l'ulcère primitif* qui avait été cicatrisé, c. la *transformation cancéreuse* de l'ulcère gastrique chronique, d. l'*apparition d'un nouvel ulcus* sur le duodénum ou l'estomac.

Plus rarement, les troubles peuvent être dûs à des adhérences péripyloriques dues à des manipulations opératoires. La bouche gastrique peut fonctionner mal. C'est dans des cas semblables qu'il est malaisé de déterminer le ou les facteurs qui causent les troubles.

Quand un malade vient consulter un chirurgien en se plaignant de l'opération antérieure, il faut que le praticien sache reconnaître l'état actuel et trouver l'origine des troubles. Pour cela, il faut qu'il sache :

— Quels étaient les symptômes accusés par le malade avant l'opération.

— Quels ont été les troubles présentés après l'opération.

— Quelles ont été les lésions constatées pendant l'opération.

— Si le chirurgien a vu ou non un ulcère.

— Si la gastro-entérostomie a été faite et par quel procédé elle a été exécutée.

— Si on a traité directement l'ulcus duodénal ou gastrique.

— Si on a fait une résection ou une cautérisation.

Tout incident survenu pendant l'opération ou les suites post-opératoires constitue un renseignement important. L'absence d'informations fournies par le médecin gêne beaucoup le diagnostic. Attention spéciale doit être apportée à l'hypersécrétion, à la motilité gastrique, à l'hyperacidité. Il faudra étudier le péristaltisme gastrique ; le repas baryté sous l'écran radiocopique donnera des renseignements de grande valeur. Les rayons X pourront renseigner sur le siège de l'ulcus primitif, sur l'existence d'un ulcus anastomotique.

A la clinique Mayo, des recherches ont été faites pour élucider cette question (*Mayo Clinic*, 1919), l'état post-opératoire de tous les malades porteurs d'un ulcère net a été relevé. Ils avaient tous subi un type uniforme de gastro-jéjunostomie, c'est-à-dire le procédé à anse courte. Le traitement direct de toute maladie abdominale coexistante avait été appliqué. Dans ces conditions, voici quelques conclusions générales qui ont été tirées par les collègues de Rochester :

Premier groupe d'opérés. — Aussitôt que les effets immédiats de l'opération sont passés, le patient éprouve un soulagement du côté des douleurs et des troubles qui l'accompagnaient à la suite de la prise de la nourriture. Il constate un accroissement de poids et de force. Ce retour de la fonction gastrique normale peut exister et durer sans aucun régime spécial.

Deuxième groupe d'opérés. — Ils peuvent jouir d'une période de calme ou bien de douleurs très modérées pendant six à douze mois après l'opération, puis sans raison, les troubles reprennent et durent constamment.

Troisième groupe d'opérés. — Une gastro-entérostomie est faite pour un ulcère duodénal non compliqué, avec hypersécrétion et péristaltisme exagéré ; on constate alors un retour immédiat des troubles originaux ; l'examen pré-opératoire fait défaut pour aider le chirurgien à débrouiller le processus.

Ces troubles prouvent que l'ulcère a récidivé. Un régime convenable, une thérapeutique alcaline, l'ablation des foyers d'infection supérieurs (nez, bouche, dents), la correction de mauvaises habitudes hygiéniques acquises à la suite de l'amélioration gastrique, amènent de nouveau un soulagement des troubles.

L'occlusion du pylore, son exclusion ou simplement l'enfouissement de l'ulcère, n'ont pas donné de résultats.

La névrose peut jouer un rôle, surtout si aucune lésion n'est constatée à l'opération.

Beaucoup de symptômes antérieurs à l'opération ne sont pas très nets ; ces symptômes sont aggravés par un système nerveux déséquilibré. Quelques opérés se présentent quelques années plus tard et une nouvelle opération montre un nouvel ulcère dans le duodénum ou l'estomac, ou même une transformation cancéreuse de l'ancien ulcère primitif. Voilà pourquoi il n'est pas bon de faire des gastro-entétomies pour ulcus gastrique et qu'il faut les enlever systématiquement.

L'ulcère gastro-jéjunal est le plus grave des complications de la gastro-entérostomie. Il se montre lentement, progressivement, mais peut, quoique rarement, cesser lentement ou d'une façon intermittente par le traitement médical. La ténacité des troubles doit faire penser à lui.

Quelques chirurgiens, pour éviter cette complication de la gastro-entérostomie vantent les avantages de la pyloroplastie. Et bien, les résultats éloignés de la pyloroplastie, chez les frères Mayo, n'ont pas été satisfaisants. Les résultats de la gastro-entérostomie sont meilleurs. Chez ceux que la pyloroplastie n'a pas améliorés, la gastro-entérostomie secondaire a apporté une guérison définitive. Nous arrivons aux mêmes conclusions sauf après l'opération de Finney qui est supérieure à la pyloroplastie et à la gastro-entérostomie.

La complication de l'ulcus jéjunal survient dans 2 p. 100 des cas à peu près. Il est possible que quelquefois certains guérissent spontanément après avoir été traités médicalement, j'en doute, et il ne faut pas y compter. En général, c'est la gastro-entérostomie postérieure qui a été faite. Il y a beaucoup plus d'hommes atteints de cette complication, 7 pour 1.

Quatre types doivent être décrits :

a. Les cas précédés de troubles post-opératoires.

b. Les cas qui s'accompagnent d'un syndrome d'ulcère atypique.

c. Les cas à type purement intestinal, avec symtômes de douleurs qu'on localise à la partie inférieure de l'abdomen, troubles associés avec de la diarrhée, du ballonnement ou de la constipation qui pourraient faire croire à de l'occlusion intestinale.

d. Les cas à *type gastrique*, c'est-à-dire avec stase stomacale, perforation, hémorragie, précédées de douleurs violentes, tout comme dans les cas d'ulcère primitif. L'hémorragie peut ou non se reproduire plusieurs fois.

Le soulagement amené par le repas et le traitement médical est moins net qu'au moment de la lésion primitive.

Si l'ulcère anastomotique est soupçonné, il faut savoir que, habituellement, il ne présente pas de cratère, mais forme simplement une érosion à fond légèrement épaissi ; il siège plutôt sur le segment distal de l'anastomose à l'opposé de la bouche et superficiellement. La base de l'ulcère est habituellement le méso-côlon transverse, plus rarement il pénètre dans le colon (fistule gastro-jéjuno-colique). Cet ulcère peut avoir également comme siége la paroi abdominale avec production d'un abcès souspariétal, il en résulte à l'exploration une masse facile à palper.

La *perforation* est une complication fréquente. Elle peut être la cause d'une douleur locale, violente, suivie de tuméfaction. La douleur, pendant les mouvements du corps, l'élévation des bras, est due aux adhérences qui unissent les viscères à la paroi abdominale. Pour localiser l'ulcère jugénal, il faut se rappeler que la douleur objective et subjective est généralement plus basse que la région de l'opération antérieure. La douleur siége du côté de l'ombilic, surtout à gauche. L'hémorragie s'observe dans 25 p. 100 des cas. On perçoit, parfois, une masse mobile et non douloureuse située dans la région de l'ombilic.

Quand un ulcère est *réactivé*, il arrive généralement que la *motilité* est troublée, l'hyperacidité accrue et qu'il existe des hémorragies occultes et visibles.

La radiologie joue un rôle important dans le diagnostic d'ulcère gastro-jéjunal ; la déformation du contour de la bouche apostomatique, le péristaltisme exagéré, la rétention de baryte en un point limité, la contracture spasmodique de l'estomac, sont des signes fréquents Dans 75 p. 100 des cas, les rayons X font faire le diagnostic.

En résumé, l'ulcère jéjunal est une grave complication de la gastro-entérostomie et survient dans 2 p. 100 des cas.

La proportion des hommes et des femmes est de 7 à 1.

La symptomatologie se rapproche de celle d'un ulcère banal.

La marche est progressive et, dans la majorité des cas, rappelle celle d'un ulcère gastrique pur ; les symptômes peuvent également être purement intestinaux ou gastriques, si on constate la stase stomacale, une perforation ou une hémorragie.

Les fistules du côlon sont assez rares.

La lésion est réfractaire au traitement médical.

Une masse palpable se reconnaît dans 12 p. 100 des cas et sa présence est d'une grande importance.

L'hémorragie survient dans 25 p. 200 des cas.

Les rayons X font faire le diagnostic dans 75 p. 100 des cas.

L'ulcère gastro-jéjunal est causé principalement par un incident survenu pendant l'acte opératoire. Dans 35 p. 100 des cas, il n'y a pas eu d'ulcère antérieur et l'intervention a été faite inutilement. Les causes secondaires sont l'emploi d'un matériel de sutures non résorbable, de foyers d'infection supérieurs (dents, bouche, nez), ou bien le fait d'un traumatisme, et enfin l'hyperchlorhydrie et la stase intestinale.

L'amélioration est obtenue par l'opération secondaire dans 75 p. 100 des cas.

Une technique impeccable, combinée avec un traitement médical post-opératoire intensif, préviendra probablement cette complication. Il faut, au moment de la première opération, supprimer les causes d'infection primitive (appendice, vésicule, pyorrhée), on réalise ainsi le traitement préventif de l'ulcère gastro-jéjunal. En résumé, pour éviter l'ulcus peptique, il faut, au moment de la gastro-jéjunotomie :

a. Supprimer les foyers d'infection du côté du nez, de la bouche, de la gorge, de l'appendice, de la vésicule, de la stase intestinale chronique.

b. Appliquer un régime très sévère après l'opération, aussi sévère que pour un ulcus non opéré.

c. Employer du catgut et non du fil.

d. L'absence de manœuvres, de traumatismes sur l'intestin.

e. Appliquer une bonne bouche faite de telle façon que l'estomac se vide admirablement.

f. En cas d'hyperacidité, réséquer suffisamment l'estomac pour provoquer l'hypochlorhydrie.

g. En cas d'ulcus en activité, traiter toujours directement l'ulcère soit par le Balfour (duodénum), soit par la résection (estomac).

KÉRATITE PARENCHYMATEUSE HÉRÉDOSYPHILITIQUE

ET

MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES (1)

Par le docteur A. CANGE,
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger,

et Renée ANTOINE,
Interne des hôpitaux d'Alger.

Ainsi que nous l'avons indiqué précédemment, on a voulu établir une distinction, non pas seulement clinique, mais encore pathogénique, entre la kératite parenchymateuse de la syphilis héréditaire et celle de la syphilis acquise. Ceci est tellement vrai, que de bons auteurs ont, dans leurs Traités, consacré à chacune d'elles un chapitre distinct. Eh bien, l'on peut se demander également si, dans le groupe imposant des kératites hérédosyphilitiques, il n'y a pas lieu d'envisager, à côté des *formes viru-*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 75, p. 1237.

lentes qui seraient causées par l'action directe du tréponème, des *formes dystrophiques* dans la genèse desquelles interviendraient, entre autres facteurs, les altérations des glandes endocrines dont le professeur Hutinel a montré la fragilité et la sensibilité à l'infection spécifique.

Certains arguments viennent plaider en faveur de cette conception pathogénique ; ce sont : 1° l'apparition possible de la kératite interstitielle au cours des altérations des glandes à sécrétion interne ; 2° la coexistence, chez des hérédosyphilitiques avérés, de la kératite interstitielle avec des troubles d'origine endocrinienne et, plus particulièrement encore, l'influence déterminante de la fonction génitale sur l'éclosion des accidents kératiques ; 3° la fréquence plus marquée de ces kératites à la période d'évolution pubérale et leur prédilection pour le sexe féminin ; 4° l'inefficacité souvent constatée du traitement spécifique auquel viendra sans doute s'ajouter un jour l'influence bienfaisante du traitement opothérapique ; 5° enfin, l'apparition de la kératite d'Hutchinson au cours des syphilis de seconde et de troisième génération.

1° Une première notion est aujourd'hui établie ; la kératite parenchymateuse peut, en dehors de toute spécificité, résulter d'altérations intéressant les glandes à sécrétion interne. Sur ce point, le laboratoire nous a déjà fourni quelques enseignements. C'est ainsi que Gley et Rochon-Duvigneaud, après extirpation de la thyroïde, Gley et Terson, après ablation du pancréas, ont pu provoquer des opacifications du parenchyme cornéen. On a bien objecté que les lésions expérimentales n'étaient pas tout à fait semblables à celles que l'on observe chez l'homme, et que le chien fabrique la kératite interstitielle avec une extrême facilité : le fait pourtant doit être retenu. Dans le domaine clinique, rappelons qu'au cours du myxœdème Treacher Collins a observé une kératite centrale et que, dans la maladie d'Addison, Uthoff a également décrit une forme particulière de kératite. Mentionnons aussi, que la thèse de Desvaux (1) nous a apporté quelques faits, malheureusement incomplets, de kératites parenchymateuses d'origine utérine ou gravidique. Par contre, une observation de Kœnig (2) est plus instructive : elle concerne une jeune femme de vingt-cinq ans, indemne de toute affection utérine, qui, pendant un an et demi, a présenté, à chaque époque menstruelle, des infiltrations de la cornée semblables à celles que l'on observe dans la kératite d'Hutchinson. La lésion oculaire survenait huit jours avant l'apparition des règles et disparaissait après leur cessation. Bouchart (3) a signalé également l'influence des glandes génitales sur la genèse et l'évolution de certaines kératites ; celles-ci, caractérisées surtout par une vascularisation et une infiltration interstitielle du stroma cornéen, ont été observées chez des jeunes filles de dix-neuf à vingt-six ans, présentant une tendance à l'obésité. Leur évolution plutôt longue (trois à six mois) s'accompagnait de douleurs, d'œdème de la face, de modifications de l'état général, de troubles du système nerveux. Enfin et surtout, leur éclosion coïncidait avec l'apparition et l'aggravation des troubles menstruels ; de même, l'amélioration de l'état général, et le rétablissement des fonctions génitales avaient toujours précédé la guérison des lésions oculaires. De plus, l'opothérapie ovarienne se montra efficace. Terrien, dans son intéressant travail (4), rappelle notamment que si l'influence directe de la sécrétion des glandes génitales ne peut être démontré ni expérimentalement, ni par les faits cliniques, leur action indirecte n'est cependant pas douteuse. Donc, relèveraient de cette étiologie, les névrites optiques par excès génésiques, certaines irido-choroïdites torpides de la ménopause, l'atrophie héréditaire de la papille (H. Lagrange), l'exophtalmie intermittente prémenstruelle uni ou bilatérale (Sergent, Morelli, Terrien), les hémorragies récidivantes des adolescents qui sont à rapprocher des métrorragies de la puberté, et « peut-être certains cas de kératite interstitielle fruste ».

(1) Desvaux. *Th. de Paris*, 1898.
(2) Kœnig. *Soc. franç. dophtalm.*, 1897.
(3) Bouchart. *Ibid.*, 1907.

2° Il existe, dans la littérature médicale, des observations où se retrouve la triade symptomatique suivante : des accidents endocriniens, une kératite parenchymateuse, des stigmates de syphilis héréditaire. Tout autorise, d'ailleurs, à penser qu'il y a, dans ces faits, plus qu'une simple coïncidence et qu'un même facteur pathogénique conditionne, enchaîne et explique les divers troubles constatés.

Dans un cas de Babonneix et Paisseau, un hérédospécifique de treize ans et demi montrait une kératite interstitielle, des malformations dentaires, de l'épaississement des tibias, des signes d'acromégalie avec cyanose, de la déficience intellectuelle et une précocité génitale « qu'il manifesta sans aucune délicatesse au personnel féminin du service ». Grand-Clément (2) a publié l'histoire d'une fillette de dix-sept ans, avec dents d'Hutchinson et voûte palatine ogivale, qui présenta des accidents myxœdémateux auxquels s'ajouta une kératite parenchymateuse bilatérale. Et l'auteur se demandait si, à l'instar des cornées, la thyroïde ne s'était pas laissée infiltrer, puis scléroser, sans douleur ni augmentation de volume. « Comme il est probable, écrivait-il, que les cornées ont subi ce processus sous l'influence d'imprégnation syphilitique congénitale, n'est-on pas autorisé à penser que la glande thyroïde s'est infiltrée et sclérosée sous la même influence ».

De ces faits, on peut rapprocher ceux dans lesquels des perturbations dans l'établissement ou le fonctionnement des glandes génitales ont déclenché, chez des hérédospécifiques, des lésions « diathésiques » du globe oculaire. A ce point de vue, des enseignements intéressants découlent des publications de Davidson (3), de Puech (4), de Mailland-Ramsay (5). de Dunn (6), ainsi que des thèses de Noblot (7) et de Roques (8). Bien entendu, nous ne retiendrons, de ces divers travaux, que ce qui est relatif à la kératite interstitielle.

Les deux cas rapportés par Davidson concernent deux jeunes filles de quinze et seize ans chez lesquelles des accidents aménorrhéiques furent suivis de kératite interstitielle et de surdité concomittante ; le traitement hydrargyrique, combiné à l'iridectomie

(1) Terrien. *Arch. dophtalm.*, 1922.
(2) Grandclément. *Ann. d'ocul.*, 1899, p. 274.
(3) Davidson. *Ann. d'ocul.*, 1871.
(4) Puech. *Arch. dophtalm.*, 1889.
(5) Maillaud Ramsay. *Brit. med. Journ.*, 1893.
(6) Dunn. *Arch. f. ophtalm.*, 1895.
(7) Noblot. *Th. de Bordeaux*, 1888.
(8) Roques. *Th. de Bordeaux*, 1902.

ultérieure, exerça sur la marche de l'affection une influence heureuse.

Deux observations de Puech méritent une succincte analyse :

Une fillette de quatorze ans et demi, née d'un père syphilitique et d'une mère contaminée par son mari, seule survivante d'une famille de six enfants, se trouve elle-même entachée de vérole héréditaire pour laquelle elle a du reste été traitée pendant les trois premiers mois de son existence. Sa santé reste satisfaisante jusqu'au moment précis où s'établit la menstruation. Alors, son état général se modifie; quelques phénomènes cérébraux se dessinent : insomnies, cauchemars, somnambulisme; en même temps, les deux cornées s'infiltrent. Un traitement d'un mois et demi amène la rétrocession des accidents oculaires, qui ne subsistent que sous l'aspect d'opacités répondant à la zone particulièrement infiltrée. Trois mois après les premières menstrues, celles-ci se montrent à nouveau, assez abondantes; au troisième jour des règles, qui ont duré cinq jours, les accidents oculaires se reproduisent et, en une semaine, acquièrent une extrême intensité : les deux cornées complètement envahies ne permettent pas d'apercevoir l'iris, mais certains signes révèlent la participation du tractus uvéal au processus morbide; trois mois plus tard, les cornées sont encore presque complètement opacifiées.

La seconde observation du même auteur, est plus éloquente encore que la précédente, le molimen cataménial ayant, à trois reprises successives, déclanché les mêmes accidents de kératite interstitielle.

Une jeune fille de seize ans, née à terme, présentant les dents d'Hutchinson et une incurvation typique d'un tibia, a cependant profité d'un état de santé assez satisfaisant. La mère accuse antérieurement trois fausses couches et un enfant mort-né; elle-même a été traitée par le sirop de Gibert. L'installation de la fonction menstruelle (en février 1887) s'est annoncée chez sa fille par des céphalées, des vertiges, des modifications du caractère, et enfin par de la somnolence alternant avec des périodes d'excitation cérébrale. Précédé par de violentes coliques utérines, le flux menstruel fait sa première apparition en même temps qu'éclatent les accidents oculaires. Pendant les trois jours que dure l'écoulement, l'infiltration des deux cornées ne fait que s'accroître au point de ne plus permettre l'examen de l'iris. Pourtant, après un mois d'un traitement général et local, qui n'est pas indiqué, l'affection a disparu, ne laissant que des traces légères. Neuf mois plus tard (novembre 1887) la malade voit, avec le retour de ses règles, réapparaître et les mêmes phénomènes généraux et une nouvelle poussée de kératite double, plus prononcée du côté droit. Enfin, sept mois plus tard (juin 1888) la malade est revue une troisième fois, avec une troisième poussée. Que s'est-il passé? « Toujours la même chose, répond la mère; depuis le mois de novembre les règles n'ont reparu que ces jours-ci et, comme les autres fois, ses yeux se sont pris. »

Le fait rapporté par Dunn peut être rapproché des précédents; il en diffère cependant en ce que l'apparition de la menstruation, chez une hérédo-spécifique avec dents d'Hutchinson et double kératite parenchymateuse, entraîna l'arrêt complet et définitif de la résorption des infiltrations cornéennes, alors que, contraste frappant, s'affirmait la guérison de la photophobie et des autres accidents inflammatoires.

Citons maintenant une observation de Trantas (1) relative, non plus à la menstruation, mais à la grossesse. Cet auteur fait tout d'abord remarquer qu'il est des cas, indéniablement spécifiques, dans lesquels, le traitement demeurant impuissant, l'affection prend une allure maligne « pour d'autres causes qui interviennent ».

(1) TRANTAS. *Bull. de la Soc. franç. dophtalm.*, 1913.

Une femme hérédo-syphilitique avait perdu complètement un œil à la suite d'une kératite parenchymateuse. L'évolution d'une grossesse paraissant avoir joué le rôle de facteur aggravant, Trantas conseilla d'éviter une fécondation ultérieure. Cependant, l'année suivante, la malade se présentait à lui, enceinte de nouveau, avec une poussée de kératite parenchymateuse atteignant le seul œil qui lui restait. Malgré un traitement « aussi précoce que sévère » cette kératite prit une allure si grave qu'il décida l'interruption du cours de la grossesse : « immédiatement, le caractère de la maladie a changé et la vision de cet œil a été sauvée ».

Davidson avait été frappé par cette constatation que « la plupart des cas de surdité unis à la kératite et aux dents incisives coniques » se rencontre, en général, dans les classes sociales de condition défectueuse, et que les exceptions portent sur des sujets entachés de syphilis, âgés de onze à seize ans, du sexe féminin et atteints de désordres utérins. « Cette circonstance (le sexe), ajoutait-il, jointe à celle d'âge spécial, mène naturellement à la question de savoir si le *développement des organes génitaux ne joue pas ici un rôle important* ».

Puech s'était borné à signaler ces coïncidences cliniques sans en rechercher la raison. « Des jeunes filles, écrivait-il, portant des tares héréditaires indéniables, échappent, jusqu'au moment critique de l'établissement des menstrues, à toute manifestation oculaire ; mais, pendant le travail qui précède ou au moment même de l'apparition des premiers écoulements, les phénomènes éclatent et, chose qui nous a paru digne de remarque, c'est sous une forme spéciale, *celle même due à leur diathèse*, que les manifestations nous apparaissaient. »

Les auteurs qui ont voulu aborder ce problème pathogénique ont été, d'ailleurs, assez mal inspirés.

Noblot, dans un long et confus exposé, s'est efforcé de démontrer que tous ces accidents oculaires sont la manifestation « d'une névrose réflexe du grand sympathique ». Roques a invoqué les deux hypothèses suivantes : *a*) Le réveil d'une diathèse favorisée par un affaiblissement de l'organisme à l'occasion de la menstruation, de la grossesse, de l'allaitement ou de la ménopause ; *b*) une auto-infection par des germes banaux venus des cavités utérine ou vaginale et à virulence exaltée par le flux mensuel ; « du côté des yeux, ils produisent entre autres lésions, la kératite interstitielle diffuse ».

Après ce que nous avons déjà fait valoir précédemment, et notre observation aidant, il est permis de se demander s'il ne s'agit pas de manifestation de syphilis indirecte, le spirochète ayant d'abord porté son action sur les glandes génitales.

Plus particulièrement, le corps jaune, cette formation mystérieuse encore, qui s'installe, après la rupture du follicule, dans la solution de continuité de l'ovisac et dont la destinée est étroitement liée à la fécondation, ne serait-il pas responsable de certaines formes de kératite manifestement associées aux troubles des fonctions génitales féminines ? Les travaux de Fraenkel, de Ancel et Willemin, de Mlle Niskoubina, lui ont accordé une part assez considérable dans les phénomènes de la menstruation et dans les modifications, beaucoup plus complexes que présente l'organisme femelle en gestation, pour qu'on soit en droit de compter avec les hormones qu'il déverse dans la circulation. Il est vrai qu'un courant nouveau, imprimé aux recherches contemporaines par les travaux de Regaud, Dubreuil et Schiklé, nie tout rapport chronologique entre l'apparition du corps jaune et celle

de la menstruation. Pour Schiklé, même, c'est dans « l'appareil folliculaire en évolution » (follicule en maturation ou follicule atrésique en prolifération técale) qu'il faut voir le facteur préparant et déterminant des règles. Il n'en reste pas moins que l'action des hormones du corps jaune sur l'évolution du tractus génital et de l'utérus en particulier, sur le développement des glandes mammaires et l'apparition de la sécrétion lactée, ne sont guère discutés actuellement que par une minorité de physiologistes. Armand Gautier, se fondant sur la richesse du sang menstruel en arsenic, attribue même au corps jaune la « fonction arsenicale », par analogie avec la fonction iodique du corps thyroïde, et ce fait expliquerait, d'après lui, la fréquence des dermatoses de la puberté. Dès lors, pourquoi refuser une étiologie analogue aux infiltrations cornéennes de certaines kératites de l'adolescence. Le professeur C. Audry, tout récemment encore, attirait l'attention sur « ces endocrinies syphilitiques nombreuses, importantes surtout pendant la période de développement. Mais cette même période de développement, il faut l'envisager comme comprenant non seulement la vie embryonnaire et fœtale, mais encore l'enfance et l'adolescence, c'est-àdire un âge relativement tardif ».

3° De fait, un nouvel argument nous est fourni par l'âge et par le sexe des malades.

La kératite interstitielle est parfois singulièrement précoce. Quelques observations nous ont même révélé son existence congénitale (Parinaud, Terrien, Ginestous); exceptionnellement aussi, elle apparaît à l'âge adulte : à trente-six ans (Marcus Gunn), à trente-sept ans (Pfister), à trente-huit ans (Græff, Jakoulewa), jusqu'à quarante ans (Santos Fernandez) et peut-être même, plus tard encore. Quoi qu'il en soit, la note dominante est que la kératite interstitielle constitue surtout une affection de l'enfance et de l'adolescence. Pour Hutchinson, sa période de floraison est comprise entre cinq et dix-huit ans; Nettleship donne des chiffres analogues (de six à quinze ans); Horner nous apprend également que 90 p. 100 des kératites d'Hutchinson s'observent entre cinq et seize ans.

Stephenson a publié la statistique suivante :

De 1 à 5 ans	6	cas
De 5 à 10 ans	38	—
De 10 à 15 ans	26	—
De 15 à 20 ans	14	—
De 20 à 25 ans	8	—
De 25 à 30 ans	2	—
Après 30 ans	3	—

Sur cette question d'âge, les statistiques se montrent donc concordantes. Mais, d'une analyse plus détaillée des chiffres, surgit une donnée nouvelle : Stahli, rassemblant les cas observés pendant trente années à la clinique universitaire de Zurich, a constaté que les kératites survenues entre cinq et seize ans n'étaient pas réparties régulièrement sur cet intervalle de onze années, et qu'elles présentaient deux maximum de fréquence : l'un de six à huit ans, et un autre au moment de la puberté, c'est-à-dire de onze à quatorze ans chez les filles, et de treize à seize ans chez les garçons. Or, ainsi que le fait remarquer Stahli, ces périodes de la vie sont précisément celles où le développement se montre particulièrement actif, et il se demande si cette étroite corrélation ne serait pas due à une intervention des glandes à sécrétion interne (de la thyroïde surtout) dont le développement anatomique et l'hyperactivité fonctionnelle coïncident justement avec les périodes de grande croissance.

Contrairement à l'affirmation du professeur A. Broca, la kératite parenchymateuse hérédosyphilitique affecte une prédilection marquée pour le sexe féminin (1). D'après Panas, il est atteint dans les deux tiers des cas. Stephenson donne une proportion de 60 p. 100. V. Hippel, Parinaud accusent des chiffres sensiblement identiques.

On sait, d'autre part, la fragilité spéciale de l'appareil endocrinien à l'âge de la puberté. C'est qu'en effet, comme le fait remarquer Hutinel, « à cette phase de l'existence, on n'assiste pas seulement à l'éveil d'une fonction, mais à une transformation de tout l'organisme, à une suractivité nutritive qui se traduit à la fois par un épanouissement de tout l'être et par une adaptation de l'organisme à une fonction nouvelle. » Et ces transformations, cet épanouissement, sont combien de fois plus compliqués, plus laborieux chez la fillette. L'hérédosyphilis trouve donc chez elle, à double titre, de puissants facteurs prédisposants ; dès lors, on peut être tenté d'établir une relation de cause à effet, entre la fréquence des endocrinides hérédospécifiques, et celle de la kératite interstitielle de la puberté.

4° Un grand nombre d'auteurs (Gayet, Abadie, Fuchs, Terson, Rollet, Morax, etc.) ont signalé la fréquente impuissance de la médication mercurielle dans le traitement de la kératite d'Hutchinson. Fromaget s'est montré, à cet égard, plus sévère encore et lui a reproché de ne posséder aucune vertu préventive, de ne pas juguler la maladie en évolution ni même d'en abréger la durée, et enfin de ne pas préserver le second œil chez des sujets, soumis depuis un certain temps déjà, à une mercurialisation intensive. Ces constatations sont d'autant plus surprenantes que la cure hydrargyrique réussit à merveille dans la kératite de la vérole acquise et met l'œil congénère à l'abri d'une atteinte ultérieure.

Quelques années plus tard (2), Fromaget a réédité pour le néosalvarsan les griefs qu'il avait formulés à l'encontre du mercure : lui aussi se montre sans effet dans la kératite hérédosyphilitique dont il ne prévient pas le développement, dont il n'arrête pas la marche cyclique, dont il ne raccourcit pas les étapes; lui non plus, n'empêche pas l'envahissement de l'œil du côté opposé, et cependant il possède une action prophylactique et curative dans la kératite de la syphilis acquise. L. Dor, résumant les travaux parus sur cette question, arrive également à cette conclusion que le salvarsan ne s'est pas montré, dans la kératite interstitielle, sensiblement supérieur au mercure, et que l'association des deux médicaments n'a pas à son actif de guérisons merveilleuses. Nous ajouterons encore que quelques essais personnels de bismuthothérapie, tentés dans notre service, ne nous ont pas davantage procuré de résultats décisifs.

Mais, pour quelles raisons la médication spéci-

(1) Il est juste, toutefois, de mentionner que cette prédilection pour le sexe féminin a été notée dans la kératite de la syphilis acquise. Sur 11 cas observés par Trousseau, on compte 8 femmes et 3 hommes. Cette statistique est trop restreinte et ses éléments sont peut-être discutables.

(2) FROMAGET. *Ann. d'ocul.*, 1910 et 1914.

fique, si active dans la kératite de la syphilis acquise, se montre-t-elle si souvent inopérante dans la kératite liée à l'infection héréditaire? Car, en fin de compte, dans les deux cas, la structure de la cornée est identique; l'agent thérapeutique reste le même; il accède au foyer pathologique par les mêmes moyens; il y séjourne pendant le même temps. « Il faut laisser de côté, écrit Fromaget, les explications basées sur l'absence de vaisseaux cornéens, la lenteur des échanges nutritifs, sur les formes avasculaires ou vasculaires des kératites. » Il se rangerait volontiers à l'opinion d'Igersheimer que le spirochète, enfoui dans la cornée depuis la la vie fœtale, se trouve dans des conditions biologiques anormales et que, dès lors, il se comporte d'une façon toute spéciale à l'égard des substances chimiques apportées à son contact. Pourtant, une autre hypothèse, qui sera peut-être la vérité de demain, consisterait à regarder ces lésions kératiques, obstinément rebelles aux agents spirillicides, comme une de ces manifestations indirectes de la syphilis résultant de l'action du spirochète sur les glandes à sécrétion interne (Ch. Audry). A l'impuissance démontrée du traitement spécifique, il faudrait évidemment la contre-épreuve décisive de la médication opothérapique. Quelques essais encourageants autorisent à penser que c'est dans ce sens que doit s'orienter la médication de l'avenir. H. Lagrange n'a-t-il pas récemment démontré que l'atrophie optique héréditaire, sur la pathogénie de laquelle on a si longtemps discuté, est justiciable « de l'opothérapie thyroïdienne qui semble constituer vis-à-vis d'elle un traitement de choix ». Dans un syndrome de Raynaud « exemple d'endocrinide syphilitique angioneurotique » survenu chez une femme dont le corps thyroïde était imperceptible et qui présentait, en outre, une aménorrhée définitive prématurée, Ch. Audry et Chatellier ont pu constater l'inutilité certaine et la nocivité très probable des arsénobenzènes, mais surtout l'efficacité des préparations thyroïdiennes et ovariennes associées.

5° Les enquêtes du professeur A. Fournier, la thèse et une communication d'Edmond Fournier, les rapports de Barthélémy, de Finger, de Jullien, de Tarnowsky, les travaux de Taylor, Marshall, Neisser et Schaudinn, etc., ont démontré l'existence d'une syphilis héréditaire de seconde génération. Caractérisée parfois par des accidents virulents, et cela en l'absence de toute réinfection de l'un des géniteurs (syphilis binaire de Tarnowsky), elle se traduit le plus souvent, dans les quatre cinquièmes des cas nous apprend E. Fournier, par des troubles dystrophiques en tout semblables à ceux de l'hérédité première. Or, et c'est là une particularité qui se trouve à peine mentionnée dans les traités didactiques et sur laquelle nous tenons à attirer l'attention, nous avons été frappés, au cours de nos lectures, de la fréquence de la kératite interstitielle chez des syphilitiques héréditaires de seconde souche, c'est-à-dire (car il importe de bien préciser) chez les descendants d'hérédo-spécifiques purs et non entachés, eux-mêmes, de syphilis acquise (1).

(1) Comme l'a dit Barthélemy, « il faut bien s'entendre sur les mots. Une syphilis est acquise; elle transmet, soit une seconde syphilis, soit des troubles dystrophiques... Mais, ce n'est là qu'une première génération; on n'a pas logiquement le droit de dire que c'est déjà une syphilis de seconde génération; ce n'est encore que la première; et les dystrophies qui peuvent résulter de la syphilis du grand-père dans la constitution du petit-fils sont seulement des accidents de seconde génération vraie. »

Nous nous bornerons à citer les cas de Gaucher et Glover, de Bloch et Antonelli, de Sonnenberg, de Filaretopoulo, de Morena, de Spillmann et Etienne, de Tardif. Résumons toutefois, pour en fournir un exemple typique, l'éloquente observation de Stremginski (1).

Elle concerne deux enfants, un garçon et une fille, dont le père hérédo-spécifique avait été atteint, à l'âge de seize ans, d'une kératite interstitielle d'origine manifestement lutéique pour laquelle il fut soumis au traitement mixte; d'ailleurs, l'examen ophtalmoscopique montrait encore, chez lui, l'existence d'une choroïdite aréolaire. Il était exempt de toute syphilis acquise. La femme, parfaitement saine, n'a eu que les deux enfants dont il va être question. La plus jeune, âgée de neuf ans, présentait un trouble considérable du vitré qui devait être manifestement amélioré par les frictions à l'onguent napolitain; l'examen du fond de l'œil montrait des lésions choroïdiennes rappelant l'aspect de la rétinite pigmentaire. Quant à l'aîné, un garçon de douze ans, il était atteint de lésions identiques à celles de son père, c'est-à-dire d'une kératite parenchymateuse qui guérit après un traitement spécifique prolongé pendant cinq mois, et aussi d'une choroïdite aréolaire qui nécessita encore, pour rétrocéder, cinquante-cinq frictions.

L'énumération, que nous venons de faire, de kératites interstitielles hérédo-syphilitiques de seconde et même de troisième génération (Igersheimer) montre déjà nettement qu'il ne s'agit pas d'une rareté clinique.

Il eût été intéressant, poussant plus loin l'analyse, de reprendre tous les cas de kératite interstitielle publiés jusqu'à ce jour, de fouiller dans leurs menus détails les observations « bien prises » afin d'y rechercher et d'y découvrir les petits signes d'une insuffisance uni ou pluriglandulaire. C'est un travail de patience et de longue haleine que nous n'avons pas voulu entreprendre. C'est, d'ailleurs et surtout, aux observations à venir, dont les investigations seront désormais orientées dans ce sens, qu'il appartiendra de nous renseigner sur l'existence, sur l'importance et sur l'influence des troubles endocriniens au cours de la kératite hérédo-syphilitique. Nous avons tenu simplement à rapporter et à commenter un cas de syphilis héréditaire tardive où se trouvaient réunis, dans une impressionnante association, une kératite d'Hutchinson et le syndrome décrit par Maranon sous le titre de « mains et chevilles hypogénitales ».

LIVRES NOUVEAUX

Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique (2), 2e fascicule. *Fosses nasales. Naso-pharynx. Cavités accessoires*, par E. J. Moure, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Membre correspondant de l'Académie de médecine, G. Tiébault, ancien interne des hôpitaux de Paris, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital-école Heine Foulk, et G. Canuyt, Chargé de cours et Directeur de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ce 2e fascicule de la technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique s'occupe des affections chirurgicales des fosses nasales, du naso-pharynx et des cavités accessoires.

Comme le premier volume qui traitait de l'*oreille et de ses annexes*, il est rédigé dans un but essentiellement pratique, donnant à propos de chaque intervention les indications et les

(1) Stremginski, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897, p. 702.
(2) In-8 (16×25,5) de 542 p. avec 324 fig. dans le texte. — Prix : 55 fr. — Paris, G. Doin.

contre-indications, indiquant l'instrumentation indispensable, précisant le plus possible la technique à employer, développant autant qu'il est nécessaire les soins post-opératoires et utiles en chirurgie spéciale, et enfin montrant les incidents et complications qui peuvent survenir.

Ainsi que les auteurs l'ont indiqué dans la préface du premier fascicule, ils ne décrivent en général à propos d'une intervention qu'*un seul procédé*, celui qu'ils ont l'habitude d'employer, celui qu'on voit appliquer d'une façon courante à l'école de Bordeaux, et que l'enseignement du professeur MOURE a précisé et mis au point depuis de nombreuses années.

L'iconographie a été particulièrement soignée, et les principales opérations sont schématisées sous une forme en quelque sorte cinématographique par de nombreux dessins et lavis exécutés par DUPRET avec la précision dont il est coutumier.

En somme, ce 2e fascicule de la technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique ne cède en rien au premier, il le complète, et il trouvera sans nul doute auprès du spécialiste et du chirurgien un accueil aussi favorable. L. G.

Causes, prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire. Maladie évitable et curable (1), par le docteur R. BRUNON, professeur de clinique médicale, directeur de l'École de médecine de Rouen, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Ce livre s'adresse aux médecins praticiens. Les études de biologie et les travaux de laboratoire sont au second plan de son programme. Il donne les observations et les résultats d'une longue expérience, et sa préoccupation principale est de documenter le clinicien.

L'auteur marque une tendance à revenir aux idées de l'Ecole clinique française par opposition aux idées théoriques allemandes qui ont séduit le monde médical depuis cinquante ans.

Le traitement est étudié avec soin sous toutes ses faces et les questions de régime alimentaire ont été particulièrement développées.

Pour l'étiologie comme pour la prophylaxie et le traitement, ce livre apporte une très riche documentation sans faire appel à une longue et fastidieuse bibliographie.

L. G.

(1) In-8 de 628 pages avec 28 figures dans le texte. — Prix : 35 fr. ; franco France, 37 fr. — Paris, G. Doin.

La Chirurgie à la campagne (1), par le docteur P. PICQUET (de Sens), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Tous les chirurgiens de campagne n'ont pas sous la main une clinique bien outillée. Il leur faut souvent se débrouiller dans les conditions les plus difficiles et les plus rebutantes. Nous nous souvenons d'avoir assisté autrefois à des interventions abdominales pratiquées dans des granges. Pendant l'opération une poule, changeant de perchoir, passait en volant au-dessus du champ opératoire... et le malade guérissait tout de même.

Ce sont des souvenirs déjà lointains. Aujourd'hui les chirurgiens de province sont habitués à organiser des installations de fortune quand ils sont obligés d'opérer à domicile.

Ces installations sont d'une ingéniosité parfaite et extrêment pratiques. Le livre du docteur Picquet donne à cet égard les indications les plus précises. Le matériel qu'il emploie est parfaitement pratique, et même par ces temps de vie chère doit être assez facilement réalisable.

On en lira la description avec intérêt. L. G.

(1) Une brochure in-8 avec figures. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR PAR ARTÉRITE

La gangrène est un processus morbide caractérisé par la mortification des tissus et leur putréfaction.

La *mortification des tissus* relève d'une oblitération artérielle, due suivant les cas à une embolie, à un spasme, à la diminution du calibre du tronc artériel lui-même et de ses collatérales.

La *putréfaction* relève de l'infection, venue, en général, de l'extérieur. Son existence distingue la gangrène de la nécrobiose.

ÉTIOLOGIE. — 1° **Altération de la paroi artérielle : artérite oblitérante.** — *Infectieuse.* — Aiguë (rare) : typhoïde, typhus exanthématique, grippe, pneumonie ; ou surtout lente : syphilis acquise ou héréditaire : facteur capital, souvent à l'origine des artérites des sujets jeunes, paludisme.

Toxique. — Plomb, tabac, alcool.

Athérome artériel. — Cause la plus fréquente ; le plus souvent généralisé : artérioscléreux âgés de cinquante, soixante ans et plus, hypertendus, souvent rénaux, dont le cœur et l'aorte sont plus ou moins altérés ; parfois limité aux membres inférieurs. L'athérome rétrécit le calibre, altère l'endothélium, produit la thrombose.

2° **Infection.** — Variable suivant les cas ; minime, avec circulation de retour conservée : gangrène sèche ; intense, avec oblitération des veines ; gangrène humide.

3° **Terrain.** — Diabète : les tissus imbibés de glucose constituent un milieu de culture idéal ; on peut considérer la gangrène diabétique comme une gangrène par artérite chez les diabétiques.

4° **Lésions nerveuses.** — Les lésions du système nerveux sont d'une grande importance, en raison de son rôle trophique, de son influence sur le tonus musculaire, et enfin de son rôle vasomoteur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **I. Lésions artérielles.** — *a.* ARTÉRITE AIGUË. — Inflammation de la paroi artérielle, résultat d'une infection apportée soit par le sang, soit par les vasa vasorum. Aboutit plus ou moins rapidement à la constitution d'une thrombose qui oblitère le vaisseau.

b. ARTÉRITE CHRONIQUE. — Au début, destruction des fibres élastiques et musculaires de la tunique moyenne que remplace un tissu conjonctif cicatriciel. Dans ce tissu se constituent peu à peu des placards athéromateux incrustés de sels calcaires, Le vaisseau perd sa souplesse, sa lumière diminue et reste béante, invariable.

L'endothélium s'altère, d'où thrombose, constitution d'un caillot qui s'étend plus ou moins rapidement vers le bout périphérique.

L'apparition de la gangrène dépend alors de la rapidité d'installation de la *circulation collatérale*, et de la valeur de celle-ci : c'est là un facteur capital.

L'artérite agit donc par deux processus :

a. En diminuant le calibre du vaisseau, jusqu'à l'effacement par épaississement des parois.

b. En obstruant le vaisseau par thrombose.

Ces deux processus se combinent le plus souvent.

II. **Gangrène.** — *A.* GANGRÈNE SÈCHE. — Evolue en trois stades : mortification, élimination, réparation.

a. Mortification : Tache brune ou lie de vins ; ou phlyctène à contenu roussâtre. Constitution d'une plaque dure, entourée d'une zone d'œdème.

b. Elimination : Au bout de quelques jours se creuse un sillon séparant le mort du vif, présentant du côté sain des bourgeons charnus, taillé à pic du côté malade. Après un délai variable, chute de l'escarre.

c. Réparation : Toujours extrêmement lente.

Macroscopiquement : Tissus durs, sonores, de coloration de plus en plus foncée : véritable momification avec conservation de la forme primitive.

Microscopiquement : Conservation des éléments anatomiques qui gardent leur forme et sont reconnaissables ; disparition des noyaux cellulaires par désagrégation en fragments irréguliers, si mort rapide ; fonte progressive de substance nucléochromatique, par chromatolyse, si mort lente.

B. GANGRÈNE HUMIDE. — Non plus dessiccation, mais infiltration œdémateuse.

Macroscopiquement : Segment de membre tuméfié, mou, spongieux ; muscles rouges violacés (pulpe splénique) ; sanie brune ou roussâtre.

Microscopiquement : éléments anatomiques dissociés, méconnaissables. Cellules graisseuses d'abord détruites, puis albuminoïdes et hydrates de carbone (ferments lipolytique, glycolytique, protéolytique).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *a.* **Oblitération vasculaire.** — 1° Rétrécissement graduel.

2° Formation de caillots : Thrombose oblitérant le tronc principal et les voies anastomotiques normales, émettant de petits embolies qui obstruent les artérioles. La gangrène n'apparaît que si tout un territoire artériel est atteint d'artériosclérose diffuse, ou oblitéré par des embolies multiples : l'oblitération d'un seul tronc ne suffit pas (expérience de Cruveilhier).

b. **Gangrène.** — La gangrène est sèche ou humide suivant l'état des voies de retour :

GANGRÈNE SÈCHE. — Afflux du sang artériel supprimé ; veines perméables : d'où dessiccation progressive. Kussmaul a montré que l'iodure de potassium injecté dans une zone atteinte de gangrène sèche se retrouve dans les urines.

GANGRÈNE HUMIDE. — Les veines sont oblitérées : les phénomènes de résorption sont diminués ou supprimés ; pas de dessiccation, mais infiltration œdémateuse.

SYMPTOMES. — **Type de description : Endartérite oblitérante athéromateuse des sujets âgés.** — Evolue schématiquement en trois phases :

a. Claudication intermittente et troubles de la sensibilité.
b. Douleurs continues.
c. Gangrène sèche (gangrène sénile).

I. PHASE DE CLAUDICATION INTERMITTENTE (OU PRÉOBLITÉRANTE). — *A. Signes fonctionnels.* — Début à l'occasion d'une course ou d'une marche un peu longue, par temps froid et humide. Douleur siégeant, en général, dans le mollet, pouvant irradier vers le pied ; parfois débute au niveau du pied pour se propager vers la jambe. Presque toujours unilatérale, même lorsque les lésions sont bilatérales, comme c'est le cas le plus fréquent. Caractères variables : parfois simple sensation de lassitude douloureuse, la douleur peut devenir si intense qu'elle amène une impotence absolue. Durée courte : la crise passée, il existe un certain degré d'endolorissement des masses musculaires du mollet, et une diminution de la force du membre.

Sensibilité au froid ; cryesthésie très pénible, persistant même en été. Brûlures plantaires. Paresthésies de divers ordres.

Ces signes fonctionnels évoluent par *crises* ; celles-ci se reproduisent d'autant plus vite que la marche est plus hâtive, la température extérieure plus basse, le malade plus nerveux.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Psychanalyse et les névroses, par les docteurs R. LAFORGUE, ancien assistant de la clinique psychiatrique à la Faculté de médecine, et R. ALLENDY, médecin des dispensaires d'hygiène sociale de la Préfecture de la Seine. Préface de M. le professeur CLAUDE, médecin des hôpitaux et des asiles, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8. — Prix : 15 fr. — Paris, Payot, 106, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la guerre. — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins principaux de 1re classe Collinct et Chevassu-Perigny.

M. le médecin principal de 2e classe Gilles.

M. le pharmacien principal de 1re classe Allain.

Ministère de l'Intérieur. (Promotion des maires.) — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Amiaud (de Saint-Cybardeaux), Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn), Gauzère (de Tartas), Larcher (de Comps-la-Granville), Masson (de Tullins), Merly (de Proissans), Naurcils (de Boylongue), Poupon (d'Aunay-sous-Auneau) et Roussel (de Romescamps). (*J. O.*, 24 sept. 1924.)

Guerre. — Sont promus dans le service de santé militaire :

(Armée active.) — *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — MM. les médecins principaux de 2e classe de réserve Millière et Thérault.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin-major de 1re classe de réserve Ducurtil.

— Sont promus dans le service des troupes coloniales :

(Réserve.) — *Au grade de médecin de 1re classe.* — M. le médecin principal de 2e classe Ilbert.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin-major de 1re classe Lefèvre.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe. — M. le phaamacien-major de 1re classe Dureigne. (*J. O.*, 24 sept. 1924.)

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Lacassagne (de Lyon) et de M. Joseph Marloy, ancien médecin des colonies, décédé à Sanary.

Faculté de médecine de Paris. — *Année scolaire 1924-1925.* — **Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.** — Enseignement clinique. — Cliniques médicales générales : MM. les professeurs Gilbert, Hôtel-Dieu; Chauffard, hôpital Saint-Antoine; F. Widal, hôpital Cochin; Achard, hôpital Beaujon.

Cliniques chirurgicales générales : MM. les professeurs Delbet, hôpital Cochin; Hartmann, Hôtel-Dieu; Lejars, hôpital Saint-Antoine; Gosset, hôpital de la Salpêtrière.

Cliniques obstétricales : MM. les professeurs Brindeau, clinique Tarnier; Couvelaire, clinique Baudelocque.

Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes) : M. le professeur Jeannin, maternité de l'hôpital de la Pitié.

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat) : M. le professeur Vaquez, hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. le professeur Claude, asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants : M. le professeur Nobécourt, hôpital des Enfants-Malades.

Hygiène et clinique de la première enfance : M. le professeur Marfan, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le professeur Jeanselme, hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux : M. le professeur Guillain, Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique : M. le professeur de Lapersonne, Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies des voies urinaires : M. le professeur Legueu, hôpital Necker.

Clinique des maladies contagieuses : M. le professeur Teissier, hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur J.-L. Faure, hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur Aug. Broca, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. le professeur Sebileau, hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale : M. le professeur P. Duval, hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique : M. le professeur Sergent, hôpital de la Charité.

Des affiches spéciales indiqueront pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. — *Semestre d'hiver.* — Anatomie : 1re et 2e années, M. le professeur Nicolas, MM. les professeurs agrégés Rouvière et Hovelacque.

Anatomie pathologique : 4e année, M. le professeur Letulle.

Bactériologie : 3e année, M. le professeur Bezançon.

Chimie pathologique : 4e année, M. le professeur agrégé Blanchetière et M. le professeur Desgrez.

Embryologie : 2e année, M. le professeur agrégé Champy.

Médecine légale : 5e année, M. le professeur Balthazard et M. le professeur agrégé Duvoir.

Obstétrique : 3e année, M. le professeur agrégé Vaudescal.

Parasitologie : 3e année, M. le professeur Brumpt.

Histoire de la médecine : M. le professeur Ménétrier.

Pathologie expérimentale et comparée : 3e année, M. le professeur Roger.

Pathologie générale : 1re et 4e années, M. le professeur Marcel Labbé.

Pathologie interne : 3e et 4e années, MM. les professeurs agrégés Ribierre et Baudouin.

Pathologie externe : 3e et 4e années, MM. les professeurs agrégés Mathieu et Mondor.

Pharmacologie : 4e année, M. le professeur Richaud.

Thérapeutique : 5e année, M. le professeur Carnot et M. le professeur agrégé Harvier.

Stomatologie : 5e année, M. Frey, chargé de cours.

Semestre d'été. — Anatomie topographique et médecine opératoire : 3e année, M. le professeur Cunéo.

Chimie biologique et pathologique : 2e année, M. le professeur Desgrez.

Histoire de la médecine : M. le professeur Ménétrier.

Histologie : 1re et 2e années, M. le professeur Prenant et M. le professeur agrégé Verne.

Hygiène : 5e année, M. le professeur L. Bernard.

Obstétrique : 3e année, M. le professeur agrégé Lévy-Solal.

Pathologie externe : 3e et 4e années, M. le professeur Lecène et M. le professeur agrégé Cadenat.

Parasitologie : 3e année, M. le professeur agrégé Joyeux.

Pathologie expérimentale et comparée : 3e année, M. le professeur agrégé Garnier.

Pathologie interne : 3e et 4e années, M. le professeur Sicard et M. le professeur agrégé Clerc.

Pharmacologie et matière médicale : 4e année, M. le professeur agrégé Tiffeneau.

Physiologie : 1re et 2e années, M. le professeur Richet et M. le professeur agrégé Richet fils.

Physique : 2e année, M. le professeur André Broca.

Education physique : M. le chargé de cours Chailley-Bert.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES. — *Semestre d'hiver.* — 1re année : Dissection.

2e année : Dissection.

3e année (N. R.) : Bactériologie. Pathologie expérimentale. Parasitologie.

3e année (A. R.) : Anatomie pathologique. Parasitologie. Chimie pathologique.

4e année (N. R.) : Anatomie pathologique. Chimie pathologique.

Semestre d'été. — 1re année : Histologie, physiologie.

2e année : Histologie, physiologie, physique et chimie biologiques.

3e année : Médecine opératoire. Manœuvres obstétricales.

4e année : Pharmacologie et matière médicale.

5e année : Hygiène, médecine légale, stomatologie.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 13 h. à 18 h. et de 19 h. 1/2 à 22 h. 1/2.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE du 3 octobre au 4 novembre 1924, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de : MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Sézary, médecin des hôpitaux; Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; Touraine, médecin des hôpitaux; Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; P. Chevallier, ancien chef de clinique à la Faculté; Burnier, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis; Schulmann, Hufnagel, chefs de clinique adjoints; Marcel Bloch, chef de laboratoire à la Faculté; Giraudeau, chef du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie; G. Lévy, Civatte, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Noiré, chef de laboratoire adjoint à l'hôpital Saint-Louis; Flurin, ancien interne des hôpitaux; Bizard, médecin de Saint-Lazare, attaché au service de finsenthérapie; Richard, assistant à l'Institut du radium.

Le cours aura lieu du vendredi 3 octobre au mardi 4 novembre 1924, tous les jours excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la policlinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique (examens bactériologiques, biopsies, culture des mycoses et des teignes, etc., radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique, scarifications, frotte, etc.)

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier, chef de clinique (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LES HÉMIPLÉGIES ALTERNES

LEUR DIAGNOSTIC CLINIQUE (1)

Par M. Charle TOINON,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Diagnostic différentiel. — Les hémiplégies alternes sont dues, par définition même, à une lésion unique. Nous éliminerons donc toutes les paralysies des membres et de certains nerfs craniens réalisant un syndrome alterne mais dues à des lésions multiples. Dans ce cadre rentrent les lésions suivantes :

1. *Les hémiplégies alternes par double ou multiples lésions* pédonculaires, protubérantielles ou bulbaires.
2. *Les paralysies de nerfs craniens survenant chez des hémiplégiques par lésion corticale ou capsulaire, du côté opposé à l'hémiplégie.*

Tous les cas précédents constituent de pseudo-paralysies alternes.

Pseudo-paralysies alternes de type pédonculaire. — On pourrait citer un grand nombre de fausses hémiplégies alternes ainsi réalisées. Nous nous contenterons de mentionner les deux observations suivantes :

Dans un cas de Rendu, une paralysie du moteur oculaire commun d'un côté, due à la compression par des exsudats, était associée à une paralysie des membres de l'autre côté, par foyer de ramollissement cérébral.

Dans un cas de Perroud, une hémiplégie d'un côté, par encéphalomalacie, était associée à une paralysie oculaire de l'autre côté, par tubercule de l'orbite.

Pseudo-paralysies alternes de type protubérantiel. — Le syndrome de Millard-Gübler peut se présenter en dehors de toute lésion protubérantielle. Soit par exemple l'association suivante : hémiplégie d'origine cérébrale et paralysie faciale périphérique du côté opposé, de cause banale.

Le syndrome de Millard-Gübler peut aussi être réalisé par des *lésions bilatérales extraprotubérantielles.*

C'est ainsi que dans un cas de Joffroy, le malade présentait une paralysie du facial inférieur d'un côté et une hémiplégie flasque de l'autre. A l'autopsie, on découvrit deux tubercules, un dans chaque hémisphère.

Dans une observation de Bosanquet, un foyer de ramollissement cérébral d'un côté était associé à des tumeurs carcinomateuses secondaires de l'autre.

Un malade de Scherb présentait une hémiplégie cérébrale d'un côté et des lésions scléro-gommeuses basilaires comprimant facial et trijumeau de l'autre côté.

Ces diverses observations sont assez rares. Cependant il faut toujours avoir présente à l'esprit leur possibilité, en vue d'un diagnostic différentiel parfois fort délicat.

Pseudo-paralysies alternes de type bulbaire. — Il faudra éliminer divers types de paralysies associées des nerfs craniens par lésion localisée basilaire. Dans ce cas, les *syndromes rétroparotidiens* d'Avellis, Schmidt, Jackson, et d'autres plus compliqués encore (Tapia, Sicard et Collet, Vernet, Villaret) peuvent être réalisés, mais il n'y a pas de troubles pyramidaux associés.

Le diagnostic du *syndrome oculo-sympathique de Claude Bernard-Horner* est aussi à discuter. Il faudra toujours penser à la lésion directe possible du centre cilio-spinal par compression médullaire au niveau du premier segment dorsal (D_1). Mais dans ce cas on constate des symptômes de compression de la moelle cervicale inférieure.

Nombreuses, on le voit, sont les causes qui peuvent réaliser de fausses hémiplégies alternes. Il ne faudra pas non plus oublier la « grande simulatrice ».

Le *syndrome de Weber* peut être reproduit en effet par l'*hystérie.* Les observations de Charcot, Stigier, Géraud et Remlinger, Bichelonne et Boucarut, Pouchowsky, en font foi. Un certain nombre de signes aident à dépister l'origine non organique du syndrome réalisé. La paralysie des muscles de l'œil est le résultat d'un spasme qui s'exagère quand le malade essaie de mobiliser sa paupière ou son globe oculaire. De plus, l'abaissement du sourcil dans le blépharospasme ne disparaît pas quand on fait froncer le sourcil. Enfin la paralysie des membres présente les caractères classiques de l'hémiplégie d'origine hystérique sur lesquels Babinski a insisté (*Gaz. des hôpit.*, 5 et 8 mai 1900).

Le *syndrome de Millard-Gübler* peut lui aussi être simulé par l'*hystérie.* Certains cas, très rares d'ailleurs, en ont été rapportés (Souques, Tournant, Crocq fils et Marlow, Anfimow). Ce qui est plus fréquent, c'est que l'hystérie simule le syndrome de Millard-Gübler en déterminant de la contracture faciale du côté hémiplégié, et non pas de la paralysie faciale du côté opposé (cas de Debove, Rendu, Gouraud).

Nous venons de passer en revue certaines causes d'erreur à éviter. Dans la plupart des cas que nous venons de signaler, c'est *par l'histoire et l'évolution de la maladie* qu'on sera mis sur la voie du diagnostic : notamment pour les pseudo-paralysies alternes par lésions multiples, c'est l'*apparition successive et non simultanée* des paralysies de l'un et de l'autre côté qui bien souvent conduira au diagnostic.

Dans les cas d'hémiplégies alternes typiques (syndromes de Weber, Millard-Gübler), le diagnostic s'impose presque, et n'a, pour ainsi dire, pas à être discuté.

Mais il est des cas de syndromes plus complexes où le diagnostic différentiel des divers signes constatés est indispensable. C'est ainsi que les troubles moteurs, cérébelleux et les paralysies de divers nerfs craniens peuvent prêter à confusion.

Diagnostic des troubles de la motricité volontaire. — Il faut avant tout reconnaître l'origine pédonculaire, protubérantielle ou bulbaire de l'hémiplégie constatée, c'est-à-dire la différencier des hémiplégies corticales ou capsulaires.

En faveur de l'*hémiplégie corticale*, on peut invoquer les signes suivants : Comme l'a bien montré Déjerine, ce sont surtout les muscles des extrémités qui sont frappés.

L'hémiplégie est fréquemment associée à une hémi-anesthésie partielle, fugace. Si la lésion siège à gauche, le malade présente de l'aphasie motrice. Les troubles intellectuels sont fréquents. Parfois il

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 76, p. 1253.

y a des accidents d'épilepsie bravais-jacksonnienne. Enfin, il faut se souvenir des lois de Landouzy et Grasset : « en cas de paralysie flasque, il y a déviation conjuguée de la face et des yeux vers le côté de la lésion, en cas de paralysie avec contracture ; il y a déviation du côté opposé ». C'est absolument l'inverse en cas de lésion protubérantielle.

En faveur de l'*hémiplégie capsulaire*, il faut mentionner : le début brusque, l'hémiplégie totale et complète, la fréquence de l'hémichorée et de l'hémiathétose par atteinte du corps strié, les contractures souvent très accentuées, enfin l'absence de troubles intellectuels, d'aphasie et de phénomènes convulsifs (sauf s'il y a inondation ventriculaire).

DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA SÉRIE CÉRÉBELLEUSE. — L'atteinte des voies cérébelleuses est fréquente, nous l'avons vu. La lésion du pédoncule supérieur n'est pas rare au niveau du pédoncule. Elle détermine une *hémiplégie cérébelleuse*, bien étudiée par Pierre Marie et Ch. Foix et à laquelle Thiers a consacré sa thèse en 1917. Quand elle est associée à l'hémiplégie proprement dite, on a un *syndrome cérébello-pyramidal homolatéral*, caractérisé par l'association de phénomènes cérébelleux et pyramidaux du même côté.

Quand les voies cérébelleuses des pédoncules cérébelleux moyen ou supérieur sont touchées au niveau de la protubérance en même temps que la voie pyramidale, on a un *syndrome cérébello-pyramidal croisé*, les signes cérébelleux étant directs et les signes pyramidaux croisés.

Les hémiplégies cérébelleuses, en définitive, sont des hémisyndromes tantôt purs, tantôt associés à des troubles pyramidaux : du côté opposé à ces derniers quand la lésion siège au-dessous de la décussation des fibres thalamo-cérébelleuses (commissure de Wernekink) ; du même côté quand la lésion siège au-dessus.

Ces diverses hémiplégies, même dans leur type alterne, ne présentent pas de paralysies oculaires associées : il est donc facile de les éliminer car elles ne répondent pas à la définition donnée au début de cette étude.

Mais le problème n'est pas toujours aussi simple. Dans leur article sur le « Syndrome de l'artère cérébrale postérieure » (voir plus haut), Ch. Foix et A. Masson étudient, parmi les syndromes partiels antérieurs de cette artère, le *type pédonculaire de l'hémiplégie cérébelleuse*. « Le type le plus habituel, disent-ils, comporte un syndrome cérébello-pyramidal homolatéral où les phénomènes cérébelleux prédominent associés à une paralysie dissociée du moteur oculaire commun. En pareil cas, les phénomènes cérébelleux occupent le premier plan, constituant l'une des variétés les plus fréquentes de l'hémiplégie cérébelleuse ; la paralysie du moteur oculaire commun porte le plus souvent sur le droit interne ; il existe de la dysarthrie, parfois une hémihypoesthésie du type syringomyélique. La lésion habituelle (Foix et Bouttier) frappe surtout le pédoncule cérébelleux supérieur, quelque peu la IIIe paire, en général le pied de façon très partielle, assez souvent le ruban de Reil par extension de la lésion du pédoncule cérébelleux supérieur. »

La symptomatologie n'est pas extrêmement modifiée quand la lésion frappe soit le pédoncule cérébelleux supérieur proprement dit ou noyau blanc de Stilling, soit le pédoncule cérébelleux supérieur et le noyau rouge qui lui fait suite.

On a alors, le *syndrome du noyau rouge de Claude*, bien étudié par Claude, en février et juin 1912, et confirmé par un travail ultérieur de Moniz (de Lisbonne) en avril 1915.

Ce syndrome est causé par un ramollissement du noyau rouge, de la IIIe paire, et du pédoncule cérébelleux supérieur.

Il consiste essentiellement en :

1. *Paralysie de la IIIe paire, avec atteinte possible de la IVe, du côté de la lésion.*

2. *Hémiasynergie et hémiataxie des membres du côté opposé*, avec dysmétrie et troubles de l'équilibre dans la station debout ou la marche, mais *sans paralysie motrice ou sensitive des membres* (pas de modification de la force musculaire ni des réflexes ni de la sensibilité).

Ce syndrome est en quelque sorte un syndrome de Weber où l'hémiplégie pyramidale est remplacée par une hémiplégie cérébelleuse. Une observation récente de Marinesco mentionne l'existence de mouvements choréo-athétosiques chez des malades atteints de ce syndrome. Dans ces derniers temps, de nouveaux cas de syndrome du noyau rouge ont été présentés à la Société de neurologie par Lévi-Valensi, Faure-Beaulieu, Cl. Vincent, et d'autres encore.

Quoi qu'il en soit, motricité volontaire et sensibilité sont intactes, il s'agit de troubles de la série cérébelleuse uniquement.

Le syndrome du noyau rouge de Claude (syndrome inférieur du noyau rouge, d'après Foix et Masson) est donc un syndrome alterne, mais non une hémiplégie alterne. Il faut donc l'éliminer. Il n'en est pas de même du type pédonculaire de l'hémiplégie cérébelleuse, vu plus haut, où certains troubles pyramidaux peuvent être associés au syndrome.

DIAGNOSTIC DES PARALYSIES DE NERFS CRANIENS. — Les paralysies oculaires et faciales sont les plus importantes.

Paralysies oculaires. — Il faudra d'abord déterminer à quelle variété d'ophtalmoplégie on a affaire :

Paralysies isolées, de la musculature externe ou interne.

Paralysies multiples.

Paralysies associées ou de fonction, par atteinte de groupes musculaires synergiques imprimant aux deux yeux une même direction (paralysie des mouvements de latéralité, paralysie des mouvements verticaux d'élévation ou d'abaissement, paralysie de la convergence).

On éliminera diverses affections oculaires qui peuvent simuler une ophtalmoplégie. Ce sont surtout :

1. *Le blépharospasme hystérique de la paupière supérieure.* — Il simule le ptosis. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, il est le résultat d'un spasme qui s'exagère quand le malade essaie de mobiliser sa paupière ou son globe oculaire.

De plus, l'abaissement du sourcil ne disparaît pas quand on prie le malade de froncer le sourcil. On constate des secousses fibrillaires de la paupière supérieure.

Enfin, le malade présente des stigmates d'hystérie, auxquels on ne croit d'ailleurs plus beaucoup à l'heure actuelle.

2. *Le strabisme des amblyopes.* — En cas de taies de la cornée, cataracte, lésions du milieu ou du fond

de l'œil. Mais il n'y a pas de diplopie et la motilité est normale.

3. *Le strabisme qui accompagne les troubles de la réfraction.* — Chez les myopes, les hypermétropes, les astigmates.

Il s'agit d'une affection congénitale, sans diplopie et avec conservation de la force musculaire.

4. *Le strabisme et la réduction de la motilité par lésions locales.* — Un examen oculaire révélera, par exemple, un symblépharion ou des brides conjonctivales.

Ces diverses causes d'erreur étant éliminées, il faudra encore écarter toutes les ophtalmoplégies dont la cause ne siège pas dans les régions pédonculaire, protubérantielle ou bulbaire. Seront donc éliminées toutes les ophtalmoplégies dont la lésion est située : dans l'orbite, dans la fente sphénoïdale, au niveau de la base du crâne (de l'émergence des nerfs au sinus caverneux inclus), ou enfin dans le cerveau (capsule interne et cortex).

C'est par les signes particuliers de chacune de ces paralysies oculaires, suivant le siège de la lésion, que se fera le diagnostic différentiel.

Paralysies faciales. — Il faudra éliminer les paralysies faciales périphériques (type Millard-Gübler) ou centrales (type Weber) de causes diverses et les affections qui peuvent les simuler.

Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic bien connu.

Diagnostic étiologique. — Comme pour l'hémiplégie vulgaire ou croisée, les causes sont multiples qui peuvent déterminer une hémiplégie alterne.

Ce sont surtout :

1. *Des lésions traumatiques.* — Rares.

2. *Des lésions organiques* des méninges ou de l'axe nerveux.

a. Lésions méningées : Hémorragies méningées, pachyméningites tuberculeuses ou syphilitiques.

b. Lésions de l'axe nerveux :

Lésions vasculaires (hémorragie, ramollissement), *au premier plan*, et aussi tumeurs, tubercules, abcès.

3. *Des infections ou intoxications diverses* : Urémie, diabète, alcoolisme, pneumonie, diphtérie, fièvre typhoïde, etc.

Parmi ces causes, les plus importantes sont :

1. *Les lésions vasculaires*, par hémorragie ou ramollissement, dans l'étiologie desquelles la *syphilis* joue un rôle capital.

2. *Les lésions tumorales.*

3. *Les lésions inflammatoires*, infections et intoxications.

4. Enfin, les *traumatismes*, rares.

Contrairement, à ce que l'on voit dans l'hémiplégie croisée, l'embolie, chez des malades atteints de rétrécissement mitral, n'est qu'une cause exceptionnelle d'hémiplégie alterne.

Ce qui précède montre l'*importance des lésions vasculaires* dans l'étiologie des divers syndromes étudiés. Cela tient à la riche vascularisation des pédoncules, de la protubérance et du bulbe. Si bien que Dejerine, dans ses études sur la séméiologie des affections du système nerveux, a pu isoler un certain nombre de syndromes correspondant à la lésion de telle ou telle artère, tributaire d'un territoire spécial.

Dans leur article, Foix et Masson étudient, à côté du syndrome total de l'artère cérébrale postérieure, des syndromes partiels antérieurs et postérieurs. C'est parmi les partiels antérieurs que se placent les syndromes pédonculaires (avec le type pédonculaire de l'hémiplégie cérébelleuse), et les syndromes de la région sous-optique (avec les syndromes supérieur et inférieur du noyau rouge, et l'hémianopsie par lésion partielle antérieure du territoire de l'artère cérébrale postérieure).

Nous allons étudier les caractéristiques étiologiques des différentes hémiplégies alternes suivant la région qui leur donne naissance.

I. **Lésions pédonculaires.** — *A.* Ramollissement. — *Etiologie.* — Ce sont surtout la *syphilis* et les autres causes d'*artérite chronique.*

Il faut aussi signaler les artérites aiguës de l'enfance (Marie et Guillain).

Symptômes. — Ils varient suivant la région intéressée.

1. Les ramollissements limités aux régions antérieure et interne du pédoncule (oblitération isolée de la première portion de la cérébrale postérieure) produisent un *Weber typique.*

2. Les ramollissements diffus intéressant, en outre, les régions postérieure et externe (thrombose de la cérébelleuse supérieure), s'accompagnent des *signes de lésions de la calotte.*

3. S'il y a lésion du pédoncule cérébral gauche, on constate des troubles fréquents de la parole, dysarthrie.

4. Possibilité de *Weber bilatéral.*

Evolution. — Elle est *caractéristique.*

Le début brusque est exceptionnel (par ictus).

Presque toujours il y a des prodromes : Céphalée, vomissements, fourmillements dans le membre qui sera paralysé.

B. Hémorragies. — Elles peuvent être causées :

Soit par rupture des artères irriguant le pédoncule.

Soit par rupture des vaisseaux qui le traversent simplement. (Voir fig. 13.)

Symptômes. — 1. *Rupture des artères optiques postérieures.* — Elle détermine, en général, des hémorragies diffuses.

Cliniquement : Simple hémiplégie.

Syndrome alterne exceptionnel. — Cependant, l'hémorragie de l'artère optique postéro-interne peut comprimer la partie supérieure du noyau du III en même temps que le faisceau pyramidal, d'où paralysie alterne avec hémiplégie d'un côté, ophtalmoplégie interne du côté opposé sans atteinte de la musculature externe de l'œil (d'Astros).

2. *Rupture des artères du III.* — Elle provoque des hémorragies importantes.

Cliniquement :

a. La rupture dans l'étage inférieur du pédoncule détermine un *Weber typique.*

b. En cas de rupture dans l'étage supérieur, l'*hémiplégie alterne est rare*, car il y a absence fréquente de paralysie des membres. Elle ne se constate que si l'hémorragie est abondante.

Parfois, signes d'hypertension intracranienne par compression de l'aqueduc de Sylvius.

3. La rupture des autres artères nourricières du pédoncule est rare.

Cliniquement, *pas de syndrome alterne* puisque le III n'est pas intéressé.

Evolution. — Le *début brusque avec absence de prodromes*, est de règle.

La maladie évolue vers la chronicité..

La terminaison par mort subite est exceptionnelle.

C. Tumeurs. — Rares.

Etiologie. — Ce sont surtout :

Des gommes syphilitiques,

Des gliomes,

Des *tubercules le plus souvent* (surtout enfance et adolescence).

Symptômes. — De deux ordres :

1. Signes généraux d'hypertension intracranienne : Ils sont *moins marqués que dans les tumeurs cérébrales et cérébelleuses.*

La stase papillaire, souvent tardive, peut manquer.

2. Signes de localisation : Le *syndrome de Weber est le plus souvent* réalisé.

Les syndromes de la calotte peuvent s'observer.

Il y a possibilité de double syndrome alterne, si la tumeur est volumineuse.

Remarquer que les symptômes sont moins accusés dans les tumeurs que dans les lésions destructives (hémorragies, ramollissement).

Evolution. — Elle est *en général lente, avec début insidieux,* parfois progressive et même rapide (tubercule).

Diagnostic du siège. — Si l'ophtalmoplégie est partielle, il s'agit plutôt de tumeur de la calotte. Si l'ophtalmoplégie est totale, il s'agit plutôt de tumeur du pied.

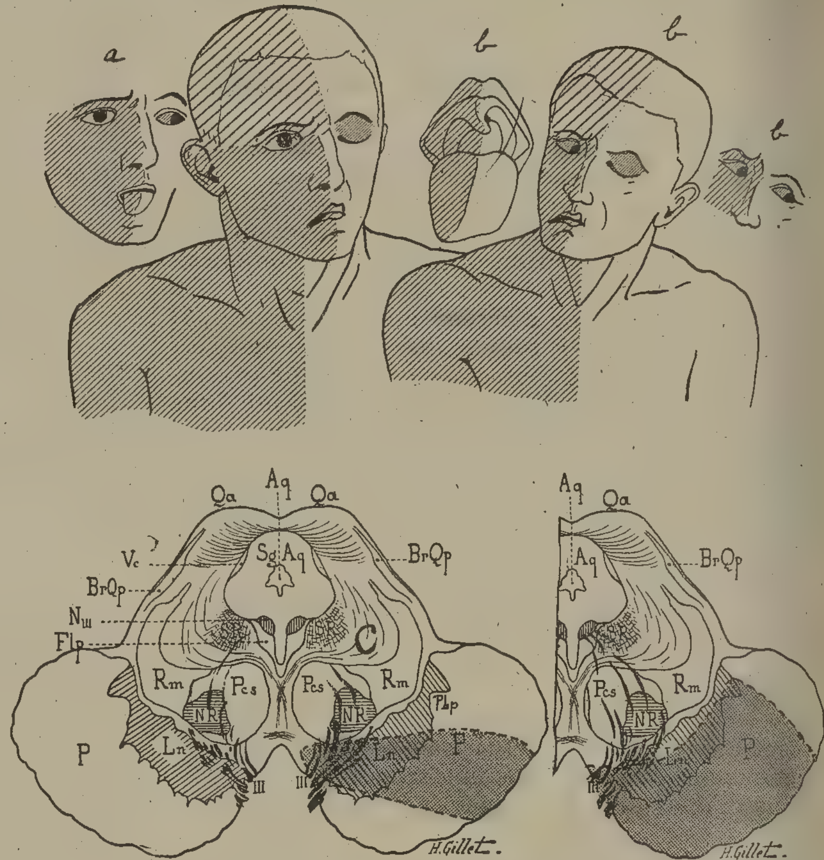


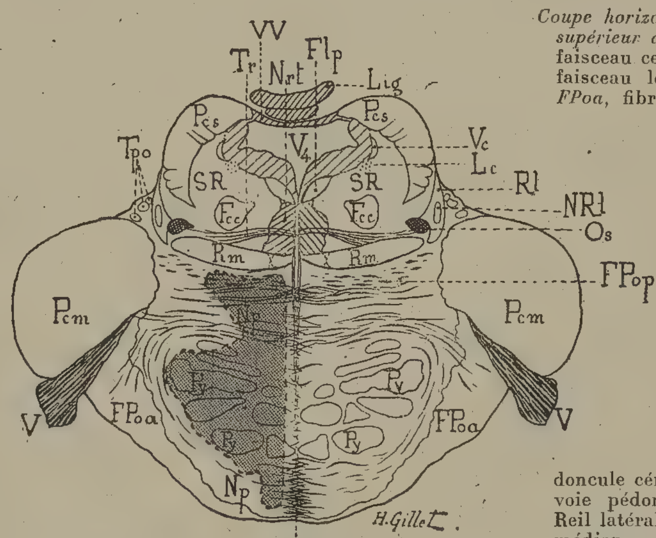
Fig. 13. — *Syndromes pédonculaires antérieurs.* — Hémiplégie croisée du type cérébral avec paralysie alterne de la IIIe paire (syndrome de Weber) sans (*a*) ou avec (*b*), déviation conjuguée de la tête et des yeux (lésion de toutes les fibres cortico-nucléaires céphalogyres et oculogyres). (Dejerine.)

D. Lésions traumatiques. — Elles sont rares à cause de la situation profonde des pédoncules. Des plaies par armes à feu ont été signalées ainsi que des traumatismes : chocs de la tête, commotion cérébrale (observations de Guillain et Houzel, Pamard, Oberliu, Cordorelle).

II. **Lésions protubérantielles.** — *A.* Ramollissement. — *Etiologie.* — Il peut s'agir d'oblitération du tronc basilaire ou d'une de ses branches par thrombose.



Syndrome protubérantiel antérieur. — Hémiplégie croisée du type cérébral.



Thrombose de la partie antérieure du tronc basilaire. Lésion le plus souvent unilatérale, quelquefois bilatérale et respectant la calotte.

Coupe horizontale passant par le tiers supérieur de la protubérance. — *Fcc*, faisceau central de la calotte. — *Flp*, faisceau longitudinal postérieur. — *FPoa*, fibres protubérantielles antérieures. — *FPop*, fibres protubérantielles postérieures. — *Lc*, locus cœruleus. — *Lig*, lingula du vermis supérieur du cervelet. — *Np*, noyaux pontiques ou substance grise de l'étage antérieur de la protubérance. — *NRl*, noyau du ruban de Reil latéral. — *Nrl*, noyau réticulé de la calotte protubérantielle. — *Os*, olive supérieure ou protubérantielle. — *Pcm*, pédoncule cérébelleux moyen. — *Pcs*, pédoncule cérébelleux supérieur. — *Py*, voie pédonculaire. — *Rl*, ruban de Reil latéral. — *Rm*, ruban de Reil médian. — *SR*, substance réticulée. *Tpo*, tænia pontis. — *Tr*, corps trapézoïde. — *V*, trijumeau. — *Vc*, petite racine motrice descendante ou mésencéphalique du trijumeau. — *VV*, valvule de Vieussens. — V_4, quatrième ventricule.

Fig. 14. (Dejerine.)

Mais la cause habituelle est l'artérite. — L'embolie est exceptionnelle.

Symptômes. — Ce sont *surtout des syndromes du pied,* car les foyers se rencontrent surtout dans l'étage antérieur du pont.



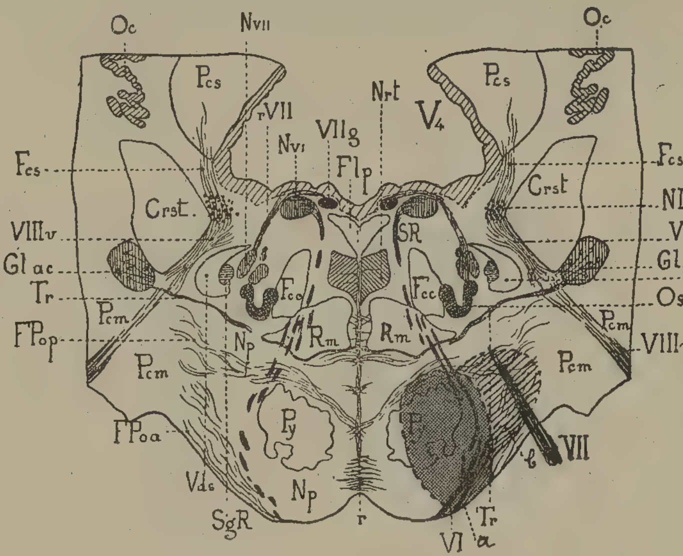


FIG. 15. — *Syndrome protubérantiel antérieur.* — Hémiplégie croisée du type ponto-bulbaire avec paralysie alterne de la VIe paire (*a*) ou des VIe et VIIe paires (*b*). Hémiplégie alterne inférieure type Millard-Gubler.



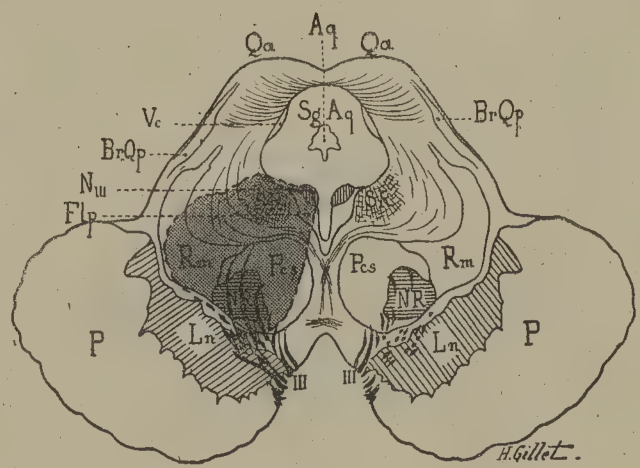


FIG. 16. — *Syndrome protubérantiel postérieur.* — Hémianesthésie croisée. Mouvements choréo-athétosiques avec paralysie alterne de la IIIe paire.



Evolution. — *Le plus souvent le début est lent, progressif, avec prodromes.*

Parfois il y a début brusque par ictus avec évolution foudroyante en douze à vingt-quatre heures (mort par oblitération des artères des noyaux des IX et X).

B. HÉMORRAGIES. — *Etiologie.* — Toutes les *artérites aiguës ou chroniques* (*syphilis* le plus souvent).

Symptômes. — Ils réalisent les syndromes alternes décrits plus haut.

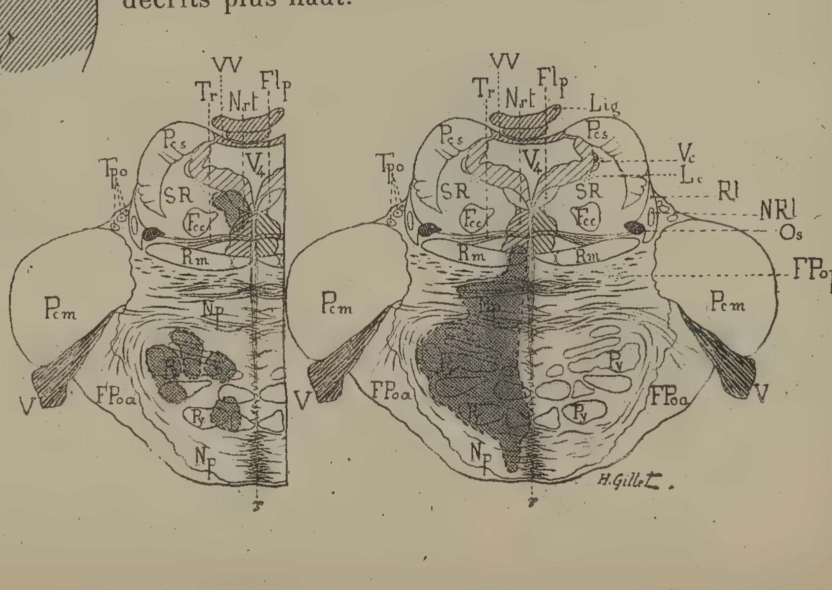


FIG. 17. — *Syndromes protubérantiels antérieur et postérieur.* — Hémiplégie croisée du type cérébral avec syndrome de Foville (*a*), paralysie des mouvements de latéralité des deux globes oculaires, avec (*b*) ou sans (*a*), déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Evolution. — Le début lent est exceptionnel.

Le plus souvent, le début est brusque par ictus avec perte de connaissance. On constate alors les signes suivants : Hémiplégie avec contracture d'emblée.

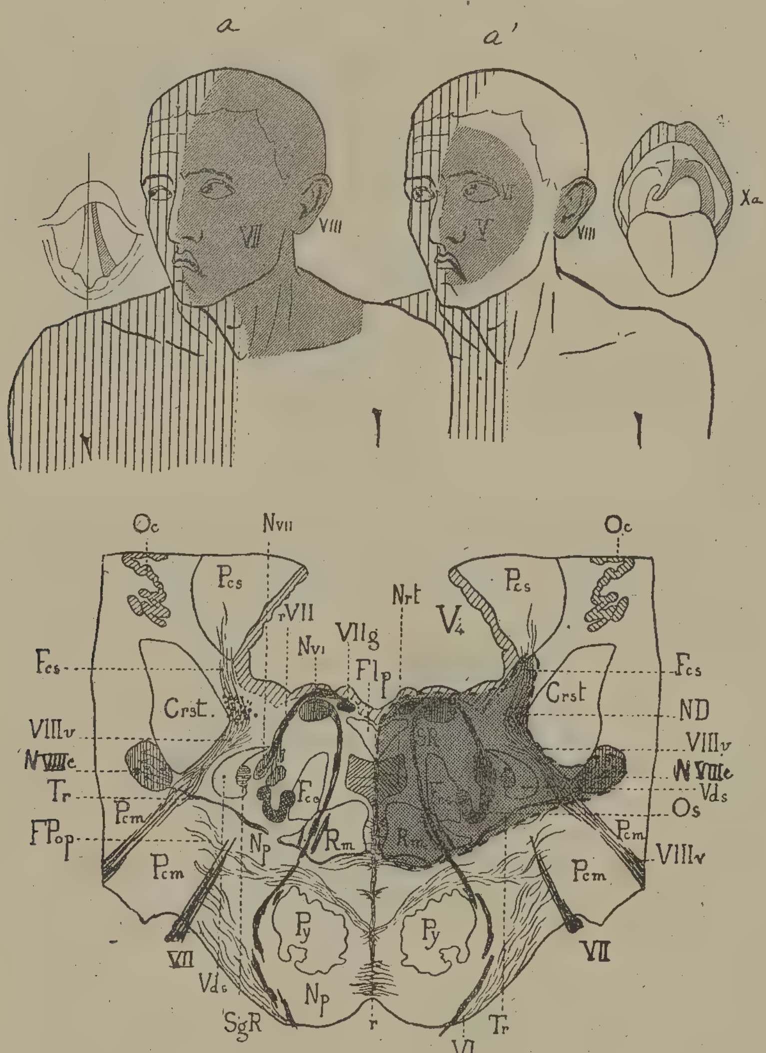


FIG. 18. — *Syndrome protubérantiel postérieur.* — Hémianesthésie croisée sous tous les modes avec paralysie alterne des Ve, VIe, VIIe, VIIIe paires (branches cochléaire et vestibulaire) et du vago-spinal. Paralysie des mouvements associés de latéralité des deux globes oculaires (syndrome de Foville). Hémiataxie cérébelleuse. (DEJERINE.)

La raideur du côté paralysé se généralise souvent : alors exagération des réflexes avec Babinski bilatéral.

Convulsions toniques partielles ou de tout le corps.

Déviation conjuguée de la tête et des yeux, myosis, vomissements.

Hyperthermie intense (42°, 43°).

Le plus souvent mort rapide.

Pronostic particulièrement grave.

C. TUMEURS. — *Etiologie.* — Elles sont plus fréquentes que celles du bulbe et des pédoncules. Elles se rencontrent *chez l'enfant, plus souvent que chez l'adulte.*

Elles sont représentées en majorité, surtout chez l'enfant, par des *tubercules.*

1. Tubercules : Siègent partout, mais surtout dans la région supérieure, avec tendance à progresser vers la région protubérantielle inférieure.

2. Gliomes.

3. Gommes syphilitiques.

4. Plus rarement : Angiosarcomes, tumeurs secondaires, kystes, abcès.

Symptômes de deux ordres :

1° Signes d'hypertension : Ils *manquent fréquemment.*

La stase papillaire est souvent absente (Raymond).

2° Signes de localisation :

Le syndrome le plus habituel est le Millard-Gubler. De plus, dysarthrie et dysphagie fréquentes. Type de tumeur de la calotte : Syndrome protubérantiel supérieur de Raymond et Cestan.

Evolution. — Le début est insidieux.

L'*évolution est lente, presque toujours progressive,* quelquefois irrégulière (en cas de gliomes notamment).

Le pronostic est fatal.

D. TRAUMATISMES. — Ils sont rares à cause de la situation profonde de la protubérance.

Deux voies de pénétration sont possibles :



FIG. 19. — *Syndrome protubérantiel postéro-latéral.* — Hémianesthésie croisée du type syringomyélique avec paralysie alterne (motrice et sensitive) du trijumeau. (DEJERINE.)

1° *En arrière.* — Instrument tranchant passant entre l'atlas et l'occipital (Orkowski).

2° *En avant.* — Corps étranger pénétrant par la bouche et traversant le voile du palais et l'apophyse basilaire (cas de Graham, Ginta).

III. **Lésions bulbaires.** — *A.* RAMOLLISSEMENT. — *Etiologie.* — Il faut mentionner surtout :

L'embolie.

La thrombose, consécutive à *artérite* (*syphilis surtout*).

Symptômes. — Ils dépendent du territoire vasculaire intéressé.

S'il y a oblitération des artères vertébrales, la circulation est troublée dans le domaine des spinales antérieures et des artères médianes qui en partent et qui irriguent les noyaux du VII, XI et XII.

S'il y a oblitération des artères médianes venant du tronc basilaire, il y a ischémie des noyaux du IX et X (pronostic sombre). Voir les syndromes décrits plus haut.

Evolution. — Elle est suraiguë, aiguë ou subaiguë suivant les noyaux altérés.

La *mort rapide est fréquente*, avec accidents cardio-respiratoires.

Parfois, *mort plus tardive* par troubles de la déglutition et bronchopneumonie. Sinon, amélioration et persistance d'amyotrophies.

B. HÉMORRAGIES. — *Etiologie.* — Les *artérites chroniques* (*syphilis* surtout) sont au premier rang.

Les traumatismes doivent aussi être signalés.

Symptômes. — Ce sont ceux du ramollissement.

L'hémorragie restant rarement limitée au bulbe, il y a association fréquente de signes protubérantiels ou médullaires.

Evolution. — *Le début brusque, apoplectiforme*, est la règle.

L'évolution est le plus souvent foudroyante.

L'hémorragie bulbaire est la grande cause des *morts subites* par lésions des centres nerveux.

C. TUMEURS. — Assez rares chez l'adulte, *plus fréquentes chez l'enfant.*

Etiologie. — Même nature que celles du reste de l'encéphale.

Les *gliomes* représentent la variété de beaucoup la plus fréquente, surtout chez l'enfant.

Symptômes. — De deux ordres :

1. Signes d'hypertension intracranienne : ils sont *souvent absents*, *sauf chez les enfants.*

La stase papillaire est souvent très marquée.

2. Signes de localisation :

Voir les syndromes décrits plus haut.

Evolution. — *Le début est variable, habituellement lent et insidieux.*

L'évolution est en général assez rapide : quelques mois, rarement une année.

Une terminaison fatale est de règle par syncope, après aggravation progressive.

Diagnostic de la nature : il est à peu près impossible. Cependant :

1. En cas de gliome : évolution progressive, peu de symptômes.

2. En cas de tumeurs conjonctivo-vasculaires : début souvent brusque, ictus apoplectiques liés aux foyers hémorragiques développés dans la tumeur.

3. En cas d'abcès — exceptionnels d'ailleurs — les symptômes s'accompagnent d'un syndrome infectieux.

D. TRAUMATISMES ET COMPRESSIONS. — *Etiologie.* —

1. *Compressions brusques.* — Coups de feu, plaies par instruments piquants pénétrant à travers la membrane occipito-atloïdienne, luxation ou fracture de l'atlas ou de l'axis.

2. *Compressions lentes.* — Ostéites de l'occipital ou des premières vertèbres cervicales le plus souvent tuberculeuses (mal de Pott sous-occipital).

Exostoses et méningites syphilitiques.

Tumeurs des méninges.

Symptômes. — Les premiers signes de compression bulbaire lente sont presque toujours des signes de *compression radiculaire* (douleurs, troubles de la sensibilité).

Evolution. — *Le pronostic est extrêmement grave.*

La mort subite n'est pas rare, même au début.

IV. **Lésions des enveloppes et du canal vertébral.** — Elles sont susceptibles de déterminer, par compression, des syndromes alternes.

EXOSTOSES CRANIENNES } très rares.
KYSTES HYDATIQUES }

ANÉVRISME DU TRONC BASILAIRE : rare; parfois on constate un bruit de souffle dans la région postérieure du crâne.

GOMMES SYPHILITIQUES ET SARCOMES DE LA BASE DU CRANE : plus fréquents.

TUMEURS DE L'ANGLE PONTO-CÉRÉBELLEUX. — Il s'agit le plus souvent de *gliomes*, parfois de méningites circonscrites : distension des espaces sous-arachnoïdiens par des collections hématiques ou séreuses.

Cliniquement, on a le plus souvent un syndrome alterne difficile à distinguer de celui des tumeurs intraprotubérantielles.

L'ordre d'apparition des symptômes et leur importance relative représentent les deux éléments du diagnostic les plus précieux.

1. Troubles de compression des nerfs craniens, surtout VIII.

2. Troubles cérébelleux.

3. Troubles sensitivo-moteurs minimes et tardifs.

Décrites pour la première fois par Sandifort en 1777, les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ont fait, par la suite, l'objet de nombreux travaux et notamment de la thèse de Jumentié en 1911.

La compression des organes de voisinage par ces tumeurs explique la symptomatologie d'emprunt, d'ailleurs caractéristique.

A. *Troubles dans le domaine des nerfs craniens.* — L'auditif et le trijumeau sont les plus touchés.

La *VIIIe paire* est toujours intéressée au plus haut degré. Les troubles auriculaires, de l'audition ou de l'équilibration, sont intenses et précoces (bruits subjectifs, hypo-acousie ou même surdité, vertige, nystagmus, etc.).

La *Ve paire* est, en général, la plus fortement touchée après la VIIIe.

Le plus souvent, la *branche sensitive* seule est intéressée.

La paralysie de la *VIe paire* est aussi très fréquente. Viennent ensuite, beaucoup plus rarement, les lésions des VIIe, IIIe et IVe paires et des nerfs mixtes.

B. *Troubles cérébelleux.* — Ils sont souvent très marqués. Leur pathogénie est complexes (compression du cervelet ou des pédoncules, atteinte du nerf vestibulaire).

C. *Troubles sensitivo-moteurs.* — Ils sont peu marqués et tardifs.

Les troubles moteurs (hémiparésie surtout) siègent le plus souvent du côté de la tumeur car la protubérance fuit devant cette dernière, et c'est le segment opposé du pont qui s'aplatit contre la paroi osseuse.

D. Enfin des *signes généraux d'hypertension* complètent le tableau. Si la céphalée est précoce et très fréquente, les vomissements se rencontrent beaucoup moins souvent qu'on ne le dit (Jumentié).

Au point de vue de l'évolution, après un début insidieux par des troubles locaux (cochléaires puis vestibulaires), surviennent les phénomènes cérébelleux, puis les signes d'hypertension. Au stade terminal arrive la compression des nerfs mixtes. L'évolution de ces tumeurs est progressivé le plus souvent; la terminaison en est fatale.

Nous venons de passer en revue les diverses causes d'hémiplégies alternes. Elles sont d'importance inégale. Hémorragie et ramollissement arrivent en tête. Et comme nous le disions plus haut, on ne saurait trop insister sur l'*importance de ces lésions vasculaires* qui relèvent pour la plupart de la syphilis.

Diagnostic des indications thérapeutiques. — Ces indications sont très variables suivant la cause à laquelle elles s'adressent.

Trois variétés d'hémiglégies alternes commandent un traitement actif.

I. Hémiplégies alternes d'origine syphilitique. — Instituer le traitement habituel.

II. Hémiplégies alternes d'origine tumorale. — On obtient parfois une amélioration par trépanation décompressive.

III. Hémiplégies alternes d'origine traumatique. — Elles nécessitent : la trépanation avec ligature d'une artère s'il y a lieu, la régularisation du foyer de fracture, l'ablation des esquilles.

Quant aux soins hygiéniques et diététiques, ils sont absolument ceux de l'hémiplégie vulgaire ou croisée.

BIBLIOGRAPHIE

Alezais et d'Astros. La circulation artérielle du pédoncule cérébral, *Soc. de biol.*, 2 avril 1892; — *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1892, p. 519.

Babinski et Nageotte. Hémiasynergie, latéropulsion et myosis bulbaires avec hémiplégie et hémianesthésie croisées, *Revue neurol.*, 1902, p. 358.

Baylac. Syndrome de Babinski-Nageotte, *Arch. de méd. de Toulouse*, 15 nov. 1903.

Bériel. Syndromes bulbaires supérieurs, *Lyon méd.*, 31 mai 1914.

Bériel, P. Durant et Malespine. Syndrome de Babinski-Nageotte, *Lyon méd.*, 1913.

Bernhardt. Klinisch. Beitrag zur lehre von der Hemianœsth. alternans, *Deut. med. Woch.*, 10 mars 1898.

Bouchaud. Un cas de syndrome de Benedikt, *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 21 à 29.

Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895.

Brissaud et Sicard. Hémispasme facial alterne, *Presse méd.*, 11 avril 1908.

Cardarelli. Lésion du pédoncule cérébral. Syndrome de Benedikt, *Studium*, mars 1911; — *Boll. d. clin.*, mai 1911.

Cestan-Verger. Art. système nerveux, *Précis de pathologie interne*, t. IV.

Cestan et Chenais. Du myosis dans certaines lésions bulbaires en foyer (hémiplégie du type Avellis associée au syndrome oculaire sympathique), *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 1229.

Claude et Quercy. Syndrome de la calotte pédonculaire, *Revue neurol.*, janv. 1914, p. 840.

Claude. *Maladies du système nerveux*, t. I, Collection Gilbert et Fournier, 1922.

Claude et Lévy-Valensi. *Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encéphale*, Collection Gilbert et Carnot, 1922.

Collet. Art. système nerveux, *Précis de pathologie interne.*

Combe. Syndrome de Benedikt inférieur, *Revue des mal. de l'enf.*, janv. 1904; *Arch. de méd.*, juin 1905; — Myosis et paralysie alterne, *Th. de Paris*, 1903.

Coutelas. Essai sur la coordination des mouvements des yeux, *Th. de Paris*, 1907-1908.

D'Astros et Hawthorn. Syndrome de Benedikt, *Revue neurol.*, 1902, p. 377.

Dejerine. *Séméiologie des affections du système nerveux*, 1914.

Dide et G. A. Weill. Lésion en foyer de la capsule interne. Paralysie laryngée. Syndrome de Weber, *Presse méd.*, 12 juillet 1899, p. 14.

D'Œlsnitz et Cornil. Syndrome cérébelleux par lésions des pédoncules, *Réunion méd.-chir. de la VIIe région*, 15 août 1918, nº 8; — *Revue neurol.*, 1920, p. 834.

Dejerine, Pélissier et Lafaille. Syndrome de Cl. Bernard-Horner avec Argyll-Robertson unilatéral d'origine vraisemblablement pédonculaire, *Soc. de neurol.*, 9 juillet 1914; — *Revue neurol.*, 1914, nº 14.

Foix. Art. hémiplégie, in *Neurologie*, t. I, Collection Sergent, Maloine, 1921.

Foix et Masson. Le syndrome de l'artère cérébrale postérieure, *Presse méd.*, 21 avril 1923.

Gaussel. Les paralysies des mouvements des yeux dans les affections du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et de la protubérance, *Revue méd.*, 1905.

Gellé. Paralysie acoustique alterne, *Soc. de biol.*, nov. 1901.

Gilles de la Tourette. Syndrome de Benedikt, *Soc. de neurol.*, fév. 1900.

Gilles de la Tourette et Jean Charcot. Le syndrome de Benedikt, *Semaine méd.*, 1900, p. 127.

Giraud et Floren. Syndrome de Weber syphilitique, *Soc. de neurol.*, 12 mai 1922.

Grasset. Un type spécial de paralysie alterne motrice : paralysie des membres d'un côté, du facial total et de l'hémioculo-moteur rotateur des yeux de l'autre, *Soc. de neurol.*, 5 juillet 1900; *Revue neurol.*, 1900, p. 586; — *Physiopathologie des centres nerveux*, p. 395.

Gruner et Bertolotti. Syndrome de la calotte pédonculaire, *Iconographie de la Salpêtrière*, mars 1905.

Gubler. De l'hémiplégie alterne comme lésion de la protubérance annulaire, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 26 oct., 7 et 14 nov. 1856.

Hoffmann. Hémiplégie alterne du type Avellis, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1901.

Joffroy. Syndrome temporaire de Weber avec hémiopie permanente, *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1898.

Jumentié. Tumeurs ponto-cérébelleuses, *Th. de Paris*, 1911.

Laignel-Lavastine. Syndrome cérébelleux par lésions pédonculaires, *Soc. de neurol.*, 6 nov. 1919.

Léopold-Lévi et Bonniot. Un cas de syndrome de Benedikt. Pathogénie du tremblement, *Soc. de neurol.*, 12 janv. 1905.

Léri et Perpère. Un cas de syndrome de Foville pédonculaire, *Soc. de neurol.*, 11 juillet 1918.

Léri et de Teyssieu. Un cas de syndrome de Babinski-Nageotte, *Soc. de neurol.*, 2 mai 1918.

Léri et Dagnan-Bouveret. Syndrome de Millard-Gubler passager et récidivant par artérite bulbaire spécifique, *Soc. de neurol.*, 5 avril 1917.

Léri. Syndrome de Weber avec hémianopsie persistante depuis vingt-sept ans, *Soc. de neurol.*, 2 mars 1905.

Lhermitte. Syndrome de la calotte pédonculaire, *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1922.

Lermoyez. Syndrome d'Avellis, *Presse méd.*, 1898, p. 241.

Long. Syndrome de Babinski-Nageotte, *Revue neurol.*, 1913, p. 641.

Marie et Foix. Hémiplégies cérébelleuses, *Semaine méd.*, 8 janv., 26 mars 1913.

Marie et A. Léri. Art. hémiplégie, in séméiologie nerveuse,

Nouveau Traité de médecine, Collection Brouardel, Gilbert et Thoinot, 1911.
MARIE et CROUZON. Syndrome de Weber et de Millard-Gubler, *Soc. de neurol.*, avril 1903.
MARIE. *La Pratique neurologique.*
MARTINET. *Diagnostic clinique*, 1919.
MOSNY et MALLOIZEL. Syndrome oculaire sympathique, *Soc. de neurol.*, 1905.
OURGAUD et PAYAN. Diagnostic des ophtalmoplégies, *Revue méd. de France et des Colonies*, mars 1924.
RAD. Hémianesthésie alterne de Raymond, *Münch. med. Woch.*, 24 fév. 1903.
RAMOND. Le diagnostic d'une hémiplégie, *Conférences de clinique médicale pratique*, 2e série, 1924.
RAYMOND. Sur une variété particulière de paralysie alterne, *Clinique des maladies du système nerveux*, 1re série, 1896, p. 365 ; — Hémianesthésie alterne, *Clinique des maladies du système nerveux*, 2e série, 1897, p. 624.
RAYMOND et CESTAN. Trois observations de paralysie des mouvements associés des globes oculaires, *Revue neurol.*, 1901, p. 70 ; — Le syndrome protubérantiel supérieur, *Gaz. des hôpit.*, 1903, p. 829.
RAYMOND et FRANÇAIS. Syndrome de la calotte du pédoncule cérébral, *Soc. de neurol.*, 1er avril 1909.
REGNARD. Art. SYNDROMES BULBAIRES, PROTUBÉRANTIELS, PÉDONCULAIRES, in *Neurologie*, t. I, Collection Sergent, Maloine, 1921.
RICALDONI. Syndrome de Babinski-Nageotte avec hémihypermétrie de la langue, *Soc. de neurol.*, 2 juin 1922.
ROSE. Syndrome de la calotte protubérantielle gauche avec excitation homolatérale partielle du sympathique, *Soc. de neurol.*, 2 fév. 1922.
ROUSSY et GAUCKLER. Variété particulière d'hémiplégie alterne. VI à gauche, membres à droite, *Soc. de neurol.*, juillet 1904.
SIGERSON. *Dublin Journ. of med. sciences*, 1878.
SOUQUES. Double syndrome de Weber suivi d'autopsie, *Soc. de neurol.*, fév. 1900 ; — Syndrome alterne d'origine bulbo-protubérantielle, *Revue neurol.*, 30 mai 1905.
THIERS. Hémiplégie cérébelleuse, *Th. de Paris*, 1917.
TESTUT. Art. SYSTÈME NERVEUX, *Anatomie humaine.*
TESTUT et JACOB. *Anatomie topographique*, 1922.
WEBER. *Med.-chir. Trans.*, 1863, t. XLVI.
ZOSIN (de Jassy). Contribution à l'étude du syndrome pédonculaire. Un cas avec hémiplégie gauche et ophtalmoplégie totale bilatérale, *Soc. de neurol.*, janv. 1905 ; *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1909, n° 2, p. 114-118.

FAITS CLINIQUES

QUELQUES OBSERVATIONS DE SÉROTHÉRAPIE ANTIPNEUMOCOCCIQUE DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES DES VIEILLARDS (1).

Trois pneumoniques, âgés de soixante-cinq, soixante-trois et soixante-seize ans, ont été traités par des injections sous-cutanées de sérum antipneumococcique ; ils ont guéri tous trois.

Les résultats obtenus avec le sérum ont été également très bons chez un malade plus jeune (55 ans) atteint de broncho-pneumonie et chez un vieillard de soixante-dix-sept ans ayant une congestion pulmonaire.

Deux autres malades (67 et 72 ans) atteints l'un de congestion pulmonaire double, l'autre de bron-

(1) Mme GIROD et H. MERCEREAU. *Gaz. méd de Nantes*, 1er sept. 1923, n° 17, p. 325).

Thérapeutique et voyage au long cours, par le docteur Adrien LOIR, directeur de l'Institut océanographique du Havre. Un vol. in-4°. — Prix : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

chite diffuse avec congestion de la base droite, ont succombé malgré l'emploi de la sérothérapie; dans ces deux cas, les injections de sérum avaient été faites tardivement.

L'action du sérum est particulièrement nette sur la température et le pouls; sous son influence, l'état général s'améliore, mais les signes physiques pulmonaires sont peu modifiés. On n'oubliera pas de faire, en même temps que la sérothérapie, un traitement toni-cardiaque, la pneumonie des vieillards se compliquant souvent d'insuffisance cardiaque.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECIN. ACCIDENTS DU TRAVAIL. CLINIQUE

CONTRAT DE GÉRANCE; NULLITÉ

Dès que la jurisprudence reconnaît, dans un contrat conclu avec un médecin ou un chirurgien, un état de subordination ou de dépendance de ce dernier, elle annule le contrat. La 7e Chambre du tribunal civil de la Seine a fait une application intéressante de ce principe dans un jugement qu'elle a rendu le 30 juillet 1924.

La Société B... et W... avait été condamné suivant jugement rendu par le tribunal de paix du canton d'Aubervilliers, le 30 août 1921, à payer au docteur J... en qualité de chargé de la gestion de la clinique située 3, quai de Seine, à Paris, et de l'encaissement des honoraires, la somme de 487 francs pour soins donnés à quatre de leurs ouvriers victimes d'accident du travail.

La Société interjeta appel; et c'est ainsi que fut saisi le tribunal de la Seine. Avant que celui-ci eût statué, le docteur J... décéda ; ses héritiers reprirent l'instance.

Comme la qualité du docteur J... était contestée pour agir, il fut produit un acte sous seing privé que la Société B... et W... soutint être radicalement nul comme contraire à l'ordre public.

« Attendu, dit le tribunal, qu'il importe d'en discuter les termes et de rechercher si le docteur J... agit en vertu des stipulations intervenues, et si ces stipulations sont valables.

Attendu qu'il est exposé audit acte qu'un sieur A... est propriétaire à Paris, de deux cliniques à accidents du travail, l'une 3, quai de Seine et l'autre 41, boulevard Ney, ensemble du matériel de l'achalandage et des droits aux baux des locaux où s'exploitent lesdites cliniques.

Qu'il a été convenu entre A... et le docteur J... que celui-ci aurait la gérance et l'exploitation de ces cliniques pour une durée de dix années à compter du 1er novembre 1920.

Que les conditions de cette exploitation ont été rigoureusement réglementées par divers articles de la convention où il est prévu que le docteur J... devait assurer le service médical de 9 heures du matin à 5 heures du soir, les heures de repas exceptées, en se chargeant du choix du personnel, de l'encaissement de toutes notes médicales ou pharmaceutiques, du règlement de tous frais nécessités par l'exploitation en centralisant toute la comptabilité dans les bureaux d'A..., de façon à permettre un contrôle facile et strict de ladite exploitation.

Qu'à cet effet le docteur J... faciliterait non seulement l'accès des cliniques, mais encore communiquerait tous registres, comptes et toutes notes ou factures à l'appui.

Que le docteur J..., propriétaire des notes d'honoraires, tiendrait de ses encaissements une comptabilité régulière, qu'il en ferait masse et en verserait 20 p. 100 à A..., en prélevant sur les 80 p. 100 qui lui revenaient tous les frais d'exploitation et notamment le loyer et les impôts

Qu'au cas où les encaissements seraient inférieurs de 30 p. 100 à ceux de l'année de la cession, les conventions pourraient être résiliées à la demande d'A... et que dans ce cas le docteur J... s'interdisait pendant dix ans le droit d'exploiter aucune clinique à accidents du travail dans l'un des arrondissements où étaient situés les établissements dont la gérance lui était confiée.

Qu'enfin au bout de dix ans, le docteur J... serait propriétaire desdites cliniques sans avoir aucune somme à verser à A..., sans pouvoir céder ses droits pendant cette periode de dix ans.

Qu'il était enfin prévu qu'en cas de contestation, attribution de juridiction était faite au tribunal de commerce de la Seine.

Attendu que de telles stipulations constituent les caractéristiques essentielles d'une association commerciale en participation.

Que les parties ont cherché à masquer sous le nom de gérance qui ne correspond point à la réalité, puisque aucun bail n'est intervenu quant au local et au matériel dont A... était propriétaire et que la liquidation a été réglée d'avance en attribuant la propriété des cliniques au docteur J..., à l'expiration d'un délai de dix ans.

Attendu, d'ailleurs, que se trouverait-on en présence d'un simple contrat de gérance, que la situation serait exactement semblable à raison de l'état de subordination et de dépendance dans lequel le docteur J... était placé vis-à-vis d'A..., ce qui est incompatible avec la liberté dont doit disposer celui qui exerce la profession de médecin.

Qu'il est, en effet, manifeste que les parties n'ont envisagé que les bénéfices qu'ils pouvaient retirer de l'entreprise en trafiquant l'un d'une installation matérielle qu'il considérait si bien comme celle d'une maison de commerce qu'il employait le mot achalandage, et l'autre de son diplôme, en allant jusqu'à prévoir qu'en cas de décès du docteur J..., les cliniques seraient administrées par ses héritiers qui devraient se faire représenter par un seul d'entre eux. Comme si la clientèle d'un médecin pouvait être dans le commerce. *Qu'il est donc constant qu'un contrat de cette nature est radicalement nul et ne peut produire aucun effet.*

Que cette nullité peut être opposée à celui qui invoque une telle convention, et sans qu'il soit nécessaire de mettre en cause toutes les parties qui y ont participé.

Attendu que les consorts J... semblent d'ailleurs l'avoir si bien compris qu'ils essayent de créer une équivoque en prétendant aujourd'hui que leur auteur agissait en son nom personnel. Mais que tout vient à l'encontre de cette affirmation sans qu'il soit fourni d'autre explication que leur déclaration contradictoire dans ces termes que devant le premier juge le docteur J... aurait joint à sa qualité de médecin, celle de gérant ou plus exactement de propriétaire de la clinique, disent les conclusions.

Attendu qu'il importe peu, dès lors, qu'il ne soit pas contesté et qu'il puisse être tenu pour établi que le docteur J... était bien le médecin traitant; qu'en agissant en cette qualité il ne pouvait faire abstraction des conventions auxquelles il avait été partie.

Que comme gérant il ne pouvait bénéficier des dispositions de la loi du 31 mars 1905 qui n'autorise que les médecins, les pharmaciens et les établissements hospitaliers à actionner directement le chef d'entreprise. *Qu'à aucun point de vue et à aucun titre et par aucune interprétation les cliniques dont s'agit ne peuvent être considérées comme des établissements hospitaliers.*

Attendu qu'il convient de remarquer qu'aux termes de l'article 9 de la convention le docteur J... s'engageait à faciliter à A... le recouvrement des encaissements afférents aux exercices antérieurs du 1er août 1920 pour des soins médicaux qui ne paraissent pas cependant avoir été donnés par lui-même et qu'il paraît établi par des notes d'honoraires relatives à divers accidents signées du docteur J... qu'il a effectivement prêté son concours pour des encaissements auxquels il n'avait personnellement aucun droit puisqu'il n'avait point lui-même traité les ouvriers blessés

Attendu enfin que dans le décompte des honoraires réclamés par le docteur J... se trouvent compris ceux relatifs à deux ouvriers traités dans la clinique de la rue de Seine antérieurement au 1er novembre 1920, date de la mise en application du contrat de gérance. Qu'il n'est fourni aucune explication à cet égard.

Que l'on peut se demander si, pendant cette période, A... n'avait pas rétribué par des appointements forfaitaires le docteur J..., ainsi qu'il l'avait fait pour certains de ses confrères et notamment pour le docteur X... qui s'est vu ainsi débouté de sa demande en paiement d'honoraires par juge-

ment rendu par le tribunal de paix du 19e arrondissement le 13 août 1919. »

C'est dans ces conditions que le tribunal de la Seine a infirmé le jugement du juge de paix et dit entaché d'une nullité d'ordre public la convention intervenue entre A... et le docteur J... ; et en conséquence il a déclaré les héritiers J... mal fondés à poursuivre le paiement de la somme réclamée à la Société B... et W...

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Le Radio-diagnostic des affections intrarachidiennes par le lipiodol sous-arachnoïdien (1), par le docteur L. LAPLANE.

Ce très important travail expose et résume les recherches faites sur ce sujet depuis deux ans dans le service de M. le professeur Sicard. Il se divise en deux parties bien distinctes.

Dans la première nous voyons d'abord une étude des phénomènes produits par l'injection de lipiodol dans la cavité sous-arachnoïdienne normale : phénomènes subjectifs, réactions locales et générales, état du liquide céphalo-rachidien, ce que devient le lipiodol injecté. Puis une étude sur les propriétés physiques et mécaniques de l'huile à injecter : coloration, opacité aux rayons X, propriétés mécaniques, teneur optima en iode. Ensuite dans une étude personnelle et très fouillée (coupes de sujets congelés) l'auteur expose l'anatomie de la cavité sous-arachnoïdienne, au-dessous et au niveau de la moelle et surtout à la région atloïdo-occipitale. Il décrit ensuite la technique de l'injection aux différents niveaux : ponction atloïdo-occipitale, cervicale, dorsale inférieure, lombaire, et montre les avantages de la ponction atloïdo-occipitale. Le chapitre suivant décrit les aspects radioscopiques du lipiodol en cavité sous-arachnoïdienne libre, la marche du lipiodol selon les différentes positions données au rachis, ses arrêts non pathologiques par adhérences aux parois. Nous voyons ensuite les différents arrêts pathologiques du lipiodol ; de belles reproductions radiographiques montrent les différents aspects de ces arrêts selon les causes pathologiques (tumeurs intradurales, extradurales, abcès pottiques intrarachidiens, tumeurs intramédullaires, pachyméningites, symphyses méningées posttraumatiques, arachnoïdites). Le dernier chapitre montre les indications, résultats et limites de la valeur séméiologique de l'épreuve au lipiodol.

La deuxième partie du travail de M. Laplane décrit la forme pseudo-pottique des tumeurs intrarachidiennes, syndrome clinique bien déterminé par M. le professeur Sicard. « Quel que soit leur siège dans le rachis, certaines tumeurs intrarachidiennes se présentent avec un tableau clinique un peu spécial où dominent la douleur et la contracture musculaire. » Les signes de compression nerveuse sont tardifs. On observe des modifications importantes du liquide céphalo-rachidien (xanthochromie, albuminose massive, dissociation albumino-cytologique, syndrome de Frouin).

Enfin, il y a un arrêt net du lipiodol dont l'image présente une forme en dôme très nette. M. Laplane analyse longuement les éléments symptomatiques de ce syndrome et montre les grandes difficultés du diagnostic avec le mal de Pott ; ce diagnostic ne repose que sur des nuances et reste très délicat. Il est pourtant important, car si dans le cas de mal de Pott la laminectomie exploratrice est contre-indiquée, dans le cas de tumeur intramédullaire elle constitue le premier temps de l'acte opératoire indispensable pour sauver le malade.

Inutile de souligner l'importance du travail de M. Laplane, mise au point excellente d'une question qui intéresse tous les médecins puisqu'il s'agit d'un des progrès les plus considérables acquis en médecine dans ces dernières années.

M. LANCE.

(1) In-8 de 282 pages avec 62 figures. — Paris, A. Legrand.

Le Développement de l'infection bacillaire chez l'homme. Le rôle du terrain (1), par E. AUBERTIN.

Quel sujet a été plus passionnément débattu dans ces dernières années? Quel sujet d'ailleurs le mérite plus? Dans la première partie de son ouvrage M. Aubertin expose les conceptions actuelles sur le développement de la bacillose dans l'espèce humaine.

La deuxième partie est l'étude critique de ces conceptions : l'auteur y montre l'importance capitale de la contagion dans la propagation de la tuberculose, il discute l'importance relative des deux grands portes d'entrée de la contagion, la voie respiratoire et la voie digestive, l'importance de la richesse des contaminations, la valeur des preuves que l'on a fournies de l'acquisition d'une immunité à l'infection tuberculeuse (gravité de l'infection aux différents âges de la vie, tuberculose des indigènes, loi de Marfan, cuti-pronostic, etc.). De cette étude il conclut : « Toutes les preuves qui sont actuellement invoquées pour démontrer que la tuberculose est une maladie spontanément immunisante n'ont pas la signification qu'on leur attribue. Certains faits, au contraire, conduisent même à penser que cette hypothèse ne correspond pas à la réalité. » Le terrain ne se réduit donc pas dans la tuberculose à une question d'immunité spécifique. C'est à cette étude du terrain tuberculisable que sont consacrées les deux dernières parties de l'ouvrage.

L'auteur nous montre qu'il y a dans l'organisme des tissus réfractaires à la fixation et au développement du bacille de Koch, alors que d'autres y sont prédisposés ; d'autres tissus (organes lymphatiques) constituent à son égard des tissus de dérivation. Non seulement la nature des tissus intervient, mais encore leur état fonctionnel et anatomique. Une enquête menée auprès des chirurgiens et orthopédistes a montré à l'auteur la rareté des infections bacillaires au niveau des membres atteints de malformations congénitales, de dystrophies acquises, de lésions inflammatoires banales.

Puis vient une étude critique de quelques causes prédisposantes dont le rôle est encore mal déterminé : l'hérédité, les troubles des glandes à sécrétion interne, la constitution chimique du terrain, la grossesse.

Par contre, certains terrains sont nettement épargnés ou ménagés par la tuberculose (les vieux, les scléreux, les alcooliques, les syphilitiques), alors que d'autres sont sa victime préférée (les diabétiques, les insuffisants digestifs, les débilités, les organismes jeunes et en pleine production).

Au total, ouvrage bourré de faits, d'idées souvent neuves, en tout cas toujours clairement exposés et d'une lecture facile.

M. LANCE.

Traitement du pied bot varus équin congénital (2), par M. MUTEL (de Nancy) et C. RŒDERER (de Paris).

Après avoir décrit les éléments essentiels de la difformité, les auteurs décrivent en détail les diverses manœuvres du redressement méthodique *précoce* chez le nouveau-né, aujourd'hui reconnu le traitement de choix. Ils exposent ensuite la ténotomie du tendon d'Achille, intervention adjuvante, puis les procédés de fixation de la correction, enfin le traitement ultérieur.

Un autre chapitre décrit le redressement forcé, convenant aux enfants âgés de quelques mois, ainsi que les interventions adjuvantes (achillotomie, section du ligament latéral interne, évidements osseux) ou complémentaires (ostéotomie sus-malléolaire, ténoplasties).

Le dernier chapitre expose les opérations sanglantes réservées aux malades âgés : l'opération de Phelps, justement tombée en discrédit, les tarsectomies, en particulier l'opération décrite par Gross (de Nancy) [astragalectomie suivie de résection cunéiforme externe du calcanéum et parfois cuboïde].

On retrouve dans ce petit livre les qualités de clarté et de simplicité qui distingue les ouvrages de cette collection et les rend précieux au praticien.

M. LANCE.

(1) In-8 de 340 pages. — Paris, G. Doin.
(2) Un volume de 58 pages et 19 figures de la « Petite Collection orthopédique ». — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Album de photographies en héliogravure. La vallée du Rhône et ses villes d'art. — La Compagnie P.-L.-M., qui a déjà publié deux albums de photographies en héliogravure consacrés, l'un, au Dauphiné et à la Savoie et l'autre à la côte d'Azur, vient d'en éditer un troisième sur les villes d'art de la vallée du Rhône.

Sous couverture en couleurs au format 20/15, le nouvel album comporte 24 illustrations, d'une haute valeur artistique, qui synthétisent la région et évoquent son passé.

Comme les précédents, il est mis en vente, dans les principales gares du réseau, au prix de 4 francs.

Les demandes d'envoi recommandé, par poste, doivent être accompagnées de la somme de 4 fr. 70 pour la France et de 5 fr. 35 pour l'étranger et être adressées à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare ou au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 24 septembre 1924, sont promus, pour prendre rang du 25 septembre 1924, aux grades ci-après, et, par décision ministérielle du même jour, sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle :

(Armée active.) *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — MM. les médecins principaux de 2e classe Gerbaux, médecin chef de l'Institution nationale des Invalides; Bichelonne, médecin chef de l'hôpital militaire Percy, à Issy-les-Moulineaux; Marchet, médecin chef de l'hôpital militaire Broussais, à Nantes.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Epaulard, troupes d'occupation du Maroc; Duméry, salles militaires de l'hospice mixte de Limoges; Metzquer, de l'hôpital militaire de Grenoble; Escande de Messières, médecin chef de l'hôpital « La Rose », à Marseille ; Picon, place de Carcassonne.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Cathala, école militaire enfantine Hériot, La Boissière; Decour, territoire du Sud-Tunisien; Dorange, 131e d'infanterie; Roussille, armée du Levant; Gottenkieny, place d'Haguenau; Chatinières, troupes d'occupation du Maroc; Beaumont, infirmerie-hôpital du camp de Mailly; Trabaud, armée du Levant; Nugue, 103e d'artillerie lourde hippomobile; Dornoy, troupes d'occupation du Maroc; Minel, place de Versailles.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Fumeau, 9e bataillon d'ouvriers d'artillerie; Bouchard (J.-E.-H.-M.), 10e de dragons; Bouchard (A.-O.), 15e bat. de chasseurs alpins; Prost, territoire du Sud algérien; Camentron, troupes d'occupation du Maroc; Salvetti, 19e corps d'armée; Cœurdevey, 16e tirailleurs nord-africains; Tersen, 2e région; Dumont, troupes d'occupation du Maroc; Saint-Paul, 307e d'artillerie portée; Joly, armée du Levant; Esnault, territoire du Sud-Algérien; Lhez et Corazzini, troupes d'occupation du Maroc; Billot, territoires du Sud-Algérien; Bourdon, tête de pont de Kehl; Paillier, armée française du Rhin; Bonnardel, armée du Levant; Raymond, 14e dragons; Villard, armée du Levant.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 24 septembre 1924, ont été promus dans le Service de santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 25 septembre 1924 :

(Armée active.) *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — M. le médecin-major de 1re classe Roche, Afrique occidentale française.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Nogue et Combes, Afrique occidentale française; Gilbert-Desvallons, professeur adjoint à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales; Sébilleau, Afrique occidentale française; Gouin, 18e tirailleurs coloniaux; Herrmann, Nouvelle-Calédonie.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Guédon, 3e infanterie coloniale; Retière, Afrique équatoriale française; Le Gall, 1er infanterie coloniale; Lavandier, Nouvelle-Calédonie; Grall, 111e artillerie coloniale; Tempon, 41e bataillon de chasseurs mitrailleurs indigènes coloniaux; Gilly, Indochine. (*J. O.*, 25 sept. 1924.)

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Ce Congrès se tiendra à Genève, du 22 au 27 juillet 1925, sous le patronage de la Société médicale de Genève.

Président d'honneur : Sir D'Arcy Power (de Londres).

Vice-présidents d'honneur : MM. les docteurs A. Capparoni (de Rome), D. Giordano (de Venise), E. B. Krumbhaar (de Philadelphie), Laignel-Lavastine (de Paris), J.-G. de Lint (La Haye), A. Patry (de Genève), Charles Singer (de Londres), Tricot-Royer (d'Anvers).

Président : M. le docteur Charles Greene Cumston (de Genève).

Vice-présidents : M. le docteur Ernest Wickersheimer (de Strasbourg), M. le professeur Andrea Corsini (de Florence).

Secrétaires généraux : MM. les docteurs A. de Peyer (de Genève), Emile Thomas (de Genève),

Secrétariat général, 20, rue Général-Dufour, Genève.

SOCIÉTÉ SUISSE DE BIOLOGIE MÉDICALE. — La sixième séance annuelle de la Société se tiendra à Lucerne, du 1er au 2 octobre 1924. Le sujet des rapports est « l'insuline ». Les rapporteurs sont MM. Fleisch (de Zurich), physiologie; von Meyenburg (de Lausanne), pathologie; et Gigon (de Bâle), clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duband (de Pont-de-Veyle), Gabriel Joland, ancien interne des hôpitaux de Lille, et Aristide Papadaki, ancien chirurgien de l'hôpital Hamidié à Constantinople, ancien assistant des cliniques médicale, chirurgicale et psychiatrique de Genève.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. les docteurs Metzger, Le Lorier, Ecalle, agrégés, accoucheurs des hôpitaux; Vaudescal, agrégé; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, chef de clinique et anciens chefs de clinique; Réglade, Cerné, chefs de clinique adjoints; Chomé, assistés de MM. de Manet, Joanny, Vidal, La Burthe et Chappaz, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mercredi 15 octobre 1924. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

COURS DE PÉDIATRIE PRATIQUE. — Nous rappelons que le cours de pédiatrie médico-chirurgicale, qui sera fait par MM. Armand-Delille, Hallé, Huber, Lemaire, Lesné, Paisseau, Weill-Hallé, Mouchet et Veau, médecins et chirurgiens des hôpitaux, commencera le 6 octobre.

S'inscrire à l'hôpital Trousseau.

LABORATOIRE DES TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. (Professeur : M. A. RICHAUD ; chef des travaux : M. M. Tiffeneau, agrégé.) — *Conférences pratiques et étude du droguier*, par MM. Fernand Mercier e René Hazard, préparateurs.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

A ces travaux pratiques seront admis :

1° Les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime) ;

2e Les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1924.

Droit d'inscription : 100 francs.

Les conférences auront lieu tous les jours, à la salle des travaux pratiques de pharmacologie, de 13 h. 30 à 15 heures.

Cette série de conférences commencera le jeudi 9 octobre 1924. — Prière de s'inscrire de suite.

CLINIQUE CALOT (69, quai d'Orsay). — A l'occasion du Congrès de chirurgie M. Calot fera le mercredi 8 octobre à 9 h. 1/2 une série de démonstrations et exposera les nouvelles acquisitions, de capitale importance, réalisées dans le domaine de la pathologie de la hanche.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 20 octobre 1924, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le médecin consultant d'armée », par M. Nobécourt, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heures précises (tenue civile, prix, 19 fr.), au Cercle militaire.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, V à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane..............	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

Alexandre LACASSAGNE

(1843-1924)

Il y a quelques jours succombait à Lyon, à l'âge de quatre-vingt et un ans, M. Alexandre Lacassagne, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, l'un des plus éminents médecins légistes de notre époque.

Lacassagne était né à Cahors, comme Gambetta, dont il fut le fidèle ami. Après avoir commencé ses études à Montpellier il entra dans la médecine militaire et fut élève de l'Ecole de Strasbourg, puis plus tard agrégé du Val-de-Grâce.

Au moment de la guerre de 1870, Lacassagne était aide-major aux dragons de l'Impératrice. Fait prisonnier, il fut emmené en captivité en Allemagne. Dans la suite il devint médecin-major aux bataillons d'Afrique et trouva là une inépuisable mine de travail. Dès ce moment il se signale par de remarquables études sur les tatouages et les stigmates du déséquilibre psychique.

Au moment de la fondation de la Faculté de médecine de Lyon, il fut appelé à la chaire de médecine légale à laquelle il devait rapidement donner un éclat incomparable.

Ses travaux sur l'anthropologie normale et criminelle et sur la jurisprudence médicale sont célèbres. Il leur donna une grande diffusion en fondant, avec Coutagne et Bournet, les *Archives d'anthropologie criminelle*. On n'a pas oublié, en particulier, ses ardentes polémiques, avec Lombroso, sur la question du « criminel né ».

Lacassagne fut un des experts les plus renommés de la fin du XIXe siècle.

Rappelons, pour ne citer que les plus célèbres, ses rapports dans l'affaire Gouffé et dans l'affaire de Vacher, le tueur de bergers. Au moment de l'assassinat du président Carnot il fut commis pour procéder à l'autopsie.

Les beaux travaux scientifiques de Lacassagne, l'élévation de son caractère lui avaient valu une exceptionnelle autorité, aussi avait-il été élu associé national de l'Académie de médecine et correspondant de l'Institut.

Depuis sa retraite Lacassagne vivait dans une retraite utilement occupée par de nouveaux travaux. C'est ainsi qu'il publia il y a quelques années un livre sur la *Verte vieillesse* qui est un petit chef-d'œuvre. Il n'oubliait pas ses anciens collaborateurs, et dès 1921 il avait fait don à la ville de Lyon de sa bibliothèque, collection considérable de 12.000 volumes de médecine légale.

Il y a six mois, au cours d'une de ses promenades quotidiennes il fut victime d'un accident d'automobile et assez gravement atteint.

Il ne devait pas se remettre de ses blessures.

L'INFECTION PUERPÉRALE
ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL [1]

Par M. MAURICE AUVRAY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

Je ne ferai pas ici en détail l'histoire de l'infection puerpérale, j'en tracerai seulement les grandes lignes en insistant plus particulièrement sur la thérapeutique chirurgicale applicable à certains cas. Je tiens à dire dès le début de cette étude que j'envisage surtout ici l'infection puerpérale *postabortum* que les chirurgiens ont à traiter le plus souvent. Il n'est pas de question plus débattue encore actuellement que celle des indications de l'hystérectomie appliquée au traitement des infections puerpérales; elle a fait l'objet de très nombreux travaux dans ces dernières années et le débat sur la meilleure conduite à suivre dans les cas d'infection puerpérale grave est loin d'être clos. C'est SCHULZE qui le premier, en 1886, eut l'idée d'enlever l'utérus chez une femme atteinte d'infection puerpérale. WINTREBERG, sous l'inspiration de son maître BOUILLY, consacrait sa thèse inaugurale en 1895 à l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale. La même question était discutée en 1895, à la XLVIe Réunion de l'*Association médicale américaine*; en 1901 à la *Société de chirurgie de Paris* où TUFFIER dont les idées étaient partagées par TERRIER, GUÉRIN, J.-L. FAURE, se faisait le défenseur de l'hystérectomie, tandis que RICARD se classait parmi les abstentionnistes; la même année à la *Société d'obstétrique de Paris* où la plupart des accoucheurs se prononçaient contre l'enlèvement de l'utérus; au *Congrès de Rome* (1902) et à celui de *Madrid* (1903) où la légitimité de l'intervention était admise par la plupart des chirurgiens, chacun selon ses tendances, étendant plus ou moins les indications de l'hystérectomie. Cependant, au *Congrès de Madrid*, PINARD s'était élevé contre l'hystérectomie à laquelle il ne reconnaissait pas d'indication rationnelle dans l'infection puerpérale. Depuis lors bien des publications isolées ont été faites; il nous est impossible de les énumérer toutes. Nous signalerons cependant les discussions qui ont eu lieu à la *Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin* en 1909; aux *Congrès allemands de gynécologie* de 1910 et 1912. Parmi les travaux français les plus récents nous mentionnerons les articles de VIGNES dans *Gynécologie et obstétrique* (1920), de CADENAT dans la *Presse médicale* (1920), de DOUAY dans *Gynécologie et obstétrique* (1920); les rapports très documentés présentés par POTVIN (de Bruxelles) et COTTE (de Lyon) au *Congrès des gynécologues de langue française* en septembre 1921, qui ont été suivis d'une importante discussion et ceux non moins importants de COUVELAIRE, de BROUHA, de HAUCH, d'Emilio ALFIERI, présentés au *Congrès de la fièvre puerpérale* à Strasbourg (2-4 août 1923); les communications que j'ai faites moi-même à l'Académie de médecine en avril 1924 et à la Société de chirurgie de Paris en juin 1924, lors de la discussion qui a eu lieu à cette Société sur le traitement de l'infection puerpérale.

Sous la dénomination d'infection puerpérale il faut entendre l'infection qui prend naissance dans l'appareil génital d'une femme qui vient d'accoucher ou d'avorter; c'est l'infection des suites de couches ou de fausses couches. C'est de toutes les infections génitales la plus grave.

1° Etiologie. — Cette infection peut être apportée du dehors par ceux qui pratiquent l'accouchement, par leurs mains, insuffisamment aseptisées, par les instruments ou les liquides dont ils se servent insuffisamment stérilisés; elle succède souvent à des tentatives criminelles d'avortement.

Mais plus souvent qu'on ne le pense l'infection est d'origine *endogène*; l'infection est provoquée par des germes qui préexistaient chez la femme et qui ont envahi la plaie obstétricale.

L'infection endogène peut être locale; la femme peut avoir ses voies génitales infectées par du gonocoque dont la virulence s'exalte après l'accouchement; une ulcération banale du col, un cancer du col, une endométrite peuvent être le point de départ de l'infection.

L'infection peut être métastatique et se faire par la voie sanguine; les germes ont pour point de départ un foyer septique situé à distance (pneumonie, otite) ou une septicémie (grippale, érysipélateuse). En cas de foyer septique voisin de l'utérus (abcès appendiculaire), l'infection peut se faire par la voie lymphatique.

Il est possible aussi que sous l'influence de certaines conditions de terrain, sous l'influence d'un fléchissement de l'organisme, sous l'influence des altérations locales qui résultent de l'acte obstétrical, les germes banaux qui vivent habituellement dans le vagin acquièrent de la virulence ou exaltent leur virulence atténuée et deviennent le point de départ de l'infection puerpérale.

Nous ne saurions trop répéter toutefois, dans un ouvrage qui doit être mis entre les mains des étudiants et des praticiens, *que les précautions les plus rigoureuses d'antisepsie et d'asepsie doivent être prises, à la campagne comme ailleurs, quel que soit le milieu dans lequel ils se trouvent*, par les médecins qui sont appelés à accoucher et à soigner dans les suites de couches ou de fausses couches, sous peine de s'exposer aux pires catastrophes. La cavité utérine, en effet, avec ses vaisseaux béants, offre pendant la période puerpérale une vaste surface d'absorption pour les microbes. Il faut tout faire en pareille matière pour prévenir l'infection, car lorsque celle-ci est déclarée, il faut bien reconnaître que nous n'avons, dans l'état actuel de nos connaissances, aucun procédé qui permette de la combattre toujours avec efficacité; que de cas sont encore au-dessus de nos ressources médicales et chirurgicales! Toutes ces recommandations ne sont pas inutiles, car la fréquence de l'infection puerpérale est encore grande. POTVIN (de Bruxelles), dans son rapport, admet que la fréquence de l'infection puerpérale aiguë est actuellement encore de 10 p. 100 et que les chiffres de sa mortalité varient, suivant les statistiques, de 21 p. 100 jusqu'à 51 p. 100.

Plusieurs espèces microbiennes sont susceptibles de provoquer l'infection puerpérale (WIDAL, FABRE). Mais tous ces microbes n'ont pas la même importance. On rencontre le plus souvent le streptocoque pyogène, le staphylocoque pyogène, le bacterium coli, le gonocoque, des microbes anaérobies. Exceptionnellement on a rencontré le bacille d'Eberth, le bacille diphtérique, le bacille tétanique, le proteus vulgaris, le pneumocoque. MOUCKEBERG (de Santiago-du-Chili) a étudié la septicémie puerpérale à pneumocoque dans un article de *Gynécologie et obstétrique* de 1922; il rapporte une observation curieuse où le pneumocoque fut transmis à l'accouchée par la sage-femme qui la soignait et présentait une amygdalite chronique dans la sécrétion de laquelle on trouva de nombreux pneumocoques, tandis que le pneumocoque manquait dans le pharynx de l'accouchée et qu'on ne retrouvait dans ses antécédents aucune maladie à pneumocoque. FRAENKEL a signalé dans les cas de gangrène gazeuse de la paroi utérine la présence du bacille de Fraenkel. Ces diverses espèces microbiennes se rencontrent rarement à l'état pur; le plus souvent elles sont associées entre elles ou au streptocoque et donnent naissance à des infections mixtes qui sont souvent aéro-anaérobies. De toutes les espèces microbiennes la plus fréquente et elle est redoutable est le streptocoque qui peut exister seul ou associé aux autres espèces et qui peut envahir l'organisme tout entier. Les formes à streptocoque de l'infection puerpérale sont les plus graves et les plus fréquentes (50 p. 100 des cas).

Les microbes seront recherchés dans les sécrétions utérines et lorsque l'infection semble généralisée, dans le sang par hémoculture. Les recherches bactériologiques pourront nous renseigner non seulement sur la nature des germes, mais aussi sur leur degré de virulence et sur leur pénétration dans le sang, et nous aurons ainsi au point de vue pronostic des renseignements utiles; il ne faudrait toutefois pas en exagérer l'importance; ainsi la présence du streptocoque dans le sang par exemple n'implique pas forcément une issue fatale; on voit des cas où l'hémoculture était positive pour le streptocoque et qui ont guéri; on en voit où elle était positive pour le staphylocoque qui se sont terminés par la mort; enfin, des cas où l'hémoculture était négative ont été suivis de mort.

(1) Ce travail formera un chapitre du *Précis de gynécologie* qui doit paraître prochainement chez Doin.

Nous devons signaler que dans certains cas graves le liquide des lochies aurait été trouvé stérile. CADENAT a rapporté un cas de LAUNAY où des cultures faites à plusieurs reprises pour aérobies ou anaérobies ont été négatives. LAUNAY, ayant pratiqué l'hystérectomie, vit se développer à la suite de l'opération des abcès pyohémiques qui étaient également stériles; malgré cela, le pus ayant une odeur fétide, il institua le traitement par le sérum antigangréneux, les abcès disparurent et la malade guérit.

2° **Lésions anatomiques.** — L'infection est d'abord localisée à la muqueuse utérine. Elle peut de là gagner en profondeur et se propager au muscle utérin, dans lequel des foyers de gangrène, des abcès peuvent apparaître; c'est tantôt un abcès unique, tantôt des abcès multiples plus ou moins volumineux; les plus petits ont le volume d'une tête d'épingle, les plus gros peuvent atteindre le volume d'un œuf. MERCADÉ les a étudiés dans sa thèse en 1906. Ces lésions du muscle utérin sont assez exceptionnelles.

E. FRAENKEL, dans *Virchows Archiv. für pathologische Anat. und Phys.*, 1923, a étudié à propos de sept cas personnels la *gangrène gazeuse de la paroi utérine* dont l'agent pathogène lui a paru toujours être, nous l'avons dit, le bacille de Fraenkel et qui semble n'affecter que l'utérus gravide et puerpéral et survenir surtout à la suite de manœuvres abortives.

On est en présence d'une infection qui tue les malades d'une façon foudroyante. A la coupe de l'organe on trouve dans les parois des foyers de nécrose, des foyers de gangrène, des cavités remplies de gaz. On peut parfois à l'examen clinique de la malade constater par le palper la présence d'une crépitation gazeuse. Il se produit rapidement une altération profonde de l'état général, le facies devient terreux, ictérique, et la malade succombe à l'intoxication profonde de l'organisme.

L'infection peut encore se propager sur place en donnant naissance à des complications localisées tout autour de l'utérus. Par la muqueuse l'infection peut se propager aux trompes et aboutir à la production de salpingites purulentes.

L'infection peut gagner le péritoine, soit par voie tubaire, à la suite de lésions annexielles, soit à la faveur d'une perforation survenue au cours de manœuvres criminelles d'avortement, la perforation intéressant, soit les culs-de-sac du vagin, soit l'utérus; soit enfin par la voie des lymphatiques. Cette propagation au péritoine a pour conséquence la péritonite qui, d'abord localisée au petit bassin, peut se généraliser à tout l'abdomen.

La propagation de l'infection aux veines utérines et périutérines a pour conséquence la phlébite et la thrombo-phlébite de ces veines. C'est là une des complications les plus graves de l'infection puerpérale qui peut aboutir à l'infection purulente généralisée et à la complication si redoutable qu'est l'embolie. Bien avant d'apparaître à l'extérieur où elle se manifeste par les signes habituels, l'infection veineuse reste localisée aux veines du petit bassin.

Mais ce qui fait de l'infection puerpérale une infection redoutable c'est que de locale l'infection peut devenir, et quelquefois très rapidement, une infection générale de l'organisme. C'est par la voie sanguine que se fait le transport des germes à distance; on assiste à l'évolution d'une véritable septicémie d'origine puerpérale. Ces formes à infection généralisée sont bien différentes au point de vue pronostic des formes qui restent localisées à l'appareil génital. Quelle qu'en soit la cause, inoculation massive ou inoculation de germes particulièrement virulents, la septicémie peut prendre dans certains cas une allure suraiguë et amener très rapidement la mort.

3° **Formes cliniques et leur traitement.** — On conçoit que les manifestations cliniques de l'infection puerpérale de même que les indications thérapeutiques soient tout à fait différentes suivant que l'infection reste localisée à l'utérus, et qu'il y a alors rétention ou non de débris placentaires; suivant que l'infection s'étend aux annexes et au paramètre; suivant encore que le péritoine est envahi et que la péritonite reste localisée au petit bassin ou s'étend à l'abdomen; suivant, enfin, que l'infection est devenue générale et qu'il y a septicémie.

I. Voici le cas que nous rencontrons heureusement le plus souvent en clinique; il est d'observation courante dans nos services hospitaliers. Dans les quelques jours qui suivent une fausse couche ou un avortement provoqué, plus rarement un accouchement normal, la malade se présente à nous avec de la fièvre, la température s'élève à 38°5, 39 degrés, même au delà; il y a de la céphalée, un mauvais état général; il existe un écoulement vaginal, séro-purulent, sanguinolent, parfois même accompagné de véritables pertes sanguines, l'écoulement est fétide, mélangé à des débris de membranes; en interrogeant la femme ou quelqu'un de son entourage on apprend que la délivrance a été incomplète et que depuis l'expulsion du fœtus des débris de l'œuf retenu dans la matrice ont été évacués à plusieurs reprises; quelquefois même l'infection utérine avait commencé avant l'expulsion du fœtus. Au toucher on trouve un utérus gros, légèrement douloureux, mais dont le col est ouvert et perméable au doigt. La rétention de débris placentaires est évidente et le premier soin du chirurgien doit être d'assurer l'évacuation par le curettage de tous les débris retenus dans la cavité utérine dont la putréfaction est la cause des accidents infectieux. Même si le cas était moins net et s'il y avait des doutes sur l'existence d'une rétention de débris placentaires, mieux vaudrait pratiquer encore le curettage pour plus de sûreté.

Le curettage, même en cas de rétention de débris placentaires, serait cependant contre-indiqué, et l'*hystérectomie* devrait être pratiquée d'*emblée*, si on observait la malade longtemps après l'avortement ou l'accouchement, si on était en présence d'une situation immédiatement grave, d'un état général franchement mauvais, donnant l'impression que la malade est gravement infectée. Cotte considère que le curettage en pareil cas peut être dangereux. Il rappelle que « COMMANDEUR a vu dans ces cas-là le curettage entraîner une mort rapide avec des accidents infectieux suraigus qui laissaient l'impression qu'on avait réalisé une véritable injection de microbes dans le sang... »

Mais lorsqu'il peut être fait à temps, pour une infection récente, le curettage est une opération qui a ses indications et qui rend les plus grands services.

Le *curettage* décidé doit être pratiqué sans retard. Plusieurs manières de faire ont été proposées. Je préfère pour ma part un curettage instrumental avec la curette; en maniant d'une main légère et méthodiquement une curette mousse assez large, je ne vois vraiment pas quel inconvénient peut avoir le curettage, mais il faut évidemment faire saigner le moins possible l'utérus au contact de l'instrument et c'est pour cela qu'il est bon de se servir de curettes mousses; il faut éviter aussi de passer au travers d'un utérus dont la paroi est toujours plus ou moins ramollie. Au cours du curettage on pourra, à une ou plusieurs reprises, irriguer la cavité utérine à l'aide d'une solution bien chaude d'eau iodée ou d'eau oxygénée, et on n'abandonnera la curette que lorsqu'on pensera avoir fait une évacuation complète de l'utérus. On pourra en terminant le curettage badigeonner les parois de la cavité utérine à l'aide de teinture d'iode ou d'une solution de glycérine créosotée au dixième, ou encore d'essence de térébenthine pure; le plus souvent, si l'utérus est peu infecté, le mieux sera de ne laisser ni drain, ni mèche dans sa cavité après le curettage, de se contenter d'injections vaginales, sans aucun traitement intra-utérin consécutif; si, au contraire, sa cavité était très infectée, une mèche de gaze antiseptique (gaze à l'iodoforme, gaze à l'ectogan) pourrait y être laissée à demeure pendant vingt-quatre heures.

On a objecté au curage fait à la curette d'être souvent incomplet; ceci est parfaitement exact; le curettage est une opération plus difficile à réaliser que ne pensent nos jeunes élèves; il est fait souvent d'une façon incomplète; nous verrons plus loin, lorsque je citerai la statistique des cas d'infection puerpérale hystérectomisés dans mon service, combien souvent on a trouvé des débris de placenta oubliés dans des utérus curettés. On lui a reproché d'exposer aux perforations utérines, de créer des plaies qui représentent de nouvelles portes ouvertes à l'infection venue de la cavité utérine. C'est la raison pour laquelle certains gynécologues ont proposé le *curage digital* qui permettrait de mieux reconnaître tous les débris de placenta et d'en faire une extraction plus complète et moins traumatisante qu'avec la curette. Encore faut-il qu'il soit possible, le col, en effet, ne se laisse

pas toujours dilater, le doigt ne passe pas et s'il passe il ne parvient pas toujours à atteindre les parties profondes de la cavité utérine, même si la main restée libre refoule le fond de l'organe vers le doigt qui fait le curage.

POTVIN, dans son rapport, a donné la préférence à la *pince à faux germes* qu'il compare « à une petite main en miniature qui irait cueillir avec ses doigts les cotylédons retenus ». Cette pince n'enlève que les cotylédons retenus, elle ne crée aucune plaie par râclage. « En procédant de la sorte, dit l'auteur, aucune plaie nouvelle n'aura été créée, seuls les vaisseaux en continuité avec les cotylédons infectés auront été ouverts. Pourquoi l'absorption de produits septiques serait-elle augmentée, puisque je supprime la source où ils allaient les puiser ? »

Ce qu'il y a de certain, c'est que dans un très grand nombre de cas (j'envisage ici surtout le curettage pratiqué à la suite des avortements spontanés ou provoqués, celui que font les chirurgiens), si le curettage a été fait à temps, on voit à la suite d'une élévation thermique qui succède parfois au curettage, la température tomber, l'écoulement diminuer puis finalement disparaître, et la malade guérir parfaitement et rapidement, même sans qu'il ait été utile de faire aucun traitement intra utérin post-opératoire.

VANVERTS (de Lille) étudiant dans *Gynécologie et Obstétrique*, 1922, les indications de l'hystérectomie tirées des résultats du curettage dans l'infection post-abortum, admet lui aussi « que le curettage est un puissant moyen de traitement dans l'infection post-abortum avec rétention placentaire, pourvu qu'on le réserve aux cas d'infection récente et à ceux où l'infection reste limitée à l'utérus »; mais, pour VANVERTS, lorsque la défervescenee après le curettage tarde plus de deux ou trois jours, le pronostic s'aggrave notablement.

La manière de voir des accoucheurs qui envisagent la thérapeutique intra-utérine de l'infection après l'accouchement, est différente en ce qui concerne le curettage. VIGNES, dans un article de *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, conclut que :

« — Dans les cas d'infection utérine *après l'accouchement*, en dehors des cas de rétention d'un cotylédon placentaire, il est dangereux et inutile d'intervenir dans la cavité utérine après la première semaine;

« — Le curage normal, les applications directes de substances antiseptiques sont absolument à rejeter;

« — L'injection intra-utérine de liquides antiseptiques peut se justifier dans les cas de rétention de débris membraneux ou de caillots à la condition qu'elle ne soit ni tardive, ni répétée. Elle est le plus souvent inutile;

« — Le curettage, que certains accoucheurs pratiquent sur les mêmes indications, doit être considéré comme inutile et souvent dangereux, en raison de l'impossibilité pratique d'enlever totalement à la curette le foyer infecté. Dans les cas d'infections streptococciques, de beaucoup les plus fréquents, il est particulièrement néfaste. » L'opinion de VIGNES semble adoptée à l'heure actuelle par la majorité des accoucheurs.

II. Lorsque après le curettage, même bien fait, les accidents ne cèdent pas; lorsque la température continue ou après avoir baissé remonte à nouveau pour atteindre souvent un niveau très élevé; s'il persiste un écoulement séro-purulent assez abondant et à plus forte raison fétide, sans cependant qu'il existe de signes locaux indiquant l'extension de l'infection aux organes péri-utérins ou de symptômes généraux en rapport avec la généralisation de l'infection, quelle conduite faut-il tenir? Celle-ci est bien difficile à préciser. Doit-on recourir d'emblée à l'hystérectomie? « Il serait imprudent, écrit VANVERTS, de continuer l'expectation si, le lendemain du curettage, la fièvre restait élevée et s'accompagnait de phénomènes infectieux intenses, si le curettage n'avait permis d'extraire que des débris insignifiants, si des frissons apparaissaient. »

J.-L. FAURE, avec beaucoup de chirurgiens, admet que, lorsque après le curettage la température remonte, il faut très rapidement pratiquer l'hystérectomie. En pareil cas il est contre-indiqué de faire un second curettage, c'est l'avis, à peu près général. Cette manière de voir est très juste, si l'on est sûr que le premier curettage fait par une main expérimentée a été complet; mais que de fois des débris ont été oubliés dans l'utérus. Admettons donc que le curettage ait été bien fait, c'est alors, nous le répétons la question de l'*hystérectomie d'emblée* qui se pose, mais il est évident qu'il est impossible de fixer un délai pour l'ablation de l'utérus; le chirurgien basera sa décision très souvent sur l'impression générale qui se dégage du cas considéré. Pour ma part je me range du côté des chirurgiens, qui comme J.-L. FAURE, admettent que dans des cas graves, où les accidents ont résisté au curettage et s'aggravent, le mieux est de pratiquer très rapidement l'hystérectomie, et je regrette dans certains cas de n'être pas intervenu plus tôt. C'est également la manière de voir de Albert AARON TOUBOL, dans sa thèse (Bordeaux 1922-1923) sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale : de l'analyse des faits TOUBOL conclut qu'il n'y a pas d'indications systématiques et que le chirurgien doit savoir être opportuniste, cependant la règle posée par J.-L. FAURE lui paraît devoir être suivie de préférence.

Pierre DUPIN dans sa thèse (Bordeaux 1922-1923) accorde une importance dans l'indication de l'hystérectomie à la triade symptomatique décrite par COURBIN : facies toxique rappelant celui des grands shockés d'origine musculaire, utérus gros et mou, pertes fétides; pour lui cette triade témoigne de l'atteinte du muscle utérin et indique l'intervention immédiate avant que ne soit franchie la musculeuse; il ne faut pas attendre trop longtemps après l'apparition de la triade pour faire l'hystérectomie.

Si toutefois le chirurgien estimait pour une raison ou une autre que l'hystérectomie doit être encore différée, il devrait mettre en jeu tous les moyens de la thérapeutique médicale dont nous disposons.

Le *traitement médical* a un double but : diminuer la virulence du microbe, en poursuivant la désinfection locale et augmenter la force défensive de l'organisme. Localement je crois qu'il est fort utile de maintenir en permanence de la glace sur la partie inférieure de l'abdomen. Je crois également à l'efficacité de lavages intra-utérins répétés plusieurs fois par jour et abondants. Ces injections intra-utérines seront faites avec une solution renfermant de la teinture d'iode à 1 p. 1000 ou de l'eau oxygénée, ou du permanganate de potasse, etc.

J.-L. FAURE, DOUAY préconisent aussi l'*irrigation continue* intra-utérine, que j'ai vu dans certains cas fournir de bons résultats; l'irrigation continue sera faite avec de l'eau iodée, de l'eau additionnée d'une faible quantité d'eau oxygénée, et même de l'eau stérilisée simple; elle sera faite à la température du milieu extérieur, de façon, comme la glace en application locale sur l'abdomen, à créer un milieu intra-utérin refroidi aussi peu favorable que possible aux cultures microbiennes.

On a eu recours également aux injections discontinues de la cavité utérine faites *avec le liquide de Dakin-Carrel* (hypochlorite de soude); on sait que ce liquide qui a un pouvoir peu toxique, peu irritant et qui a une action bactéricide assez marquée a rendu dans le traitement des plaies de guerre infectées de grands services. SILHOL, GENTY, ANDÉRODIAS, PERAZZI (en Italie) ont appliqué la méthode au traitement des utérus infectés. J'ai moi-même essayé de ce mode de traitement dans mon service, mais dans un trop petit nombre de cas pour pouvoir en tirer des conclusions; je crois pouvoir dire néanmoins qu'elle est susceptible de rendre des services. J'ai fait l'irrigation à l'aide d'une sonde urétrale en gomme laissée à demeure dans l'utérus, fixée à la cuisse suivant la technique indiquée par ANDÉRODIAS et communiquant avec un récipient renfermant le Dakin; toutes les deux heures on laisse écouler 40 à 50 centimètres cubes de liquide; le traitement est cessé dès que la fièvre a disparu; il faut avoir soin de protéger la muqueuse vulvo-vaginale contre l'action irritante du liquide de Dakin. ANDÉRODIAS dans la communication qu'il a faite au *Congrès des gynécologues de langue française* tenu à Paris en 1921 déclare que « lorsqu'au bout de huit jours, l'état local et général n'a pas été amélioré, il importe de ne pas continuer, car il n'y a plus rien à attendre de cette méthode; c'est que l'infection n'est plus superficielle, et qu'elle est devenue plus profonde, peut-être même générale. » Sur 152 cas d'infection post-partum que ANDÉRODIAS a traités de cette façon, il y en aurait 12 seulement où la méthode de l'irrigation discontinue n'aurait donné aucun

résultat. Par contre DOUAY déclarait récemment que les résultats de la méthode de CARREL ne lui avaient pas paru meilleurs que ceux fournis par l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée.

En même temps qu'on fait usage des différents moyens de traitement local, que nous venons de passer en revue, il faut stimuler par tous les moyens qui sont à notre disposition la défense de l'organisme et l'état général. Les injections d'huile camphrée à dose élevée sont indiquées, on fera jusqu'à 20, 30 centimètres cubes d'huile camphrée dans les vingt-quatre heures par doses fractionnées de 10 centimètres cubes. Les injections de sérum physiologique avec adjonction d'adrénaline pourront être utilement employées. Les injections intraveineuses de sels d'argent, d'électrargol (1), d'or colloïdal, sont à recommander. On pourra de même utiliser les injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique, auxquels certains auteurs, Pinard entre autres, attribuent de l'efficacité; PINARD injecte jusqu'à 40 centimètres cubes matin et soir pendant trois jours et même davantage; les injections de sérum antigangréneux pourraient, dans les infections à microbes anaérobies et à suppuration particulièrement fétide rendre des services. Il sera donc bon d'être renseigné par des examens bactériologiques sur la nature microbienne des sécrétions vaginales.

C'est dans ces cas-là que l'on conseille encore de recourir aux *abcès de fixation* préconisés par FOCHIER (de Lyon). En réalité ces abcès dits de fixation, ne fixent pas l'infection au point où l'abcès est créé, mais en excitant la leucocytose ils augmentent la défense de l'organisme par les phagocytes. Leur technique est simple : on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané, de préférence à la face externe de la cuisse, 2 à 3 centimètres cubes de térébenthine purifiée, neutralisée. Au bout de quelques jours, si l'organisme est susceptible de défense contre l'infection, on voit se produire du gonflement, de la douleur, de la rougeur et un abcès se constitue qu'il faut ouvrir et évacuer et qui suppurera pendant un temps plus ou moins long; si au contraire l'organisme profondément atteint, réagit mal ou ne réagit pas du tout, on voit l'abcès se former d'une façon très torpide, très lente et n'aboutir à la suppuration qu'au bout de dix à douze jours, et même quelquefois il ne se forme pas du tout, ce qui est d'un pronostic fâcheux. L'abcès de fixation a donc une valeur pronostique peut-être (d'aucuns diront certainement), supérieure à sa valeur thérapeutique. Dans les rares cas où j'ai eu recours à l'abcès de fixation, je ne saurais dire s'il a été utile, je n'ai rien remarqué de particulièrement probant. Il est vrai qu'il est bien difficile de se prononcer en pareil cas, car toutes les méthodes thérapeutiques locales et générales sont souvent employées simultanément dans les cas où l'infection par sa ténacité devient grave. et on ne sait en cas de succès à laquelle il faut attribuer la guérison. L'abcès de fixation condamné par certains, trouve encore cependant des défenseurs.

Mais il serait très dangereux de s'attarder à la thérapeutique médicale et lorsqu'on voit les accidents persister et s'aggraver après un curettage qui n'a pas donné ce qu'on attendait, le meilleur moyen de prévenir l'extension locale et générale de l'infection est de *supprimer* et cela *sans tarder* le foyer toxique que constitue un utérus dans lequel l'infection s'est étendue en profondeur provoquant dans le muscle utérin envahi des abcès multiples, des foyers de gangrène, des thromboses veineuses. S'il est un cas dans lequel l'hystérectomie peut rendre service, c'est lorsque l'infection tout en ayant un caractère grave, reste encore limitée à l'utérus. Si l'on avait un doute, mieux vaudrait à mon sens se prononcer en faveur de l'hystérectomie; a-t-on le droit de mettre en balance la vie d'une femme menacée de mort, avec la perte d'un organe qui n'est point indispensable à la vie et qui, du reste, avec les lésions profondes qu'il présente, peut n'être pour l'avenir qu'un organe bien imparfait.

III. Si au contraire il y a quelque indice d'une extension de l'infection aux tissus péri-utérins, on ne se hâtera pas d'intervenir; on suspendra toute espèce de traitement intra-utérin; on immobilisera complètement la malade, on continuera les injections vaginales plusieurs fois par jour, le traitement général institué sera poursuivi; la glace maintenue à demeure sur l'abdomen.

On sera souvent assez heureux pour enrayer ainsi la marche des accidents, refroidir les lésions et on interviendra secondairement s'il y a lieu, c'est-à-dire dans des conditions aussi favorables que possible, sur un sujet dont les forces auront été reconstituées et les lésions réduites. Si au contraire les lésions locales évoluent vers la suppuration, s'il se développe une collection au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, on l'évacuera par une colpotomie; et si la fièvre malgré cette ouverture persiste, il sera bon d'enlever l'utérus lui-même par une hystérectomie vaginale, d'enlever la bonde, comme on l'a dit, qui ferme le petit bassin, ce qui permettra d'ouvrir plus parfaitement avec le doigt tous les foyers purulents et d'en faire un meilleur drainage. Intervenir par la voie haute, par la voie abdominale dans ces cas de suppurations aiguës, au milieu des adhérences multiples que l'intestin a contractées avec ces masses suppurées, c'est évidemment faire courir à la malade des risques beaucoup plus grands. En cas de phlegmon du ligament large évoluant vers la paroi abdominale, on incisera la collection au-dessus de l'arcade crurale en passant sous le péritoine. Toutes ces questions de thérapeutique ont été déjà envisagées dans les chapitres consacrés au traitement des salpingites, des pelvi-péritonites, des phlegmons du ligament large : nous n'avons rien à y ajouter, le traitement ne varie pas quand la cause de ces diverses lésions est d'origine puerpérale.

Il est une complication locale péri-utérine, dont la gravité est grande puisqu'elle expose aux embolies, à la septicémie et à la pyohémie, et qu'on observe assez souvent au cours de l'infection puerpérale, c'est la *phlébite des veines péri-utérines avec thrombose* consécutive; il importerait de pouvoir en faire le diagnostic, car elle est dans certains cas où le traitement médical ne suffit plus, justiciable d'une intervention spéciale. Elle a fait l'objet d'une discussion au *Congrès de la Société obstétricale de France* en 1912. Malheureusement le diagnostic en est fort difficile : elle est caractérisée par des frissons qui se répètent et précèdent l'élévation de la température; celle-ci est de type rémittent, irrégulier et peut monter jusqu'à 41 degrés et audelà. Il y a accélération progressive du pouls, et souvent apparition d'accidents pulmonaires en rapport avec de petites embolies. La malade souffre sur les parties latérales de l'utérus. Au toucher on peut trouver sur les côtés de l'organe dans le ligament large une tuméfaction allongée en forme de cordon, sensible au toucher. Mais combien il est difficile, en l'absence d'une localisation phlébitique concomitante du côté des membres inférieurs, de distinguer ces signes attribués à la phlébite de ceux vraiment très analogues qu'on observe au cours de l'évolution d'une salpingite, ou surtout d'un phlegmon développé dans la base du ligament large! Et cependant si on parvenait à établir l'existence de la phlébite, une intervention chirurgicale par voie abdominale pourrait être indiquée.

Cette difficulté dans le diagnostic a pour conséquence de rendre hésitante notre intervention chirurgicale et de la retarder, alors qu'elle devrait être réalisée à une époque aussi rapprochée que possible du début de la phlébite. Le but est théoriquement de barrer la voie aux embolies en liant les veines au-dessus du point malade, mais encore faut-il qu'on arrive à temps pour pouvoir placer la ligature au-dessus du point où s'arrête le caillot, et ce qui est difficile c'est même en présence des veines, de dire où s'arrête le caillot, comme j'ai pu m'en rendre compte dans un cas personnel, où j'ai placé mes ligatures trop bas, hésitant à les poser sur les veines iliaques. La ligature veineuse a été faite sur les veines ovariennes, sur les veines iliaques internes, sur les veines iliaques primitives et même sur la veine cave inférieure

(1) Au *Congrès de la fièvre puerpérale* tenu à Strasbourg en août 1923, DAELS (de Gand) préconise l'injection intra-veineuse d'électrargol dans les infections atténuées, faites dès l'apparition de la fièvre puerpérale; il a injecté jusqu'à un demi-litre d'électrargol Clin.

Au même *Congrès de la fièvre puerpérale* MARBAIS et BENOIT ont indiqué les résultats satisfaisants obtenus par le docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE dans le traitement des infections suites de couches en utilisant l'arséno-benzol à la dose de 0g05, 0g10 et 0g20 en injections intra-veineuses.

(Warneckos). Maurer (de Paris) a rapporté au Congrès français de chirurgie, 1923, et à la Société de chirurgie (mars 1924), deux cas de ligature de la veine iliaque primitive. La ligature de la veine iliaque primitive lui a paru préférable à la ligature de la veine iliaque interne parce que plus facile et que l'opération doit être menée rapidement chez ces infectées dont la résistance est très amoindrie. C'est surtout à l'étranger que cette ligature a été pratiquée (Kownatzki, Wallace, etc.). Maurer insiste sur ce fait qu'il faut autant que possible ne pas se priver de la voie de retour que constitue la veine sacrée moyenne, qui est largement anastomosée avec les veines sacrées latérales et les plexus extra et intrarachidiens.

Birnbaum (de Göttingen) dans *Arch. für Gynak.*, 1921, signale l'existence de quatre cas de ligature de la veine cave inférieure, auxquels il ajoute un cas personnel. Les quatre cas appartiennent : un à Trendelenburg suivi de guérison, et trois à Bumm qui ont succombé. Le cinquième cas, celui de Birnbaum concerne une femme chez laquelle on intervint à la onzième semaine, in extremis ; le chirurgien ayant reconnu une thrombose de la veine iliaque primitive gauche plaça sa ligature sur la veine cave inférieure à 5 centimètres au-dessus de sa bifurcation ; en même temps, il liait la veine spermatique gauche. Les frissons cessèrent immédiatement et la malade guérit sans qu'il y ait eu de cyanose, d'œdème des extrémités ; on nota seulement après l'opération un pouls très rapide, battant de 160 à 170.

Un certain nombre d'auteurs et parmi eux J.-L. Faure proposent d'adjoindre à la ligature et à l'extirpation veineuse, l'*hystérectomie* ; je crois cette opinion parfaitement légitime si la patiente est en état de la supporter, attendu qu'on n'est jamais sûr que l'utérus qui a été le point de départ de la phlébite ne reste pas infecté et n'est pas la source de nouvelles réinoculations. J'en ai eu la preuve récemment dans un cas où je suis intervenu avec le diagnostic de phlébite probable ; la phlébite existait bien, mais il y avait, en outre, dans l'utérus que j'ai enlevé par hystérectomie un gros débris de placenta oublié lors du curettage qui avait été préalablement pratiqué.

Au *Congrès de l'infection puerpérale* tenu à Strasbourg (août 1923), il a été question de la ligature des veines comme traitement de la phlébite pelvienne. Lequeux et Chomé sont partisans de l'intervention chirurgicale malgré les résultats peu encourageants obtenus jusqu'à ce jour. Mais Schickelé, van Rooy, Alfieri, tout en reconnaissant la légitimité, en théorie, de la ligature des veines atteintes de phlébite, insistent sur la presque impossibilité de poser en pratique l'indication de cette opération à cause de la difficulté de diagnostiquer la phlébite. Ils insistent sur l'absence de documents un peu étendus permettant de juger la valeur de la méthode et d'une façon générale se montrent peu favorables à la ligature veineuse. Personnellement, je peux citer deux cas opérés dans mon service, l'un par un de mes assistants, l'autre par moi-même et qui ont succombé. Dans les deux cas de Maurer, la ligature a été suivie de succès ; dans l'un de ces cas les oscillations thermiques et les frissons ont cessé aussitôt après la ligature veineuse. L'une des opérées de Maurer, revue à distance a seulement conservé un peu de lourdeur dans le membre inférieur du côté lié. De ce côté, le mollet mesure 30 centimètres contre 28 centimètres du côté opposé.

Les lésions profondes de l'utérus, les lésions péri-utérines peuvent devenir le point de départ d'une *péritonite* qui, d'abord localisée au petit bassin, se généralise à l'abdomen ; c'est encore là une complication très redoutable de l'infection puerpérale ; cette propagation à la grande séreuse péritonéale se traduit par une recrudescence des phénomènes généraux et des phénomènes locaux ; les accidents se produisent parfois très brusquement, la douleur se généralise à tout l'abdomen et devient extrême, le ventre se météorise, la paroi abdominale sous la main qui palpe est contracturée, dure comme du bois (ventre en bois) ; cette rigidité de la paroi est un signe de premier ordre de la péritonite ; en même temps des vomissements verdâtres apparaissent et il y a arrêt dans l'émission des gaz ; les traits sont tirés, les yeux cerclés de noir, s'excavent ; au moment où se fait l'envahissement de la grande séreuse la température s'élève encore ; le pouls est petit, rapide. Il n'y a en pareille circonstance, dès que le diagnostic de péritonite est porté, pas une minute à perdre ; l'intervention chirurgicale s'impose : si on a la chance de voir la malade au début des accidents péritonéaux, et si l'état de la patiente n'est pas trop précaire, je préfère intervenir par laparotomie ; celle-ci permettra d'agir non seulement sur l'utérus, surtout s'il est perforé, et sur les annexes, mais aussi sur le péritoine : le pus et les fausses membranes seront évacués, la cavité péritonéale asséchée rapidement avec des compresses et le péritoine lavé à l'éther ce qui semble être vraiment un mode de traitement assez efficace ; avant de refermer, on assurera le drainage du péritoine à l'aide de larges drains placés dans le cul-de-sac de Douglas et même dans les fosses iliaques ; on pourrait aussi avantageusement assurer le drainage, au point déclive, par le vagin, en plaçant un drain dans une ouverture faite au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin.

Si on observe la malade à une période avancée de la péritonite, alors que l'état général donne l'impression qu'elle ne saurait résister à une opération grave, le mieux sera d'intervenir par la voie vaginale, car l'opération par voie basse est certainement moins choquante. On fera l'hystérectomie vaginale et on assurera le drainage de la cavité abdominale au point déclive ; si l'opérée apparaissait comme incapable de supporter l'hystérectomie vaginale, on se contenterait de la colpotomie.

IV. Il nous reste à parler de la catégorie de faits la plus grave, celle où *l'infection s'est généralisée*, par voie sanguine, celle où il y a *septicémie*. Dons ces formes généralisées, l'infection peut succéder à une rétention placentaire pour laquelle le curettage et tous les moyens thérapeutiques que nous venons de passer en revue ont été mis en œuvre et malgré ce traitement si bien qu'il ait été exécuté ; c'est que souvent nous sommes intervenus trop tardivement après le début des accidents. Mais il est des cas dans lesquels aucune rétention de débris placentaires ou de membranes ne peut être incriminée ; l'infection a eu pour point de départ un utérus vide ; elle est apparue rapidement, après l'expulsion du fœtus, et s'est généralisée de même ; souvent dans ces cas, particulièrement graves, l'infection locale passe au second plan, l'utérus est mobile, indolore, et sécrète peu ou ne sécrète pas de pus, on ne constate rien d'anormal autour de l'utérus, ni douleur, ni réaction inflammatoire ; c'est l'infection générale qui domine la scène.

L'infection générale, quel qu'en soit le début, se manifeste surtout par l'existence de frissons et d'une température très élevée à courbe irrégulière, à grandes oscillations ; le frisson est un symptôme toujours grave parce qu'il indique le passage des microbes et de leurs toxines dans la circulation générale ; les frissons peuvent se répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Le frisson est plus ou moins violent et suivi d'un accès de fièvre ; la température s'élève jusqu'à 40 degrés et au delà (une malade observée par nous atteignait 41°5), en même temps que le pouls devient très rapide. Dans l'intervalle des frissons la température s'abaisse, quelquefois même au voisinage de la normale, et le pouls se ralentit. J'ai vu se produire 3 degrés d'écart entre les températures maxima et minima. Au début, l'état général de la malade peut rester satisfaisant, mais généralement il ne tarde pas à s'altérer, la malade s'amaigrit, se cachectise, prend un facies terreux, devient adynamique ; de la diarrhée, des arthrites, des éruptions (purpura) peuvent être observées. Même dans ces formes septicémiques, il en est de plus ou moins graves ; certaines formes hyperseptiques ont une évolution extrêmement rapide, qui rend pour ainsi dire impossible toute intervention opératoire. Voici un cas de ce genre récemment observé dans mon service : la malade a fait sa fausse couche le 17 octobre ; elle entre dans le service le 19 octobre, avec une température à 40°5, un pouls à 140, des épistaxis, du purpura, tous les signes d'une infection extrêmement grave qui ne laisse guère d'espoir de guérison ; malgré tout, on tente l'hystérectomie le 21 octobre et la malade succombe le 22. Peut-être faut-il admettre que, dans ce cas, la gravité de l'infection était due à l'existence d'un épithélioma concomitant du col.

Le pronostic dans ces formes graves de l'infection puer-

pérale est d'autant plus mauvais qu'on est en présence de certaines espèces microbiennes, le streptocoque hémolytique par exemple ; que la virulence du microbe est plus grande ; que la cavité utérine est plus spacieuse, condition réalisée plus particulièrement à la suite d'un accouchement, parce que alors la surface d'absorption de la plaie utérine est plus étendue, ce qui revient à dire que les infections post-partum sont plus graves que les autres ; que l'évolution des accidents est plus rapide et que ceux-ci ont débuté à une époque plus rapprochée de l'avortement ou de l'accouchement ; que les frissons accompagnés d'une fièvre à grandes oscillations sont plus répétés. On pourra tenir compte aussi comme élément de pronostic des résultats fournis par l'analyse chimique du sang : ACHARD et PAISSEAU, COUINAUD, CLOGNE, BRINDEAU ont admis que, dans l'infection puerpérale, il y a augmentation de l'urée et de l'azote dans le sang, et que cette augmentation est d'autant plus grande que la forme observée est plus grave ; ces manifestations seraient la conséquence d'un mauvais fonctionnement du rein et du foie. L'étude de la formule sanguine peut être également utile : les infections graves s'accompagneraient d'une réaction leucocytaire intense 95 p. 100.

Que devons-nous faire en présence de ces formes septicémiques? Souvent tous les moyens médicaux ont déjà été employés au moment où apparaissent les accidents septicémiques ; d'autres fois les accidents septicémiques sont survenus avec une telle brusquerie et sont devenus si rapidement graves, qu'il ne saurait être question de s'attarder à un traitement médical, l'indication qui se pose d'urgence dans l'un et l'autre cas est celle de l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire l'hystérectomie. Nous ne saurions nous dissimuler que, dans les formes septicémiques et en particulier dans les formes suraiguës, les résultats que nous pouvons attendre de l'hystérectomie sont bien aléatoires ; on a objecté à cette opération qu'elle était inutile, puisque l'organisme entier était infecté ; ce n'est pas une raison cependant pour qu'on ne tente aucun effort en présence de ces cas d'infection si redoutable (à moins qu'on en soit arrivé à la dernière période de l'infection), d'autant que, il ne faut pas l'oublier, l'utérus représente le foyer où sont élaborés les poisons, source de l'infection sanguine ; et il est logique, dans l'ignorance où nous sommes de savoir si l'utérus ne continue pas à déverser ces poisons dans le sang, d'en proposer l'ablation ; J.-L. FAURE, CADENAT, DOUAY, POTVIN, COTTE, etc. ont défendu cette manière de faire, que je partage entièrement, qui permettra de sauver quelques malades en les mettant dans les meilleures conditions pour lutter contre une septicémie dont la source est tarie par l'hystérectomie. Mais, bien entendu, il faut pour que l'intervention chirurgicale ait quelques chances de succès qu'elle soit faite à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents septicémiques et non sur des sujets moribonds ; il faut aussi qu'elle soit suivie de la mise en jeu de tous les moyens dont nous disposons pour soutenir la lutte de l'organisme contre l'infection.

V. En terminant ce chapitre sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, je rappellerai qu'il existe encore toute une catégorie de faits dans lesquels l'hystérectomie s'impose sans retard ; ce sont ceux dans lesquels l'infection puerpérale se développe dans un utérus porteur d'une lésion qui, à elle seule, est justiciable de l'hystérectomie (COTTE) ; il y a double raison alors pour que l'ablation de l'organe soit faite ; les cas de ce genre sont ceux où il existe une lésion traumatique de l'utérus telle une perforation, un cancer ou un fibrome de la matrice, une rétention de fragments de môle hydatiforme en cas de grossesse molaire compliquée d'infection.

4° **Choix de l'hystérectomie.** — Lorsque l'hystérectomie est décidée, *à laquelle des deux voies, abdominale ou vaginale, faut-il donner la préférence?* D'une façon générale, on peut dire que l'hystérectomie vaginale, moins choquante, moins grave que l'abdominale, plus rapide dans son exécution, exposant moins à l'infection péritonéale, permettant le drainage dans les meilleures conditions, drainage large, au point déclive, constitue pour beaucoup de chirurgiens l'opération de choix. De sa technique nous ne dirons pas grand'chose, si ce n'est qu'il faut, autant que possible, au cours de l'opération, ne pas ouvrir la cavité utérine toujours très septique, et enlever l'utérus en bloc ; qu'il faut avant d'opérer, dans la crainte d'être obligé d'ouvrir, malgré tout, l'utérus, désinfecter sa cavité le mieux possible par un large badigeonnage à la teinture d'iode ; que pour saisir l'utérus et faire les prises successives il faut se servir, non de pinces de MUSEUX qui déchirent, mais de pinces solides à plateau, de pinces à kyste ; qu'enfin il faut assurer une bonne hémostase des tranches vaginales qui saignent, en les saisissant avec des pinces en T (CADENAT).

Mais l'hystérectomie abdominale n'a pas perdu tous ses droits. D'abord certains chirurgiens reprochent à la vaginale d'être difficile, surtout dans les hystérectomies faites après l'accouchement, à cause de la friabilité et du volume de l'organe ; cette question de technique n'est certainement pas sans éloigner bien des chirurgiens de l'opération exécutée par la voie basse, rarement suivie aujourd'hui en gynécologie, et dont ils ne possèdent pas la technique, il faut bien le dire, d'une façon aussi parfaite que celle de l'hystérectomie par voie haute. Et puis, en dehors de ces considérations personnelles, il existe des cas où l'hystérectomie abdominale est préférable : celle-ci sera préférée dans les cas de perforation ou de rupture utérine ; lorsque le col sphacélé, déchiqueté par un accouchement difficile ou par des manœuvres abortives comme dans un cas qne j'ai eu récemment l'occasion d'observer, ne fournit aucune prise solide aux instruments destinés à abaisser l'utérus ; lorsque l'infection puerpérale se manifeste par de la thrombophlébite des veines péri-utérines et qu'à l'hystérectomie on peut adjoindre, comme nous l'avons déjà dit, la ligature des veines enflammées ; lorsqu'il y a infection utérine compliquée de péritonite et, à plus forte raison, de péritonite de la grande cavité abdominale.

Il va de soi que l'hystérectomie abdominale sera menée avec rapidité, après avoir protégé la cavité abdominale par des compresses de façon à bien isoler la séreuse et l'intestin ; l'utérus infecté sera enlevé en bloc, de préférence par la subtotale, car la totale allonge l'acte opératoire et augmente les menaces de septicité. Certains auteurs (DARTIGUES, POTVIN, CADENAT) proposent même, pour diminuer la durée de l'acte opératoire de substituer les pinces à demeure laissées en place pendant quarante-huit heures et sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale, aux ligatures des pédicules vasculaires.

Que l'on ait recours à l'hystérectomie vaginale ou à l'hystérectomie abdominale, il faut faire choix pour insensibiliser la malade toujours faible et très infectée, des anesthésiques les moins offensifs ; le protoxyde d'azote est préférable au chloroforme et même à l'éther ; on peut aussi recourir à l'anesthésie rachidienne qui a ses admirateurs et ses détracteurs ; ou encore à l'anesthésie locale que POTVIN préconise et qu'il pratique en injectant jusqu'à 40 centimètres cubes d'une solution de novocaïne-adrénaline à 1 p. 100 par plusieurs piqûres faites sur les côtés de l'utérus à travers les culs-de-sacs latéraux et au niveau des culs-de-sacs antérieur et postérieur du vagin.

Voici la *statistique des cas hystérectomisés* dans notre service de Laënnec depuis 1920, par moi-même et mes collègues des hôpitaux, SAUVÉ et CADENAT. Ces cas sont au nombre de neuf, dont trois ont été opérés par moi-même, cinq par SAUVÉ et un par CADENAT. Les résultats obtenus ont été les suivants : six morts, trois guérisons.

Toutes les opérées étaient dans un état très grave, considéré comme au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale ; on était surtout en présence de manifestations d'infection généralisée avec troubles articulaires, pulmonaires, purpura, pyodermite, etc. Cependant, dans quatre cas, il existait des symptômes locaux assez importants : dans un cas, salpingite avec pelvipéritonite ; dans un second cas, péritonite consécutive à la perforation de l'utérus ; dans deux cas, des manifestations de thrombo-phlébite des veines du bassin.

Avant de pratiquer l'hystérectomie on a eu recours, dans six cas sur neuf, au curettage, et dans cinq cas l'hystérectomie faite secondairement a permis de constater que des débris de placenta avaient échappé au curettage; ce fait a

déjà été bien souvent signalé et montre avec quel soin le curettage doit être pratiqué.

Je ne pense pas qu'on puisse nous reprocher d'avoir enlevé inutilement l'utérus quand on constate la nature des lésions qui ont été reconnues dans les utérus enlevés : dans cinq cas il restait dans l'utérus des débris placentaires qui avaient échappé au curettage; dans un cas l'utérus était perforé et des adhérences unissaient l'intestin à l'utérus: chez une opérée il existait de la salpingite en même temps que des adhérences de l'intestin à l'utérus; chez une autre un cancer qui évoluait en même temps que la grossesse; dans un cas, il y avait des fibromes et de la thrombo-phlébite des veines péri-utérines; dans un autre cas de la thrombo-phlébite des veines péri-utérines associée à la rétention d'un gros débris placentaire; chez une des hystérectomisées l'utérus était en partie sphacélé, friable et fétide; chez une autre, il était gros, mou et présentait sur sa muqueuse des placards blanchâtres d'aspect diphtéroïde. Dans aucun cas on n'a trouvé un utérus indemne, ne présentant ni rétention, ni lésions quelconques, ce qui eût pu faire douter de l'utilité de l'hystérectomie.

Dans les neuf cas, c'est l'*hystérectomie abdominale* qui a été pratiquée; on lui a adjoint deux fois dans des cas de thrombo-phlébite les ligatures veineuses. Je note dans les observations que l'opération a pu être pratiquée dans certains cas avec une rapidité aussi grande que la vaginale, vingt minutes et vingt-six minutes dans des cas de Sauvé.

L'hystérectomie fut faite *sept fois subtotale* et *deux fois totale*.

Quand on étudie la nature des lésions découvertes au moment de l'opération autour de l'utérus et dans l'utérus lui-même, on voit combien était justifiée l'hystérectomie abdominale; deux fois on trouva des anses intestinales adhérentes au fond de l'utérus; par la voie haute il était beaucoup plus facile de reconnaître ces adhérences et de les libérer que par la voie basse qui eût exposé davantage à la déchirure de l'intestin dont la paroi était dans un cas assez altérée; dans un autre cas on s'attaqua par la voie abdominale à un utérus très volumineux, en partie sphacélé, friable, fétide, qu'il eût été bien difficile d'enlever par le vagin. La voie abdominale n'était-elle pas encore préférable chez une des opérées atteinte de salpingite avec adhérences, chez une autre atteinte de cancer en même temps qu'infectée, chez celles qui présentaient à côté de la lésion utérine de la thrombo-phlébite pour laquelle on a eu recours aux ligatures veineuses.

Si j'en juge par la série des cas observés dans notre service, l'hystérectomie abdominale aurait de nombreuses indications; mais je reconnais volontiers que l'hystérectomie vaginale, pour qui l'a bien en main, est une opération plus rapide et moins choquante que l'abdominale, chez des sujets dont l'état est souvent très précaire.

Une seule fois après l'hystérectomie la paroi abdominale a été refermée sans drainage; dans les autres cas le drainage a été exécuté, soit à travers la paroi abdominale seule, soit à travers la paroi abdominale et le vagin simultanément. Le drainage doit être à mon avis pratiqué dans tous les cas, car on opère toujours en milieu ultraseptique.

Le tamponnement à la Mikulicz n'a été qu'une seule fois adjoint au drainage, il s'agissait d'un cas très grave dans lequel l'intestin adhérent à l'utérus était menacé de sphacèle et qui a guéri, mais après fistulisation de l'intestin. Je le crois très souvent indiqué.

Il reste à discuter les *résultats* des interventions. J'ai déjà dit qu'elles avaient donné six morts et trois guérisons. Les six morts se sont produites dans les conditions suivantes : une opérée atteinte d'épithélioma utérin a été hystérectomisée cinq jours après un accouchement prématuré, son état était extrêmement grave, elle a succombé vingt-quatre heures après l'opération; une seconde opérée, de CADENAT, a été hystérectomisée huit jours après son accouchement et a succombé sept jours après l'opération; une troisième malade hystérectomisée treize jours après l'accouchement et quatre jours après un curettage est morte six jours après son opération; une quatrième malade a subi l'hystérectomie quatre jours après sa fausse couche et un jour après un curettage préalable et n'est morte qu'au bout de quinze jours après son opération. La cinquième malade est curettée longtemps après son avortement lequel n'a pas été avoué; la température baisse après le curettage pour s'élever à nouveau; l'hystérectomie est faite le huitième jour après le curettage et la malade succombe à une pneumonie le dixième jour après l'hystérectomie; chez la sixième malade à la suite d'un avortement les accidents ont une allure foudroyante, le curettage est fait le lendemain de l'entrée à l'hôpital, il est suivi d'une chute complète de la température, mais dès le surlendemain la température remonte à 40 degrés, l'hystérectomie est faite le troisième jour après le curettage, l'opérée meurt avec une pyodermite généralisée et du purpura douze heures après l'hystérectomie. Dans les deux seuls cas où l'infection s'accompagnait de thrombo-phlébite des veines péri-utérines la mort est survenue.

Je ne peux m'empêcher de penser que des malades qui ont résisté longtemps après l'hystérectomie auraient pu guérir si elles avaient été opérées plus tôt; et nous devons souhaiter une fois de plus que médecins et sages-femmes nous envoient leurs malades infectées à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents, pour que nous puissions mettre en œuvre toute la thérapeutique usitée en pareil cas lorsqu'il en est encore temps.

Chez nos opérées *guéries*, la guérison n'a pas été obtenue sans difficulté. L'une d'elles a présenté pendant sa convalescence des accidents pleuro-pulmonaires, elle a guéri sans ennuis sérieux. Une seconde opérée a fait à la suite de l'intervention une fistule intestinale; l'état général fut très grave après l'opération et nécessita la sérumthérapie antigangréneuse; elle avait été hystérectomisée le 7 mai et c'est seulement vers le 5 juin que la température redevenait normale. Chez une troisième opérée, l'hystérectomie a été suivie d'accidents généraux graves, il y a eu de la suppuration locale et neuf jours après l'opération apparaissaient des accidents de phlébite; on dut recourir à la vaccinothérapie de Delbet et à quatre injections de sérum antigangréneux; la fièvre persista longtemps; cependant la malade sortait guérie de notre service trois mois après l'hystérectomie.

J'ai la conviction profonde que ces trois opérées ont dû leur salut à l'hystérectomie, et tout particulièrement les deux dernières : chez l'une d'elles, celle qui a fait une fistule intestinale, il existait des signes de péritonite, on a trouvé à l'opération une perforation utérine avec adhérences des anses grêles au fond de l'utérus et une teinte noirâtre et sphacélique de l'intestin; cette femme aurait certainement succombé si mon assistant Sauvé n'était pas intervenu. L'autre, dont l'utérus était sphacélé, friable, fétide, n'a dû son salut également qu'à l'hystérectomie; tenter de conserver cet utérus gangréné c'était courir à une mort certaine.

Nous avons dans l'hystérectomie, en attendant peut-être mieux, une arme puissante pour combattre l'infection puerpérale dans les formes graves, lorsque la thérapeutique usitée en pareil cas est demeurée inefficace; à nous de savoir l'utiliser à temps, avant que les malades soient moribonds et hors d'état de résister à l'acte opératoire. Je reste pour ma part plus convaincu que jamais que l'hystérectomie permettra de sauver des infectées vouées sans cette opération à une mort certaine; les deux faits que je viens de rapporter me paraissent à ce point de vue assez convaincants.

Ce serait déjà un résultat appréciable si, comme dans la courte statistique que je rapporte ici, on obtenait un tiers de guérisons dans des cas qu'on pouvait considérer comme désespérés au moment où on s'est décidé à recourir comme ultime ressource à l'intervention chirurgicale. Mais point n'est besoin d'agir si tardivement; par des hystérectomies plus précoces, il ne paraît pas douteux que les résultats de l'opération pourraient être améliorés.

5° Traitement par le choc colloïdoclasique. — Dans les formes graves de septicémie puerpérale, devant une situation désespérée, quelques médecins et parmi eux LÉVY-SOLAL, LEMIERRE, RENAUD, ont proposé de recourir au *choc colloïdoclasique*. Dans les quatre cas où elle a été employée cette méthode a donné deux succès. On sait que c'est en 1913 que le Pr WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD ont proposé de traiter les maladies infectieuses par le choc. On s'est servi pour provoquer le choc de diverses substances colloïdales et aussi de solutions stériles de peptone injectées dans les veines. Ces injections peuvent provoquer dans certains cas des réactions

extrêmement violentes. Lévy-Solal nous dit : « L'action du traitement semble résulter d'un véritable bouleversement humoral qui, parfois, peut revêtir une violence extrême et créer un collapsus dangereux. » Or, ces effets de choc sont impossibles à prévoir à l'avance dans l'état actuel de nos connaissances; peut-être pourrait-on en prévenir les effets grâce à des injections sous-cutanées préventives d'adrénaline (Milian, Paisseau, Nolf). Quoiqu'il en soit il faut que la malade soit en état de résistance suffisante pour subir le choc colloïdal (Lévy-Solal). La méthode est intéressante et mérite d'être prise en considération. Mais « actuellement, elle doit être réservée à des cas exceptionnels dont la gravité autorise toutes les tentatives après échec des autres thérapeutiques. » (Lévy-Solal.)

Lambrichts, à la Société belge de chirurgie (janv. 1919), a déclaré qu'il avait employé la peptone en injections dans la septicémie depuis 1916; il lui a constaté un pouvoir antitoxique puissant; sur 21 streptococcies, il aurait eu 4 morts et 17 guérisons, soit 81 p. 100.

Les injections de peptone auraient donné trois guérisons dans trois cas d'infection puerpérale traités par Weymeersch et Colard (*Soc. royale des sciences natur. et méd. de Bruxelles*, 1922). Les auteurs préconisent cette pratique qui réclame de la prudence.

6° **Traitement par la vaccinothérapie.** — Dans les formes graves à infection généralisée on pourrait encore essayer de la *vaccinothérapie*. Dantin (d'Agen) dans *Gynécologie et obstétrique* (1922) a signalé un cas de pyohémie puerpérale qui n'avait cédé qu'à la vaccinothérapie; il s'est servi d'un stock-vaccin, livré par Grémy; le streptocoque qui sert à préparer ce vaccin provient de cas de fièvre puerpérale et a été recueilli par hémocultures. Ce stock-vaccin est injecté à la dose d'un demi-centimètre cube la première fois, d'un centimètre cube la seconde, d'un centimètre cube et demi la troisième et de 2 centimètres cubes les suivantes; il est administré toutes les quarante-huit heures. Chez la malade de Dantin cinq injections ont suffi à amener la guérison. Il faut signaler les faits de ce genre; ils sont encore très peu nombreux et mal connus ; mais devant les accidents si graves de la pyohémie et de la septicémie puerpérales nous ne devons négliger aucun des moyens que la thérapeutique met à notre disposition.

Au *Congrès de la fièvre puerpérale* tenu à Strasbourg en août 1923, plusieurs auteurs se sont occupés de la question de la vaccinothérapie de la fièvre puerpérale pour conclure que la valeur de la vaccinothérapie n'était pas prouvée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 15 septembre 1924)

Production d'un lait de vache doué de propriétés antirachitiques. — MM. Lesné et Vagliano. Le lait d'une vache traitée par l'huile de foie de morue à haute dose (extrait de 500 grammes d'huile de foie de morue par jour) fournit un beurre très riche en lécithine et en vitamine de croissance.

Ce beurre renferme un facteur antirachitique qui est différent de la vitamine A; il agit de façon préventive et curative sur le rachitisme expérimental du rat. Le lait produit par des vaches ainsi traitées paraît doué d'une certaine valeur thérapeutique dans le rachitisme infantile en évolution. Il serait, d'autre part, intéressant de l'employer au point de vue prophylactique chez des enfants soumis à des conditions hygiéniques défectueuses qui les prédisposent au rachitisme.

Notons que le lait et le beurre ne présentent aucun goût désagréable.

L'huile de foie de morue mérite donc d'être recommandée aux nourrices.

Nouvelles recherches sur la sensibilisation de l'organisme du cobaye à l'avitaminose C. — MM. G. Mouriquand, Paul Michel et M. Berheim ont déjà montré qu'une première atteinte de scorbut expérimental aigu sensibilisait l'organisme du cobaye pour une nouvelle carence du même ordre.

De nouvelles recherches leur ont démontré que cette sensibilisation n'est que passagère et qu'elle va s'atténuant peu à peu. D'autre part, l'histologie confirme qu'elle est étroitement liée à la longue persistance de lésions fines et qu'elle disparaît au fur et à mesure que celles-ci rétrocèdent. Ce parallélisme constitue une nouvelle preuve qu'il ne s'agit pas au fond de véritable sensibilisation mais de séquelles anatomiques que seul un examen histologique minutieux permet de mettre en évidence.

Sur le mécanisme du choc anaphylactique. — M. Auguste Lumière. Les colloïdes ou les liquides déchaînants sont des substances qui renferment des particules insolubles en suspension et dans un certain état physique ou qui possèdent la propriété de donner des floculats par leur action sur les liquides humoraux du sujet normal ou sensibilisé, ou encore qui, réalisant ces deux conditions, contiennent des précipités et sont, en outre, capables de floculer sous l'influence du sérum de l'animal auquel on les injecte.

L'étude que M. Lumière a faite de la toxicité des autolysats et celle des sérums normaux qu'il complétera bientôt par des acquisitions nouvelle ssont particulièrement démonstratives et confirment en tous points le rôle de la floculation dans le choc.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique et voyages au long cours (1), par le docteur A. Loir, directeur de l'Institut océanographique du Havre.

On sait avec quelle ardeur notre éminent confrère le docteur Loir préconise la thérapeutique par les voyages au long cours, et avec quel inlassable dévouement il a pu faire entrer ces voyages dans la pratique médicale.

Le volume qu'il publie aujourd'hui est un guide clair et sûr dans lequel les praticiens trouveront les renseignements les plus utiles pour la réalisation de la cure de repos en mer.

Les indications, les contre-indications des voyages en mer, une étude très documentée sur le mal de mer, des renseignements d'ordre pratique font de ce volume un précieux guide pour tous ceux, et ils sont nombreux, qui s'intéressent à la plus agréable et la plus instructive des thérapeutiques.

F. L. S.

Les Enfants nerveux. Diagnostic. Pronostic. Aptitudes (2), par le docteur André Collin.

Il est peu de question aussi complexe que celle des enfants arriérés. Il est peu de questions aussi importantes au point de vue social.

M. André Collin, dont on connaît la longue expérience, nous apporte aujourd'hui un livre d'une extrême documentation. C'est une mise au point excellente qui rendra les plus grands services aux médecins et aussi aux éducateurs si souvent déroutés par les enfants nerveux. L. G.

La Beauté de la chevelure (3), par le docteur Paul Alexandre.

Les femmes ne savent qu'inventer pour abîmer les cheveux qui sont une de leur plus belle parures. Les coups de fer, les ondulations électriques sont les moyens les plus couramment employés pour les rendre cassants. Il ne reste plus comme remède que la guillotine, je veux dire la coupe « à la garçonne ».

Il y a mieux à faire que de massacrer ainsi une des beautés de la femme.

Le livre du docteur Alexandre donne à ce sujet les plus précieux conseils.

Illustré d'une façon très artistique et amusante, il intéressera non seulement les gens du monde, mais aussi les médecins si souvent consultés sur cette importante question de santé et d'esthétique. L. G.

(1) In-8. — Paris, 1924. J.-B. Baillière.
(2) Un vol. in-8 des Actualités médicales. — Prix : 6 fr. — Paris, 1924, J.-B. Baillière et fils.
(3) Un vol. in-8°, illustré de 75 bois et dessins originaux de H. Gazan. — Prix : 5 fr. — Paris, Javailier, 47, rue Poncelet.

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR PAR ARTÉRITE[1]

B. *Signes physiques.* — a. *Examen général du membre.* — 1. Aspect des téguments : coloration, en général, normale dans le décubitus; mais rose vif ou rouge framboise si on laisse pendre les pieds quelques minutes hors du lit (chaussette vermillon, Weber, Vaquez). Signe important, en général très précoce.

2. Parfois léger degré d'œdème malléolaire.

3. Hypothermie de l'un ou l'autre pied, ou de la jambe correspondante.

4. Masses musculaires quelque peu atrophiées, douloureuses à la pression profonde.

5. Réflexe cutané plantaire parfois aboli.

b. *Examen de la circulation.* — Temps capital de l'examen.

1. *Palpation.* — Les pulsations de la pédieuse et de la tibiale postérieure sont fort diminuées ou abolies.

Parfois retard du pouls du côté malade. Rigidité artérielle.

2. *Auscultation.* — Un double souffle (Colrat et Tripier) perçu au niveau des fémorales prouve que l'artère, quoique scléreuse, est encore perméable.

3. *Radiographie.* — Peut montrer l'opacité des artères (Heitz et Infroit). Elles apparaissent tantôt comme un flou granuleux, tantôt comme un trait complètement opaque.

4. *Exploration oscillométrique* (oscillomètre de Pachon, technique Cawadias-Heitz). — Au début, diminution de l'indice oscillométrique; fixité de la tension qui, chez un sujet normal, varie suivant la course ou le repos; plus tard, courbe oscillométrique basse en plateau; ou même abolition complète des oscillations. Comparer les membres inférieurs entre eux, et au besoin avec les membres supérieurs.

c. *Epreuve du bain chaud* (Babinski, Heitz). — Permet le départ entre deux facteurs : nerveux (vasoconstriction spasmodique) et artériel (artérite oblitérante); les pulsations et les oscillations d'amplitude normale reparaissent après bain chaud de dix minutes en cas de spasme, restent absentes en cas d'oblitération artérielle.

II. Phase de douleurs continues. — Après une période dont la durée est très variable (parfois cinq, dix ans et davantage) apparaît un signe nouveau : la *douleur continue de decubitus.*

En dehors des crises de claudication, de plus en plus fréquentes, le malade souffre même au repos.

La douleur de decubitus, sur laquelle ont insisté Demons, Rocher, survient chaque fois que le malade est étendu. Elle va en s'aggravant progressivement, jusqu'à devenir intense ou même épouvantable; d'abord localisée à un seul orteil, elle s'étend à toute la plante, ou même jusqu'au mollet : elle gagne peu à peu en intensité, en étendue et en durée. Elle ne s'atténue que quand les jambes sont pendantes hors du lit : le malade en vient à passer ses nuits assis, les jambes pendantes sur une chaufferette ou enveloppées de couvertures.

La douleur de decubitus est attribuée aux lésions du plexus nerveux péri-artériel (Quénu, Leriche). Elle constitue un signe défavorable, annonçant l'apparition du placard de gangrène, qu'elle peut d'ailleurs précéder de fort longtemps.

III. Stade de gangrène. — L'apparition du *placard gangréneux* se fait en général sur la face dorsale d'un orteil, sous forme d'une tache violette en noire, parfois recouverte au début d'une phlyctène. Ce placard s'étend progressivement, pour constituer enfin une zone dure, noire, froide, insensible, sonnant clair sous le stylet : l'insensibilité du placard gangréneux contraste avec l'intensité des douleurs spontanées (anesthésie douloureuse très importante et très caractéristique). Après momification d'une zone variable (phalange, orteil, pied), la région saine voisine présente une teinte rosée par lymphangite réticulaire; à ce niveau se creuse le sillon d'élimination, séparant le mort du vif. La palpation et l'oscillométrie précisent le diagnostic, en donnant les résultats déjà indiqués; permettent d'apprécier l'*étendue des lésions*, point d'intérêt capital aux points de vue pronostique et thérapeutique. (Cf. Diagnostic).

L'*état général* est médiocre, du fait de l'insomnie, des résorptions toxiques, d'un certain degré d'infection : traits tirés, teint pâle ou grisâtre, langue saburrale, léger état fébrile, albuminurie.

TERMINAISON. — Variable.

A. Le plus souvent, élimination et réparation. Chute de l'escarre, puis **cicatrisation**, toujours fort lente.

B. **Complications.** — *a.* Infection grave. — Gangrène humide, fréquente surtout chez les diabétiques (Cf. Formes cliniques).

b. Complications générales. — Fréquentes chez les sujets artério-scléreux : cachexie, complications pulmonaires, rénales (urémie), hépatiques (ictère grave).

c. Hémorragies par ouverture d'un vaisseau important, lors de la chute de l'escarre : fort rare.

d. Récidives. — Relativement fréquentes : au niveau du membre opposé ou au même niveau; soit de suite, soit plus tard.

FORMES CLINIQUES. — 1° **Artérite oblitérante syphilitique.** — Apparaît chez des sujets jeunes. Evolue rapidement. Douleurs particulièrement intenses, persistant après la constitution du placard gangréneux.

Efficacité du traitement spécifique.

2° **Artérite oblitérante chez les diabétiques.** — Phase de claudication souvent inaperçue, parce que douleurs absentes ou atypiques : fourmillements, sensation de froid, troubles de la sensibilité. Réduction de l'amplitude des oscillations au niveau des membres inférieurs.

Le sphacèle se développe surtout en surface (Maurice Raynaud). Cette phase de gangrène sèche est en général courte. La guérison après élimination des parties mortifiées est possible, mais les rechutes ne sont pas rares.

Le plus souvent, la gangrène devient humide; parfois elle s'étend par à coups successifs (sphacèle successif de Marchal (de Calvi). Très rapidement le pied est rouge, chaud, œdématié, marqué de placards noirâtres. Les veines sous-cutanées se dessinent sous la peau en un réseau brun; des traînées de lymphangite remontent le long de la jambe : ainsi se constitue un vaste foyer noirâtre, fétide, comprenant le pied et une partie de la jambe.

Etat général très grave : septicémie suraiguë; fièvre élevée à grandes oscillations; pouls petit, filant; délire; mort dans la plupart des cas, par broncho-pneumonie, par collapsus cardiaque, par coma diabétique (Forme foudroyante).

Moins fréquemment, limitation de la gangrène, élimination de l'escarre. Cette limitation s'observe plus souvent aujourd'hui sous l'influence de la thérapeutique (régime et insuline; sérum antigangréneux, baume du Pérou, air chaud, élévation du membre).

La gangrène par artérite ne représente d'ailleurs qu'une part relativement restreinte des gangrènes diabétiques; celles-ci se développent le plus souvent à partir d'une lésion cutanée; l'infection, les altérations nerveuses, l'imbibition des tissus par le sucre sont alors les facteurs capitaux, l'artérite ne jouant qu'un rôle très accessoire.

3° **Artérite aiguë : type artérite typhique.** — Début brutal au troisième septénaire, douleur intense, accélération du pouls; élévation thermique. Peau du segment sous-jacent d'une pâleur cireuse, froide. Les jours suivants taches purpuriques, évolution très fréquente vers la gangrène humide.

(A suivre.)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 77, p. 1278.

L'Hypertension artérielle, par Camille Lian et André Finot. Un volume de 247 pages avec 2 figures dans le texte. — Paris, Flammarion.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Traitement de la syphilis par le bismuth, par le docteur Georges DROUET. Broch., 63 pages. (Collect. « Les Actualités thérapeutiques ».) — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Feuille, Gautier, Donzelot, Cain, Basset, Métivet, Gouverneur, Madier et Bourdier.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Le Bon, directeur de la bibliothèque de philosophie scientifique de Paris.

— Guerre (active) :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de 2e classe Barrier.

MM. les médecins-majors de 1re classe Senesse et Payerne.

M. le médecin-major de 1re classe des troupes coloniales Aunac.

GUERRE. — Service de santé. — M. le médecin inspce-Beaussenat, directeur du service de santé du 33e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé de la 7e région, à Besançon.

— *Brevet de préparation militaire supérieure en 1924.* — Jeunes gens bénéficiant des dispositions de l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 et ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure :

Première catégorie. — A incorporer en novembre 1924 dans les corps ci-après indiqués :

Section médecine. — MM. Vallette, Faculté de Strasbourg, 23e section d'infirmiers militaires; Gozlan, Faculté d'Alger, 21e section; Fougères, Faculté de Montpellier, 4e section; Voisin, Faculté d'Alger, 20e section; Martin, Faculté de Lyon, 14e section; Le Kieffre, Faculté de Lille, 23e section; Tricart, Faculté de Lille, 1re section; Tramblin, Faculté de Lille, 3e section; Florentin, Faculté de Nancy, 23e section; Carnet, Faculté d'Alger, 20e section; Colonna, Faculté d'Alger, 19e section; Dupré, Faculté de Lyon, 14e section; Depreux, Faculté de Lille, 7e section; Bourgeois, Faculté d'Alger, 19e section; Guichard, Faculté d'Alger, 21e section; Fayollat, Faculté de Lyon, 2e section; Pierson, Faculté de Nancy, 25e section; Cuny, Faculté de Strasbourg, 23e section; Raybaud, Ecole de Marseille, 15e section; Nicolaï, Faculté d'Alger, 21e section; Pointud, Faculté d'Alger, 6e section; Bauwin, Faculté de Lille, 1re section; Arril, Faculté d'Alger, 19e section; Lévy, Faculté de Nancy, 23e section; Broquère, Faculté de Bordeaux, 14e section; Dubruille, Faculté de Lille, 6e section; Esmenard, Faculté de Marseille, 14e section; Vialard, Faculté de Paris, 32e section; Barail, Faculté de Nancy, 32e section; Barthélemy, Faculté de Bordeaux, 32e section; Gence, Faculté de Paris, 3e section; Seroux, Faculté de Paris, 32e section; Izard, Faculté de Paris, 32e section.

Deuxième catégorie. — A incorporer en mai 1925 :

Section médecine. — MM. Barreau, Faculté de Toulouse, 9e section; Pommepuy, Faculté de Toulouse, 15e section; Bécuwe et Danhiez, Faculté de Lille, 1re section; Cabannes, Faculté de Montpellier, 15e section; Collin, Faculté de Paris, 3e section; Cauquil, Faculté de Toulouse, 20e section; Kassel, Faculté de Toulouse, 23e section; Flandre, Faculté de Paris, 6e section; Baillat, Faculté de Lyon, 14e section; Guinaudeau, Faculté de Bordeaux, 23e section; Benoit, Faculté de Montpellier, 14e section; Granier, Faculté de Toulouse, 21e section; Amanó, Faculté de Toulouse, 7e section; Magendie, Faculté de Bordeaux, 32e section; Alric, Faculté de Montpellier, 7e section; Massal, Faculté de Toulouse, 8e section; Bon, Faculté de Bordeaux, 31e section; Perin, Faculté de Paris, 3e section; Penne-Bédat, Faculté de Bordeaux, 10e section; Rousselet, Faculté de Lyon, 6e section; Gondouin, Faculté de Paris, 4e section; Delarue, Faculté de Paris, 5e section; Lasserre, Faculté de Bordeaux, 25e section; Guichard, Faculté de Lyon, 6e section; Humblot, Faculté de Lyon, 25e section; Wibaux, Faculté de Paris, 2e section; Lecœur, Thiébaut, Soutra, Fardeau, Hugenet, Faculté de Paris, 32e section.

Troisième catégorie. — A incorporer en novembre 1925 ou à une date ultérieure :

Section médecine. — MM. Brétéché, Ecole de Nantes; Sorel, Faculté de Toulouse; Marsal, Faculté de Bordeaux; Suty, Faculté de Nancy; Judde, Faculté de Montpellier; de Roissart de Bellet, Faculté de Lyon; Dervillée, Faculté de Bordeaux; Metzger, Faculté de Strasbourg; Mendegris,

Faculté de Toulouse; Goéau Brissonnière, Faculté d'Alger; Sounat, Faculté de Toulouse; Salles, Faculté d'Alger; Moutte, Ecole de Marseille; Burgan, Faculté de Toulouse; Labbé, Faculté de Bordeaux; Verdeuil, Ecole de Marseille; Doyon, Faculté de Lyon; Dupuy, Faculté de Toulouse; Penel, Ecole de Marseille; Marcotte, Faculté de Paris; Rey, Guérin, Rochas, Brunet, Ecole de Marseille; Martin-Saint-Laurent, Faculté de Paris; Fabre, Faculté de Toulouse; Montagne, Faculté de Montpellier; Jarjavay, Mailho, Trautmann, Faculté de Bordeaux; Hocchstetter, Faculté de Nancy; Crouzel, David, Liotier, Maisonoble, Regnier, Hordern, Marque, Faculté de Bordeaux; Romain, Ecole de Marseille; Eber, Faculté de Strasbourg; Morin, Dubernard, Roudière, Perperot, Faculté de Bordeaux; Damon, Gillot, Faculté de Paris; Ducaud, Faculté de Bordeaux. (*J. O.*, 25 sept. 1924.)

MARINE. — Les concours pour les emplois de chef de clinique et de professeur, annoncés au *Journal officiel* des 4 et 26 juillet 1924, qui devaient avoir lieu à Toulon, le 6 octobre 1924, sont reportés au lundi 13 octobre et jours suivants.

CONCOURS POUR UN POSTE DE MÉDECIN ADJOINT DES SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Le traitement fixe de début est de 8.000 francs et peut atteindre 11.000 francs par avancements successifs de 1.000 francs. Au bout de deux ans de services, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des serviees spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés seront adressées au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au 25 octobue 1924.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES. — Le XXIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Paris, à la fin du mois de mai 1925. Président, M. Anglade; secrétaire général, M. Dupaix.

Rapports : « La guérison tardive des maladies mentales », par M. Jean Robert (d'Auch).

« Les encéphalopathies familiales infantiles », par M. Crouzon (de Paris).

« La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique », par M. Marcel Briand (de Paris).

Le XXXe Congrès se tiendra au début d'août 1926, à Genève, sous la présidence de M. Semelaigue (de Paris).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE. — Un Congrès international de radiologie aura lieu à Londres en juin 1925.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire du Congrès : British Institute of Radiology, 32 Welbeck Street, London W. 1.

LA DEUXIÈME ASSEMBLÉE DES BRIGADES SANITAIRES PROVINCIALES ESPAGNOLES. — Le 22 octobre aura lieu à Séville l'inauguration de la deuxième assemblée des brigades sanitaires provinciales.

La Présidence d'honneur est dévolue à l'inspecteur général de santé intérieure le docteur D. Roman Garcia Duran, et aux docteurs Miguel F. Fernandez Alcazar, Francisco Becares et José A. Palanca, inspecteurs provinciaux de santé de Ciudad Real, Valladolid et Madrid.

Le Président effectif sera l'inspecteur provincial de santé de Séville, le docteur Carlos Ferrand y Lopez.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Stéphane Bonnet, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à La Forest (Finistère); René Chaperon, électroradiologiste adjoint des hôpitaux de Paris; Paul Hallopeau, chirurgien de l'hôpital Trousseau; Auguste Urpar, vice-président du Syndicat des médecins de Salon et de la région.

HOTEL-DIEU. — M. G. Leven : Consultations. Leçons. Maladies de l'estomac. Salle Sainte-Monique, vendredi, 9 h. 30.

LE CENTRE D'ÉTUDES BIOLOGIQUES DE BRIDES-LES-BAINS. — Parmi les nombreuses innovations faites par la Compagnie des Eaux minérales et thermales de Brides et de Salins-Moutiers, il faut signaler en tout premier lieu la création à Brides d'un centre d'études biologiques, auquel sera annexé un laboratoire de recherches physiologiques et d'analyses médicales supérieurement outillé. Pour l'organisation et la direction de ce centre d'études, la Compagnie s'est assuré le concours du docteur Robert Faillie qui avait déjà, il y a deux ans, sous la haute direction du professeur Langlois, créé le centre d'études biologiques de la station d'altitude de Font-Romeu.

Dans ce centre seront entreprises des études sur les maladies de la nutrition, ainsi que sur l'action sur ces affections des eaux de Brides et de Salins-Moutiers dans le but d'apporter aux traitements institués, au cours des cures, le maximum d'efficacité.

A côté de ce but scientifique et d'intérêt général, le centre sera à même d'effectuer toutes les recherches physiologiques et les analyses médicales qui pourront lui être demandées par les médecins traitants et les malades.

La partie physiologique (étude du métabolisme basal, épreuves fonctionnelles des divers organes, si importantes pour le diagnostic et le traitement des maladies de la nutrition) sera exécutée par le docteur Faillie, chef du laboratoire de physiologie du travail au Conservatoire national des Arts et Métiers, dont on connaît les remarquables travaux sur l'énergétique physiologique.

La partie chimique (études du sang, des urines, des fèces, des liquides de l'organisme, les recherches bactériologiques) sera faite par le docteur P. Faillie-Lacheret, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, préparateur de la chaire de pharmacologie et de matière médicale de cette Faculté.

Nous ne pouvons signaler de plus féconde conséquence de cette innovation que la nécessaire collaboration qui s'établira pour le plus grand bien du malade entre le médecin traitant et le laboratoire d'analyses.

En terminant, nous ne saurions trop louer l'effort fait par la Compagnie des Eaux minérales et thermales de Brides et de Salins-Moutiers, effort qui a permis l'installation d'un tel centre d'études dont il n'existe aucun équivalent en France et à l'étranger.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

SYMPATHÈSES GASTRO-INTESTINALES

Par MM. C. ODDO,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de Marseille,

et Ch. DE LUNA,
Médecin des hôpitaux,
Ancien chef de clinique à l'École de Marseille.

Si l'estomac et l'intestin constituent une véritable unité anatomique, tractus continu où se poursuivent successivement, avec l'aide des glandes digestives annexes, les grands phénomènes de la digestion et de l'absorption, chaque segment de ce tube a des fonctions qui lui sont propres : l'estomac commence le travail digestif, l'intestin grêle le poursuit puis absorbe, le gros intestin élabore les produits de déchet, les met en réserve, puis les expulse. Cependant, dans l'appareil digestif plus que dans tout autre, la physiologie nous montre la solidarité très étroite, bien que silencieuse, des divers organes. Ayant étudié précédemment les retentissements pathogéniques qu'ont réciproquement l'un sur l'autre l'estomac et le foie, l'intestin et le foie, nous arrivons à l'étude des relations morbides de l'estomac et de l'intestin, des sympathèses de ces deux organes. Nous voudrions essayer de mettre en lumière et d'isoler de la pathologie gastrique et intestinale les syndromes morbides qui, à côté des troubles ou affections de chaque portion digestive, sont l'expression clinique de ces inter-réactions de fonctionnement.

Avant l'exposé des faits pathologiques, il sera utile de rappeler les divers éléments de cette solidarité physiologique de l'estomac et des intestins.

L'embryologie nous enseigne d'abord leur origine commune et contemporaine: l'estomac n'est que la dilatation au début fusiforme (renflement stomacal) de l'extrémité supérieure de l'intestin postérieur ou digestif: c'est l'intestin postérieur qui, après avoir décrit l'inflexion duodéno-jéjunale et l'inflexion colo-splénique, donne successivement leur forme au jéjunum, à l'iléon et au duodénum, puis aux diverses portions du gros intestin, dont le cœcum. Ce développement commun ne peut qu'aboutir à une union anatomique étroite, union de continuité d'abord : l'estomac se continue par l'intestin grêle auquel fait suite sans hiatus le gros intestin; union de contiguïté entre l'estomac et le colon transverse, sur lequel il repose : le repli gastro-colique ou grand épiploon s'est accolé au méso-colon transverse pour créer la fusion presque complète de ces deux organes.

Physiologie. — Leur synergie physiologique est bien plus étroite encore, par suite de leurs synergies chimiques ou humorales et de leur solidarité nerveuse.

Synergies chimiques et humorales. — Les diverses sécrétions gastro-intestinales se déclanchent successivement. Pawlow nous a appris le double mécanisme de la sécrétion première, celle de l'estomac par l'action psychique ou chimique provoquée par la vue ou le contact des aliments. C'est cette sécrétion princeps qui commande la production de toutes les autres, si l'on omet la légère action excitatrice de la sécrétion salivaire : c'est le contact du chyme acide au niveau du duodénum qui provoque la formation de l'hormone ou sécrétine duodénale (Bayliss et Starling), laquelle à son tour déclanche la sécrétion biliaire (Arthus, Enriquez et Hallion), les sécrétions intestinales (glandes de Brünner et de Lœberkühn), la sécrétion pancréatique. C'est la secrétine qui est productive de l'entérokinase, ferment essentiel à la transformation en trypsine du trypsinogène préexistant dans le tissu pancréatique. Ces diverses sécrétions digestives sont donc bien solidaires l'une de l'autre par leur production même et n'ont de plus toute leur efficacité d'action que par leur renforcement mutuel.

La sécrétine n'est pas la seule hormone ou sécrétion interne à assurer, par voie circulatoire, l'interrelation des sécrétions externes.

Il existe une gastro-sécrétine (Loeper), agent essentiel de la sécrétion chimique gastrique. Popielski a isolé une sécrétion iléo-jéjunale capable de provoquer la sécrétion du suc gastrique « chemical messenger » résultant du contact des aliments avec la muqueuse iléale. Certaines hormones auraient à distance encore une action motrice : l'hormone péristaltique de Sulzer, isolée des muqueuses pylorique et pyloro-duodénale et susceptible de provoquer l'excitation motrice intense de l'intestin grêle et du gros intestin.

Le mécanisme de ces interrelations glandulaires duodéno-pancréatiques, duodéno-pancréato-gastrique est donc bien essentiellement chimico-humoral : les expériences des physiologistes modernes: Pawlow, Froin, Delezenne, H. Roger complétées par la connaissance des sécrétions internes l'ont bien établi.

Cette étroite union physiologique des divers segments digestifs dans l'acte sécrétoire ressort encore du fait que chaque catégorie d'aliments trouve les ferments nécessaires à sa digestion aux divers étages qu'elle parcourt. L'on peut prévoir et vérifier, rien n'étant inutile ni de trop dans notre économie, que la digestion des aliments ne sera complète que s'ils subissent l'action successive des ferments spécifiques de chaque suc. Ainsi, les hydrates de carbone trouveront de haut en bas d'abord la salive, dont l'unique ferment est amylolyptique, puis l'amylase gastrique sécrétée par les glandes du cardia, et enfin l'amylase pancréatique dont l'action si puissante est activée encore (H. Roger) par la petite quantité restante de la ptyaline salivaire. Les matières albuminoïdes, dont la digestion est plus difficile, déjà attaquées au niveau de l'estomac, transformées en peptones, subiront une action plus importante au niveau de l'intestin sous l'action de la trypsine : dislocation plus complète (Kühn), formation d'acides aminés et subiront encore l'action d'un ferment intestinal propre, l'érepsine de Conheim qui en fait des cristalloïdes.

Quant aux corps gras, l'estomac agit déjà sur eux en les saponifiant par sa lipase, à condition qu'ils soient déjà émulsionnés (Volhard), mais c'est le suc pancréatique par la stéapsine qui exerce la double action d'émulsion et de saponification. L'intestin grêle renfermerait aussi une lipase (Boldireff), mais il a surtout pour rôle de refaire, par sa muqueuse, la synthèse de la graisse primitive (expériences de Munk).

Synergie nerveuse. — C'est le système nerveux qui constitue le lien le plus important de l'estomac et des divers segments intestinaux. Il suffira de résumer, avec sa morphologie générale, ses territoires d'action

et l'ensemble des corrélations que son étude physiologique a permis d'établir.

L'innervation gastro-intestinale relève du sympathique digestif ainsi que l'appelle Laignel-Lavastine, comprenant dans cette définition les fibres du pneumogastrique à destination digestive. Ce sympathique digestif formé par les branches du pneumogastrique droit, par les branches efférentes du sympathique thoracique de la VIe à la XIIe paire, groupées en deux ou trois troncs, grand splanchnique, petit splanchnique et quelquefois IIIe splanchnique inférieur de Walter, et par les branches du sympathique abdominal (chaîne lombo-sacrée) s'épanouit en ce riche plexus abdominal, épigastrique, mésentérique supérieur, mésentérique inférieur répondant au plexus solaire proprement dit et aux deux plexus mésentériques. Ces plexus apportent à l'estomac et à l'intestin les filets moteurs, sensitifs, sécrétoires ou triophiques, mais cette innervation est si touffue qu'il est difficile de connaître exactement le partage des divers segments anatomiques par les divers rameaux nerveux. Cependant, il semble que le plexus solaire est à la fois vaso-constricteur, sécréteur et moteur pour l'estomac et l'intestin grêle, tandis que les plexus mésentérique supérieur et inférieur, comme le plexus hypogastrique, sont surtout moteurs et vaso-constricteurs du gros intestin.

En plus des rameaux directement issus du grand sympathique, l'estomac et l'intestin possèdent un sympathique digestif qui leur est propre : le sympathique digestif viscéral relié d'ailleurs au grand réseau. Mais ce treillis de cellules et de fibres nerveuses, groupées en certains points en amas ganglionnaires qui constituent un plexus autonome, plexus sous-muqueux de Meissner, intermusculaire d'Auerlach, reçoit son influx des centres nerveux et leur transmet aussi toutes les excitations parties des viscères.

Ainsi, s'il existe entre l'estomac et l'intestin des réflexes de réaction à court-circuit, le plus souvent c'est au niveau des centres communs que toutes les réactions et interréactions aboutissent et l'on peut prévoir la part importante que doit jouer le système nerveux, en plus des réactions chimico-humorales soumises elles-mêmes à sa coordination, dans les corrélations physiologiques et les sympathies morbides de l'estomac et de l'intestin.

Venant d'envisager au point de vue physiologique les deux organes estomac et intestin comme un tout présentant une étroite solidarité dans la production des sécrétions digestives, répondant à une innervation commune et présentant des rapports anatomiques qui créent des coordinations mécaniques, sachant d'autre part combien dans l'acte physiologique total qui préside à la digestion et à l'assimilation, il y a fusion intime des phénomènes moteurs et sécrétoires sous la dépendance de l'influx nerveux, allons-nous pouvoir séparer ces divers ordres de rapports sans créer des distinctions artificielles?

Le professeur Roger, recherchant par quel mécanisme les lésions d'un organe retentissent sur le reste de l'économie, écrit qu'on peut, pour faciliter la description, grouper en quatre classes les connexions et il distingue les synergies fonctionnelles, les contiguïtés d'organes, les connexions vasculaires, les connexions nerveuses.

Étude clinique. — De même, il nous semble que dans les relations morbides qu'ont entre eux l'estomac et l'intestin dans les sympathèses gastro-intestinales, malgré la complexité de leur mécanisme, tantôt ce sont les troubles sécrétoires qui dominent, tantôt c'est le système nerveux qui est au centre de la perturbation, d'autres fois ce sont des désordres anatomiques qui sont le plus en cause et nous voudrions présenter l'étude clinique, qui ne prétend pas à être strictement pathogénique, de trois grandes classes de sympathèses : *chimico-humorales, nerveuses, et mécaniques.*

I. Sympathèses chimiques chimico-humorales. — Dans ce premier groupe de faits qui ne comprend que des troubles fonctionnels, des dyspepsies, la réaction se produit de l'estomac sur l'intestin, suivant l'ordre physiologique, et la réaction intestinale est comme immédiate : il s'agit des dyspepsies intestinales chimiques associées aux dyspepsies gastriques.

Quels sont les modes de cette dyspepsie sécrétoire gastro-intestinale? Ce sont des dyspepsies par défaut et des dyspepsies par excès.

1° Les dyspepsies par défaut ou insuffisances sécrétoires. — L'insuffisance sécrétoire gastrique, l'hypochlorhydrie et plus encore l'apepsie s'accompagnent fréquemment de troubles intestinaux par perturbation motrice et sécrétoire. L'évacuation intestinale est accélérée le plus souvent : il y a de la diarrhée. La constatation première fut faite par Soupault en France; les statistiques d'Urrutia (de Madrid), indiquent que 38 p. 100 des achyliques présentent ce symptôme. Surmont et Lerat (de Lille), en ont approfondi le mécanisme.

Ces malades ont souvent des troubles gastriques : anorexie, pesanteur stomacale et céphalée après le repas, mais ceux-ci peuvent manquer et l'insuffisance gastrique avoir pour tout symptôme la perturbation intestinale. Monosymptomatique ou élément de la dyspepsie globale, cette diarrhée d'origine gastrique affecte la caractère prandial ou se produit en dehors des repas, le matin à jeun. Dans presque tous les cas indolores, elle est chronique, du type lientérique. Ses caractères coprologiques sont précis : selle liquide ou pâteuse, fétide, son signe caractéristique est la présence du tissu conjonctif cru, non digéré (Schmidt, Goiffon), avec résidus fréquents de débris musculaires striés. On y trouve en abondance les levures, sarcines, bacilles longs et autres bactéries spéciales à l'estomac (Schmidt). Souvent, une certaine inflammation de l'intestin se produit et des selles de colite avec fermentations intestinales (selles acides) ou avec putréfactions intestinales (selles alcalines) troublent l'allure franche de cette diarrhée primitivement gastrique. « Les entéropathies gastrogènes ne sont pas uniformes dans le sens des processus de décomposition : il y a tantôt putréfaction et tantôt fermentation » (Schmidt).

Étiologe. — Les diarrhées gastrogènes par insuffisance se produisent : dans l'apepsie pure fonctionnelle : apepsie et achylie nerveuses — dans les achylies par lésion organique : cancer de l'estomac — cette diarrhée est très fréquente dans le cancer gastrique et en est souvent le premier symptôme révélateur — diarrhée des tuberculeux à la période d'insuffisance gastrique pure ou associée au déficit pancréatico-biliaire — diarrhée de la gastrite atrophique — diarrhée secondaire à la gastro-entérostomie. Le mécanisme en est le suivant : elle est due à une évacuation trop rapide de l'estomac d'abord. Le contrôle acide du pylore fait défaut : ce chyme peu

acide ou neutre laisse s'ouvrir de façon trop rapprochée le pylore, étant inapte à produire le réflexe duodénal du barrage pylorique; les ecclusées pyloriques sont trop fréquentes ou même il y a insuffisance pylorique totale (Surmont et Lerat). De plus, le défaut d'acide empêche la production des sécrétions hépatique et pancréatique : ce chyme, mal préparé, auquel font défaut la digestion gastrique et la digestion duodéno-pancréatique, arrive non élaboré dans l'iléo-cæcum, y provoque des fermentations et des putréfactions et la selle est expulsée précocement : cette diarrhée est bien la conséquence du déficit sécrétoire, gastro-intestinal.

Au contraire, dans quelques cas, l'hypochlorhydrie peut entraîner la constipation (Einhorn), laquelle se compliquera d'entérocolite muco-membraneuse par insuffisance hépatique secondaire. Ce type de réaction intestinale est fort rare et de peu de durée : alors, la constipation alterne avec la diarrhée.

2° Les dyspepsies gastro-intestinales par hyperchlorhydrie, qu'il s'agisse de l'hyperchlorhydrie primitive (dyspepsie hypersthénique de Robin) ou de l'hyperchlorhydrie associée à une lésion gastrique ou duodénale. Son retentissement sur le fonctionnement intestinal est variable : c'est tantôt la constipation, tantôt la diarrhée.

La constipation est la réaction intestinale la plus fréquente : constipation opiniâtre, douloureuse avec spasme du côlon. Le spasme du pylore, consécutif à l'hyperchlorhydrie, entraîne un retard de l'évacuation intestinale. Cette fois, du fait du chyme duodénal hyperacide et du défaut de neutralisation, les ecclusées pyloriques sont espacées (Surmont et Lerat).

Dans l'ulcère de l'estomac où la constipation si fréquente (72 p. 100 des cas, d'après Loeper) est presque un symptôme, l'un des symptômes de l'ulcère dissimulé, fruste, c'est l'hyperchlorhydrie qui en est la cause la plus fréquente.

Mais l'hyperchlorhydrie peut donner lieu à de la diarrhée.

Tous les cliniciens, depuis Leube, Germain Sée, Debove et Rémond, Hayem, Soupault ont connu cette forme de diarrhée gastrogène. Surmont et Lerat en ont très bien décrit les deux aspects cliniques en même temps qu'étudié la pathogénie. Ils séparent l'hyperchlorhydrie diarrhéique à forme paroxystique et l'hyperchlorhydrie diarrhéique continue.

La première accompagne une crise d'hypersécrétion gastrique : elle se produit tard, en même temps qu'une vive douleur gastrique, au milieu de la nuit (A. Mathieu) peut remplacer le vomissement et met fin à la crise par une selle acide, brûlante et douloureuse qui déprime le sujet.

La seconde est moins caractéristique : c'est une diarrhée prandiale, analogue à celle des hypochlorhydriques, simple ou bilieuse.

Elle se rencontrerait souvent (Foucaud) chez les dyspeptiques nerveux avec hyperchlorhydrie.

Ces dernières formes n'ont pas de formule coprologique qui leur soit propre : leur diagnostic ne peut être affirmé que par l'examen du suc gastrique.

Leur mécanisme paraît tenir à l'hyperacidité du chyme duodénal qui provoque une hypersécrétion glandulaire et une exagération du péristaltisme intestinal.

II. **Sympathèses nerveuses.** — Si les relations d'ordre sécrétoire ou les réflexes humoraux peuvent suffire à créer entre l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin les désordres pathologiques que nous venons d'étudier, combien plus encore le système nerveux, les réflexes nerveux exagérés ou déviés créeront de nombreux troubles connexes ou sympathèses nerveuses.

La physiologie nous a appris la connexité étroite d'innervation des organes digestifs; l'expérimentation a mis en lumière les divers réflexes nerveux gastro-duodéno-coliques ou colo-gastriques. Cl. Bernard avait montré qu'une irritation portée sur les nerfs de l'intestin grêle fait contracter le gros intestin et que l'irritation des nerfs de l'estomac fait contracter l'intestin grêle. Les recherches modernes de Cannon, Bayliss et Starling, par la méthode graphique combinée à l'étude radiographique des mouvements intestinaux, l'étude expérimentale sur quelques réactions motrices du côlon de Surmont et Dubus ont précisé ces points. Ainsi, l'excitation électrique (faradique) ou l'attouchement digital du duodénum déterminent après quelques secondes ou une minute des mouvements vifs sur la Ire partie du côlon; l'excitation de l'estomac provoque une réponse colique, même après résection totale de l'intestin grêle : il ne s'agit donc point de la simple transmission d'une onde péristallique. Inversement, l'on a pu mettre en évidence des réflexes colo-gastriques aussi importants : l'expérience de Helablom et Cannon sur le chat a révélé qu'une irritation artificielle du cœcum retarde beaucoup l'évacuation de l'estomac, la prolongeant jusqu'à 7 heures.

Tel est le mécanisme probable des sympathèses nerveuses.

En clinique, ces sympathèses nous paraissent être les suivantes :

1. Sympathèses d'ordre fonctionnel : troubles fonctionnels réciproques que le système nerveux peut créer entre l'estomac et l'intestin, plus spécialement entre l'estomac et le côlon : ce sont les réactions gastro-coliques (Loeper) et les réactions colo-gastriques.

2. Sympathèses de nature organique : les lésions que, par l'intermédiaire du système nerveux, l'estomac et l'intestin peuvent entraîner réciproquement l'un sur l'autre.

3. Les troubles ou altérations déterminées en même temps du côté de l'estomac et de l'intestin par l'atteinte du système nerveux abdominal.

1. Sympathèses fonctionnelles. — *Réactions gastro-coliques* : ainsi nommées par Loeper et définies par lui : « l'ensemble des réactions du côlon secondaires à des excitations parties de l'estomac » (*Leçons de pathologie digestive*, 3e série). Cet auteur donne la part prédominante, dans ce réflexe gastro-colique, au système nerveux, à l'hyperexcitabilité du plexus nerveux abdominal. Si le facteur sécrétoire, chimique, est à la base d'un certain nombre de manifestations cliniques de ce réflexe, si, comme nous l'avons vu, un grand trouble intestinal, diarrhée ou constipation peut compliquer une dyspepsie gastrique ou même en être le seul témoin, c'est souvent par un ensemble de troubles coliques que l'estomac traduit sa souffrance, son mauvais fonctionnement. Ces réactions coliques les plus fréquentes sont d'ordre sensitivo-moteur : diarrhée et douleur, plus rarement constipation avec spasme.

La diarrhée est prandiale : consécutive à l'ingestion du repas ou la demi-heure qui suit et s'accompagne de quelques coliques. Quelquefois, la douleur

existe sans diarrhée : douleur au niveau du cæcum (cæcalgie prolongée des dyspeptiques de Pron) ou de l'angle colique droit.

Cette diarrhée colo-gastrique s'observe chez les gastropathes et chez les colitiques. Les premiers sont des insuffisants moteurs et sécrétoires : estomacs atones et dilatés, estomacs ptosés, estomacs hyposécréteurs. Les entéro-colitiques purs (Loeper, Carnot), les sujets atteints de ptose colique en souffrent aussi, et même les colitiques par séquelles d'inflammation typhique ou dysentérique (J. Monges) : chez les colitiques, le point de départ du réflexe est dans l'estomac.

Le côlon peut réagir aussi à l'excitation gastrique par la constipation spasmodique, la constipation des hypersthéniques, qui cède si bien au traitement gastrique est un réflexe gastro-colique.

Réactions colo-gastriques. — Elles relèvent d'un mécanisme pathogénique inverse de celui des premières, d'un réflexe colique agissant sur l'estomac : si elles sont aussi fréquentes, elles sont beaucoup plus discrètes et se caractérisent moins facilement. On les observe en clinique avec les caractères suivants :

A. Mathieu appelait réactions coliques l'ensemble des réactions à distance produites par des troubles ou altérations du côlon et dans leur description il donnait à l'estomac la première place, rattachant un grand nombre de cas de dyspepsie simple à la constipation simple, qu'il appelait : constipation dyspeptique. A sa suite, ses élèves J. Ch. Roux, Millon et Barre, d'autres auteurs Loeper, Matignon, Fleig ont insisté sur ces faits. C'est un élève de Mathieu, Faroy, qui les a, il semble le mieux caractérisés dans une étude parue en 1918 dans la *Presse médicale*, intitulée : les faux gastriques d'origine intestinale.

Ces réflexes aboutissant du côlon à l'estomac peuvent y provoquer des troubles moteurs et sécrétoires.

Faroy met bien en relief le parallélisme des phénomènes intestinaux et gastriques.

Les troubles fonctionnels intestinaux sont la constipation habituelle avec de courtes périodes de débâcle diarrhéique ou plutôt pseudo-diarrhéiques : ces selles de colitiques revêtent deux aspects : muco-membraneuses ou pâteuses, vernissées, caractérisant les deux formes de colite muco-membraneuse ou colite muqueuse. Les modifications objectives du côlon sont la présence d'une corde colique sur le côlon descendant au sigmoïdien avec spasmes du côlon transverse ou d'un boudin cæcal avec gargouillement.

Les troubles gastriques secondaires sont variables : dyspepsie sensitivo-motrice, diminution de l'appétit, digestions lentes ou vomissements avec retard de l'évacuation gastrique, hyperchlorhydrie. Le palper montre, avec l'absence de tout point douloureux pyloro-duodénal, une cœlialgie marquée. Alors que les troubles gastriques occupent la première place, l'histoire clinique montre bien l'antériorité des phénomènes intestinaux et la subordination des troubles gastriques. Ces faux gastriques sont en réalité des colitiques, des colitiques souvent constipés.

Pathogéniquement, c'est un syndrome névro-gastrique réflexe, et ce réflexe à marche entéro-gastrique a son centre au niveau du plexus solaire. Faroy parle de « névrose entéro-cœlio-gastrique », qu'on accorde la prédominance au sympathique ou au pneumogastrique.

L'observation de faits nouveaux montre des retentissements plus graves de l'intestin sur l'estomac : la stase iléale, iléo-cæcale par coudure (maladie de Lane) retentit par voie réflexe sur l'évacuation gastrique, et ce retard peut aller jusqu'à la rétention à jeûn.

Roux-Berger écrit : « il semble partir de la région iléo-cæcale vers le région pylorique un message ayant pour effet de fermer le pylore, dès que l'iléon est suffisamment distendu. »

C'est le réflexe iléo-duodéno-gastrique étudié radiologiquement par Barclay.

Lane, Léon Pauchet vont jusqu'à incriminer la stase iléo-cæcale dans la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux. Nous le verrons plus loin.

2. Sympathèses nerveuses organiques. — Le système nerveux ne crée pas seulement entre l'estomac et l'intestin de simples troubles fonctionnels propagés de l'un à l'autre : il est en cause dans un certain nombre de lésions ; nous voulons parler du retentissement organique sur le gros intestin de certaines gastropathies et aussi des lésions gastriques secondaires à quelques entéropathies : il s'agit des complications de l'ulcère gastrique au niveau du gros intestin et des relations avec l'ulcère gastrique de l'appendicite, de certaines affections iléo-cæcales et de la colique dysentérique.

Les relations de l'ulcère gastrique et de la colite ont été particulièrement étudiées par A. Mathieu : dans quelle mesure le système nerveux peut-il être incriminé dans la filiation des lésions ? Nous savons avec quelle grande fréquence l'ulcère gastrique entraîne par son hyperchlorhydrie habituelle, par le réflexe gastro-colique étudié plus haut une constipation spasmodique habituelle. Ce spasme intestinal, visible en radioscopie, exagère les incisures coliques, et, par sa durée, par la stase du bol intestinal qu'il entraîne, constitue une prédisposition à la colite, par l'irritation directe du système nerveux intestinal autonome. Dans ces colites associées à l'ulcus, on trouve l'hypéresthésie du plexus solaire et celle des plexus mésentériques.

L'évolution de l'ulcus et de la colite se fait suivant les deux formes décrites par Mathieu : évolution de la colopathie parallèlement à l'ulcus : dans les jours qui suivent la crise gastro-ulcéreuse, le sujet présente les signes physiques et fonctionnels d'une colite diffuse : colite du transverse, spasme cæcal, spasme du côlon descendant — ou survivance de la colite à l'ulcus : malgré la guérison de la lésion gastrique, il persiste de la douleur intestinale avec constipation ou alternative de constipation et de selles diarrhéiques, glaireuses, des spasmes localisés ou généralisés du côlon.

Les gastropathies appendiculaires : en plus de la dyspepsie réflexe pure, dyspepsie appendiculaire de Robin, l'appendicite chronique peut entraîner des lésions gastriques ulcéreuses, ulcérations simples, ulcère même véritable. Cette complication peut être contemporaine à la crise ou consécutive. Les faits anatomocliniques constatés par Moynihan, Mac Cart, Mac Grath, J. Ch. Roux, Wilkie sont bien établis. Il paraît à J. Ch. Roux que l'irritation permanente des nerfs sensitifs et des filets nerveux centripètes provenant de l'appendice malade peut entraîner des réflexes variés sur la musculature gastrique et les glandes de la muqueuse.

Les récentes recherches de Masson d'ordre histologique et histopathologique qui ont mis en évi-

dence dans la région profonde de la muqueuse appendiculaire normale un « vrai carrefour nerveux », et, dans les appendices lésés, perméables ou oblitérés, des nerfs hyperplasiques et des névromes axiaux en relation avec le plexus d'Auerbach et, au delà, avec le sympathique et le vague, établissent mieux encore le grand rôle joué par le système nerveux dans les complications de l'appendicite, et, comme Roux, l'auteur se demande si ces lésions ne pourraient être à l'origine des troubles douloureux réflexes et lointains, tels ceux qui viennent d'être étudiés.

De plus, le spasme pylorique que le retentissement cæcal de l'appendicite peut entraîner à son tour, sera une cause favorisante de l'ulcère par l'hypersécrétion et la stase gastrique qu'il entretient.

D'autres lésions intestinales que l'appendicite et de siège iléo-cæcal peuvent à leur tour entraîner un retentissement organique sur l'estomac : nous avons déjà signalé, dans la description des réactions colo-gastriques les troubles moteurs et sécrétoires qu'entraîne la coudure iléo-cæcale et les diverses autres affections voisines : cæcum mobile, cæcum dilaté et ptosé, maladie de Jackson, toutes par l'action d'un spasme pylorique réflexe. Ce spasme à son tour, par sa répétition, entraîne dans certain nombre de cas des lésions ulcéreuses de la région gastro-duodénale.

Pauchet, d'autres chirurgiens recherchent toujours l'état de l'évacuation iléo-cæcale dans l'ulcère juxta-pylorique.

Certaines lésions spécifiques du côlon, dysenterie bacillaire (Loeper), dysenterie amibienne (J. Monges) en plus des troubles gastro-intestinaux qui accompagnent la période aiguë, peuvent laisser certaines séquelles gastriques : inflammation et irritation de la muqueuse. Ces auteurs les attribuent à une action réflexe à point de départ colique et de localisation cæliogastrique.

3. Les sympathèses par trouble ou lésion du système nerveux abdominal lui-même. — L'intrication des symptômes gastriques et intestinaux sera grande dans tout le domaine de la pathologie nerveuse abdominale. Si absolue est la synergie physiologique de l'appareil nerveux abdominal, si rapide la transmission d'un étage d'innervation à l'autre que toute atteinte du système nerveux abdominal, fonctionnelle ou lésionnelle se répercutera toujours dans des proportions variables, mais constantes, sur l'estomac et sur l'intestin.

Nous l'observons dans les névroses digestives :

Dans la cœlialgie ou syndrome solaire;

Dans les lésions des racines d'origine des centres nerveux.

Dans les névroses digestives. En considérant que l'orthosympathique et le vague qui forment en réalité le sympathique de Laignel-Lavastine se partagent l'innervation du tube digestif, on distingue volontiers dans ces névroses des états vagotoniques et des états sympathicotoniques.

L'hypervagotonie se caractérise par les troubles gastro-intestinaux suivants : du côté gastrique : spasme du cardia ou du pylore : aérophagie fréquente libre ou bloquée — hyperchlorhydrie — du côté intestinal : spasme avec constipation.

Le réflexe oculo-cardiaque est augmenté dans le sens normal.

L'hypersympathicotonique présente des troubles gastro-intestinaux assez opposés. Les troubles gastriques sont : la diminution de la motilité gastrique : atonie avec retard de l'évacuation, une certaine arythmie intestinale. Troubles intestinaux : diarrhée fréquente.

Le réflexe oculo-cardiaque est nul ou même inversé.

En clinique d'ailleurs, ces gastro-entéronévroses du vague et du sympathique se combinent, sont moins tranchées, mais il y a constamment coexistence de troubles gastriques et intestinaux, alternance des uns et des autres, réactions des uns sur les autres.

Dans les cœlialgies (Loeper) à côté de l'élément douloureux dominant et des battements aortiques au niveau tronc cœliaque constituant la crise sympathique abdominale ou crise solaire de Moutier, il y a un ensemble de signes abdominaux à la fois gastriques et intestinaux, provoqués par l'irritation anormale du plexus solaire, que celle-ci soit fonctionnelle (névralgie solaire) ou lésionnelle (névrite toxique ou infectieuse).

Dans la crise solaire gastro-intestinale, tantôt ce sont les troubles gastriques qui dominent : vomissements d'hypersécrétion et quelquefois vomissements de stase gastrique en rapport avec le spasme du pylore, les signes intestinaux se limitant à une constipation opiniâtre et rétraction du bas du ventre. Tantôt les troubles intestinaux passent au premier plan (Loeper) sous forme de violentes crampes intestinales avec douleurs coliques, diarrhée profuse ou manifestations intestinales atténuées : spasmes coliques, mucorrhées.

La cœlialgie peut être l'expression clinique d'une pure névrose du sympathique abdominal, elle peut être la conséquence d'une affection de l'estomac : ulcus de la petite courbure avec névrite solaire ou de l'intestin : entérites compliquées de lésions du système nerveux autonomes : entéronévrites de Loeper propagées au centre solaire : et dans ces cas, la participation du plexus à la lésion ne fait qu'ajouter les symptômes nerveux aux signes propres de l'affection causale.

La cœlialgie peut être enfin l'aboutissant d'une lésion autonome du sympathique au delà même du plexus solaire : lésions des racines médullaires, lésions des filets afférents. Le tabes, les gastro et entéro-radiculites de Bouchut donnent les crises solaires les plus aiguës sous forme de crises abdominales où l'estomac et l'intestin ont une participation variable. La crise tabétique peut être franchement gastrique : douleur violente épigastrique avec vomissements abondants d'hypersécrétion ou alimentaires, réflexe œsophage salivaire; ou strictement intestinale : douleur fulgurante au niveau de l'intestin, météorisme ou rétraction abdominale, constipation opiniâtre, ou au contraire diarrhée cholériforme, ou sanglante muco-membraneuse. Le plus souvent, il y a coexistence des deux ordres de symptômes : la crise gastrique s'accompagne de quelque réaction intestinale. Rarement, un même malade offre tour à tour les deux genres de crises : la crise gastrique, à type algique supérieur, à douleur solaire dominante, la crise intestinale, entéralgique, à type algique inférieur, à douleur plus marquée au niveau des plexus mésentériques.

Des manifestations gastriques et intestinales de même ordre, mais sous forme non d'accidents aigus, de crises, mais d'états continus, prolongés, avec les mêmes variétés cliniques, traduisent les

lésions mêmes des racines médullaires : ce sont les gastro et entéroradiculites de Bouchut.

Toute cette pathologie viscérale est une pathologie de plexus : l'intrication des symptômes traduit bien toutes les anastomoses et la complexité du réseau nerveux.

III. **Les sympathèses mécaniques.** — Nous étudierons dans ce chapitre :

1. L'aérophagie, au moins dans ses effets ou troubles mécaniques engendrés, et quelle que soit sa cause, qu'elle se produise chez un dyspeptique nerveux, chez un pur névrosé ou chez d'authentiques gastropathes;

2. La ptose gastro-intestinale;

3. Le syndrome gastrique des occlusions intestinales incomplètes;

4. Les lésions mécaniques mixtes, communes à l'estomac et à l'intestin qui peuvent réaliser certaines adhérences, l'épiploïte :

1. L'aérophagie. — Il est rare que l'aérophagie limite ses effets au segment digestif supérieur : œsophage et estomac. Le plus souvent, en dehors des formes d'aérophagie très discrète ou d'aérophagie bloquée par un spasme pylorique, l'air dégluti n'est pas rejeté tout entier par l'estomac et, à l'aérogastrie, fait suite l'aérophagie de l'intestin grêle, puis du côlon : il y a à la fois aérogastrie et aérocolie. C'est la grande aérophagie gastro-intestinale. La première conséquence mécanique c'est l'aggravation des troubles extradigestifs, circulatoires, dyspnéiques dus à cet état. En effet, la coexistence si apparente à l'écran radioscopique de deux poches volumineuses aériennes, la poche gastrique, la poche colique gauche, augmente considérablement le refoulement diaphragmatique, celui du cœur et de l'aorte même produisant de l'asthme, un syndrome d'angor pectoris mécanique, une dyspnée due à la réduction du champ pulmonaire.

L'aérophage, en plus de ces troubles gastriques caractéristiques, a des malaises intestinaux : météorisme abdominal avec douleur diffuse à la hauteur du côlon transverse, douleur aux deux angles coliques où s'arrêtent et s'accumulent les gaz, fréquemment constipation, émission de très nombreux gaz par l'anus.

Si l'aérogastrie entraîne des troubles intestinaux, l'aérocolie pure, secondaire à des fermentations gazeuses intestinales, qu'elle soit généralisée à tout l'intestin ou qu'il s'agisse de ces pneumatoses localisées au niveau des angles hépatique ou splénique étudiées par Loeper, occasionne, en plus des troubles qui lui sont propres, douleur post-prandiales avec émission de gaz intestinaux et de selles diarrhéiques, mousseuses, des symptômes gastriques. L'aérocolie prend une forme clinique proprement gastrique : dyspepsie de type sensitivomoteur avec atonie et clapotage gastrique ou syndrome douloureux gastrique tardif quelquefois accompagné de vomissement. Ce spasme pylorique résulte de l'irritation du plexus solaire avec phénomène gastrique réflexe.

L'aérocolie peut même causer des troubles mécaniques plus graves : une grosse distension du côlon, surtout du côlon gauche (région splénique) peut refouler et même comprimer l'estomac jusqu'à produire une pseudo-biloculation (cas de Grégoire et P. Duval) de même qu'une distension de tout le côlon transverse peut refouler totalement en haut et à droite sous le foie l'estomac.

Aérogastrie, aérophagie peuvent donc coexister ou demeurer isolées : dans le premier cas : les troubles mécaniques sont accrus : de plus, si, le plus souvent, les troubles gastriques l'emportent par la prééminence de l'aérogastrie, l'aérocolie peut au contraire de passagère et accessoire devenir dominante et revêtir à elle seule les formes gastriques les plus variées.

2. La ptose gastro-intestinale. — Cette réaction statique si fréquente répond à la loi générale de la pesanteur, et, dans cette sympathèse, la mécanique occupe une place importante, dans les effets sinon dans les causes. Sans nous attarder à la filiation des ptoses digestives, qu'on donne, avec Fr. Glénard le rôle primitif à l'intestin, l'estomac suivant dans sa chute le côlon transverse auquel le rattache le ligament pyloro-colique, que l'on envisage au contraire que la gastroptose est le fait primitif, le bas-fond gastrique refoulant et abaissant le côlon — il est cliniquement certain que nous voyons intervenir et réagir les unes sur les autres les causes les plus diverses dans ces ptoses abdominales.

Causes mécaniques : l'abaissement d'un organe entraîne ou augmente celui de l'autre — causes chimiques : le trouble de la statique et de la motricité n'est pas sans agir sur le fonctionnement des glandes, gastriques et intestinales — causes nerveuses : la dislocation des organes retentit gravement sur le sympathique abdominal, dont la diminution du tonus est souvent primitivement en cause.

a. Ptose gastro-intestinale complète; le bas-fond gastrique abaissé s'inscrit dans le côlon transverse lui-même effondré, les deux angles coliques désinsérés de leur position normale; les anses de l'intestin grêle sont tombées dans le bassin. Les symptômes gastro-intestinaux sont ceux de l'atonie gastro-intestinale : clapotage gastrique et cæcal, intestin chiffon — retard de l'évacuation gastrique qui peut aller jusqu'à la stase — retard du transit intestinal, constipation, stase intestinale chronique. La paroi abdominale est déficiente et prolabée, l'hypotension abdominale à son maximum. L'aérophagie gastro-intestinale souvent surajoutée aggrave les troubles fonctionnels.

Quelquefois l'atonie musculaire coexiste avec des spasmes sphinctériens : spasme pylorique, spasme des zones intestinales ou les amas ganglionnaires nerveux constituent comme des nœuds d'innervation, entérospasme, entérosténose.

Cette ptose, tiraillant le plexus nerveux, crée une excitation mécanique du sympathique abdominal, de ces centres : l'hypersympathicotonie en est la forme dominante : le réflexe abdomino-cardiaque de Prével ou réflexe accélérateur du cœur par la compression du plexus est lié à cette ptose : il cesse dans la position horizontale.

b. Il existe des ptoses gastriques pures qui se traduisent surtout par des symptômes intestinaux. Nous devons à la radiologie la connaissance de ces états cliniques. L'estomac, très abaissé, descend à plusieurs travers de doigt au-dessous de la crête iliaque et refoule par son bas-fond la partie médiane du côlon transverse, dont les angles ont conservé leurs points d'attache normaux.

Longtemps, tant que le tonus gastrique est conservé, les troubles gastriques manquent et seuls existent des symptômes intestinaux.

Les formes intestinales de cette ptose gastrique sont les suivantes : constipation simple par retard de l'évacuation gastrique et gêne mécanique au transit du côlon transverse — forme entéro-colitique; selles de colite muqueuse alternant avec la plus opiniâtre constipation — forme de colopathie muco-membraneuse.

c. Il existe des ptoses intestinales isolées, ptose du côlon transverse, ptose cæcale qui se traduisent par une symptomatologie gastrique. La colaptose, par la constipation qu'elle entraîne, trouble le fonctionnement gastrique. A. Mathieu accordait une très grande importance, nous l'avons déjà vu, à ce facteur dans la pathogénie de beaucoup de dyspepsies. L'observation clinique, le contrôle radiologique actuellement mis en œuvre montrent combien il est fréquent qu'une ptose colique avec stase cæco-transverse soit à la base d'une dyspepsie de type varié : type sensitivo-moteur ou type pylorique : le spasme du sphincter étant réflexe à l'irritation du côlon ptosique.

D'autres ptoses intestinales, la ptose-cæcale, et quelques dislocations la coudure iléo-cæcale retentissent tout aussi fréquemment sur l'estomac.

3. Nous trouvons encore la réunion de signes à la fois gastriques et intestinaux au cours des STÉNOSES INCOMPLÈTES DE L'INTESTIN, celles de l'intestin grêle principalement.

Dans ces sténoses, les troubles fonctionnels intéressent surtout l'estomac et diffèrent de ceux de l'occlusion intestinale : la constipation est absente ou légère, on observe même la diarrhée. Le symptôme prédominant est le vomissement : vomissement à allure pylorique, alimentaire et abondant, mais inconstant, il peut être aussi aqueux et bilieux. La crise a l'apparence d'une indigestion, mais comme elle se répète, on pense d'abord à un rétrécissement pylorique.

Les signes physiques au contraire sont révélateurs du siège intestinal et péristaltisme local avec météorisme localisé : clapotage intestinal avec matité déclive, syndrome de Kœnig simple ou étagé (Cade) donnent approximativement la hauteur de l'obstacle intestinal.

Nous avons observé et publié un magnifique exemple de ce complexus clinique réalisé par un cas de sténoses tuberculeuses multiples de l'intestin grêle.

4. LES LÉSIONS MÉCANIQUES COMMUNES A L'ESTOMAC ET A L'INTESTIN. — *Les lésions mixtes gastro-intestinales.* — On peut, il nous semble, grouper dans ce chapitre, un certain nombre d'affections gastro-intestinales, de nature variée, mais qui ont ce caractère commun d'avoir, malgré un point de départ différent, des effets semblables sur l'appareil digestif.

Les premières sont les adhérences propagées de l'estomac au côlon ou au contraire du côlon transverse à l'estomac. Les adhérences gastro-coliques, conséquence d'un ulcus et associées le plus souvent à de la périgastrite généralisée immobilisent en une véritable symphyse les deux organes et souvent les fixent même à la paroi abdominale. Les péricolites du transverse bien étudiées par Virchow, Loeper, compliquées si souvent, comme l'a montré Walther d'adhérences épiploïques, fixent de la même façon estomac et côlon, souvent les attirent vers le bassin. Ces adhérences par les complications mécaniques qu'elles entraînent : coudures, torsions sténoses orificielles ou intestinales peuvent donner lieu aux manifestations gastriques et intestinales les plus variables : douleur gastrique violente, symptômes de colite grave avec réaction péritonéale, signes généraux infectieux, stase intestinale chronique. L'histoire de la maladie primitive, l'examen radiologique soigneux le plus souvent permettent d'en établir l'existence.

Le deuxième groupe de faits pathologiques envisagés est plutôt d'ordre chirurgical, car c'est aux contrôles opératoires et à l'interprétation des chirurgiens que nous en devons la connaissance : il s'agit des lésions d'épiploïte chronique adhérente : épiploïte inflammatoire primitive ou épiploïte post-opératoire.

La première variété, consécutive à une lésion située à distance, appendicite chronique, annexite, colite, ulcus gastrique, s'étend au loin : cæcum et côlon ascendant, côlon transverse avec propagation gastrique, paroi abdominale, entraîne des tractions sur l'estomac et l'intestin qu'elle peut accoler, étrangler, abaisser.

L'épiploïte post-opératoire, bien étudié aussi par Walter Girard (de Genève), consécutive le plus souvent à une cure de hernie ou d'appendicite, comprend surtout des adhérences péricæcales, péricoliques mais retentit aussi sur l'estomac.

Ces lésions aussi diverses d'origine, péricolites inflammatoires, périgastrites, épiploïtes ont pour caractère commun d'entraîner des troubles digestifs confus à la fois gastriques et intestinaux : syndrome douloureux gastrique à type ulcéreux, douleur de la fosse iliaque droite, crises de sub-obstruction intestinale, au moins constipation opiniâtre.

L'interprétation des symptômes cliniques sera fournie par l'interrogatoire et l'étude radiologique complète du tractus intestinal, dans sa forme et dans son fonctionnement.

La récente observation d'une malade de la clinique en est un exemple fort net, femme présentant des troubles gastriques persistants : douleur sans horaire fixe, vomissement alimentaire, cœlialgie, constipation, pas de signes locaux d'ulcus. La radioscopie montrait une ptose colique marquée : cæcum, angle colique droit et côlon transverse. La persistance des troubles de stase intestinale fit poser l'indication opératoire d'une colopexie. Le chirurgien constata la présence de lésions très étendues d'épiploïte, la ptose colique avec « ficelle » gastrocolique, lésions qui avaient été insoupçonnées par la clinique.

Résumé et conclusions. — Les synergies chimiques et humorales subordonnent les actions sécrétoires les unes aux autres aux divers étages du système digestif et pour chaque groupe d'aliments en particulier. Le grand sympathique digestif de Laignel-Lavastine comprenant les fibres du vague coordonne les actes vaso-constricteurs, moteurs et sécrétoires de la digestion et de l'assimilation par le jeu de réflexes superposés et aboutissant à des centres communs qui assurent la subordination.

Les sympathèses gastro-intestinales chimiques ou chimico-humorales se manifestent dans la diarrhée gastrogène des dyspepsies par insuffisance sécrétoire, tandis que l'hyperchlorhydrie entraîne la constipation avec débâcles nocturne ou prandiale.

Les sympathèses nerveuses sont les unes fonctionnelles : ce sont les réactions gastro-coliques de

Loeper auxquelles on peut opposer les réactions colo-gastriques.

Les réactions coliques d'origine gastrique sont surtout caractérisées par la diarrhée et la douleur. Les troubles gastriques d'origine colique sont aujourd'hui bien connus, et les faux gastriques colitiques constipés ou pseudo-membraneux sont légion.

Les sympathèses nerveuses sont souvent organiques : nous trouvons ici les relations de l'ulcère gastrique et de la colite si bien étudiées par Mathieu : évolution parallèle des deux lésions en survivance de la colite à l'ulcère, ce sont aussi les gastropathies appendiculaires.

Il faut faire la part aux troubles ou lésions du système nerveux abdominal lui-même. Les névroses digestives se révèlent aujourd'hui vago ou sympathicotoniques. C'est le grand chapitre des sympathoses de Laignel-Lavastine si souvent intriquées. Un autre chapitre plein d'actualité et d'intérêt est celui des cœlialgies, des crises solaires de Moutier affectant un type gastrique ou un type intestinal prédominant, mais toujours mixtes pour une bonne part. Au-dessus du plexus, nous trouvons les radiculites, les gastro et entéroradiculites de Bouchut. Bien que les deux formes de crises gastriques ou intestinales affirment leur prédominance chez un malade donné, à regarder de près, cette pathologie viscérale qui est une pathologie de plexus traduit bien toutes les anastomoses et toute la complexité du réseau nerveux.

Les sympathèses mécaniques sont les plus disparates car elles comprennent l'aérophagie, les ptoses gastro-intestinales, le syndrome gastrique, des occlusions intestinales incomplètes et les lésions mécaniques mixtes relevant des adhérences telles que les réalise l'épiploïte. Ici encore la connexité gastro-intestinale apparaît à tout instant : aérogastrie et aérocolie isolées ou coexistentes. Dans la ptose, c'est la descente simultanée, ce sont les retentissements que la descente d'un segment du tractus exerce sur les segments restés en place.

La connexité gastro-intestinale se montre manifestement aussi dans les troubles gastriques relevant d'une occlusion incomplète de l'intestin, surtout du grêle.

Tandis que nous sommes enclins par la grande fréquence des troubles à distance à invoquer dans un tableau clinique complexe les retentissements sécrétoires ou nerveux, les vérifications chirurgicales viennent souvent nous révéler des mécanismes plus simples, dans lesquels des adhérences, des tractus fibreux, des jetées épiploïques simplifient singulièrement le diagnostic. C'est ce que l'on pouvait nommer le « chapitre des ficelles » auxquelles le médecin ne songe pas assez.

En terminant cette étude très incomplète, nous songeons au reproche que l'on ne manquera pas de nous faire, d'avoir, dans cet exposé, distingué en paragraphes séparés les fonctions sécrétoires nerveuses et les relations mécaniques, cloisons artificielles que la clinique ne respecte guère. La complexité et l'intrication sont l'essence des sympathèses et c'est par cela même qu'elles appartiennent à la clinique. Il n'y a donc pas de sympathèse gastro-intestinale exclusivement sécrétoire, nerveuse ou mécanique, et à la connexité des organes se superpose souvent l'altération simultanée des fonctions. Mais il reste que l'un ou l'autre de ces éléments domine le complexus, et c'est dans ce sens seulement que nous avons essayé de grouper autour d'eux les plus fréquents des types cliniques.

Disons, pour conclure, que les considérations qui précèdent doivent guider la thérapeutique. Elle doit débrouiller l'écheveau gastro-intestinal, et, en frappant au bon endroit, le déclanchement se produira. Elle doit aussi s'adresser à l'élément prédominant et viser ici la sécrétion, là, l'innervation, ailleurs, les troubles mécaniques, et plus souvent encore elle doit être complexe et, comme un habit bien fait, être taillée à la mesure.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie. — ARTHUS. *Précis de physiologie.*

GUILLAUME. *Sympathique et systèmes associés*, 2e édition ; — Les coordinations physiologiques et pathologiques, *Biologie méd.*, déc. 1923.

LAIGNEL-LAVASTINE. *Physiopathologie du sympathique*, 1923.

LAMBLING. *Précis de biochimie.*

ROGER (H.). *Digestion et nutrition*, 1910 ; — *Questions actuelles de biologie médicale*, 1924.

PAWLOW. *La Sécrétion gastrique.*

VIGNOLI. *Précis d'embryologie.*

Pathologie. — BOUVERET. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.

BOUCHUT et LAMY. Gastro et entéroradiculites. Leurs formes continues, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. X, n° 1.

CARNOT, HARVIER et MATHIEU (P.). *Les Ulcères digestifs*, 1922.

CARNOT, HARVIER et FRIEDEL. *Les Colites*, 1923.

EINHORN. *Maladies de l'estomac*, 1901.

FOUCAUD. *Les Fonctions intestinales dans les affections de l'estomac*, Paris 1904.

FRÉMONT. Diarrhée chronique par insuffisance du suc gastrique, *Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1901.

FAROY. Les faux gastriques d'origine intestinale, *Presse méd.*, 1918, n° 30.

FRANKIN. *Déséquilibre du ventre et névropathies consécutives* Actualités médicales.

FLANDRIN (P.). *Complications de l'appendicite chronique*, 1923.

GOIFFON. *Manuel de coprologie clinique.*

HYVERT (R.). Les dyspepsies en clientèle, *Nouveau Journ. de méd.*, 20 mars 1924.

LINOSSIER. La diarrhée prandiale, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1908, n° 3.

LAIGNEL-LAVASTINE. Les sympathoses, *Presse méd.*, 1923 ; — Les symptômes solaires en clinique, *Revue de méd.*, 1923, n° 10.

LEVEN (G.). *Aérophagie*, 1920.

LOEPER. *Leçons de pathologie digestive.* 1re série : Crises entéralgiques du tabes ; 3e série : Réactions gastro-coliques ; 4e série : Cœlialgie des dysentériques ; 5e série : Harmonies et synergies digestives. Etude d'ensemble sur les cœlialgies.

MASSON. Lésions nerveuses de l'appendicite chronique, *Congrès de méd.*, Strasbourg 1921.

MATHIEU (A.). *Maladies de l'estomac*, Paris 1901 ; — *Thérapeutique des maladies de l'intestin.*

MATHIEU (A.) et ROUX (J.-Ch.). *Pathologie gastro-intestinale*, 5e série, 1920.

MATHIEU (A.) et SAVIGNAC. Troubles intestinaux consécutifs à la gastro-entérostomie, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1913, n° 10.

MONTEUUIS. *L'entéroptose ou maladie de Glénard*, 1897.

MOUTIER. Etude clinique et thérapeutique sur les crises solaires. Leur traitement par l'ésérine, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. X, n° 8.

MAZERAN. *Constipation spasmodique*, Paris 1901.

ODDO (C.). Sympathies et synergies morbides (les sympathèses), *Gaz. des hôpit.*, 23-25 janv. 1923.

ODDO (C.), LUNA (Ch. DE) et ODDO (J.). Les sympathèses gastro-hépatiques, *Gaz. des hôpit.*, 1923, nos 40 et 42 ; — Les sympathèses hépato-intestinales, *Gaz. des hôpit.*, 1924, nos 2 et 4.

ODDO (C.) et LUNA (Ch. DE). Sténoses tuberculeuses multiples de l'intestin grêle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, déc. 1920.

PREVEL. Le réflexe abdomino-cardiaque, *Presse méd.*, 1920, n° 24.
ROGER (H.). *La Médecine*, Paris 1921.
ROUX (J.-Ch.). Les gastropathies appendiculaires, *Pathologie gastro-intestinale*, t. I.
ROUX (J.-Ch.), MOUTIER et CAILLE. *Pathologie gastro-intestinale*, t. I.
ROUX-BERGER. Stase intestinale chronique, *Journ. des prat.*, janv. 1919.
SURMONT et DUBUS. De l'excitation à distance de la motricité colique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1922.
SURMONT et LERAT. Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique, *Echo méd. du Nord*, 12 avril 1903.
SOUPAULT. Diarrhée chronique et insuffisance du suc gastrique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903.
SILHOL et WALTHER. Appendicite chronique, *XIVe Congrès de chir.*
TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE. Les dyspepsies intestinales, *Biologie médicale*, juin 1924.
TIMBAL (L.). *Les Diarrhées chroniques*, 1922.
URRUTIA. La diarrhée de l'achylie gastrique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1913, n° 6.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1924)

Sur quelques variations physico-chimiques du plasma au cours des états spasmophiles chez l'enfant. — MM. E. LESNÉ, R. TURPIN et Ch.-O. GUILLAUMIN. Les constatations des auteurs, analogues dans l'ensemble à celles qu'exposait récemment Bigwood pour l'épilepsie, permettent de ranger la spasmophilie latente et la tétanie dans le groupe des états pathologiques s'accompagnant d'une modification de l'équilibre acides-bases, dans le sens de l'*alcalose*, par rupture de la régulation neutralisatrice.

Essais microchimiques sur les granulations des leucocytes éosinophiles de l'homme. — M. Marc ROMIEU. Les granulations éosinophiles de l'homme contiennent du phosphore et donnent les réactions des substances protéiques. Elles seraient formées d'une albumine phosphorée plutôt que d'une nucléo-albumine. Le phosphore semble y être plus abondant que dans le stroma des hématies. Le fer ne peut y être décelé par les méthodes microchimiques. Enfin, le phosphore entre dans la constitution des cristaux de Charcot dont la nature chimique est encore discutée.

REVUE DES THÈSES

De l'adaptation de la ceinture scapulaire au thorax (1), par G. HUC.

Cette thèse constitue un travail considérable qui éclaire d'un jour nouveau les déplacements de la ceinture scapulaire par rapport au thorax en particulier la surélévation congénitale de l'omoplate.

L'auteur établit d'abord les rapports normaux de la ceinture scapulaire et du thorax : « le thorax pénètre par son sommet dans l'aire de la ceinture scapulaire et s'adapte sur lui », normalement le bord supérieur de l'omoplate répond à la deuxième côte et c'est à ce niveau qu'il faut situer le sommet de l'aisselle, les clavicules sont horizontales et la ligne horizontale qui réunit la pointe des deux acromions passe juste au-dessus de la fourchette sternale.

Au point de vue physiologique : les mouvements de bascule de l'omoplate se passent autour d'un centre situé dans la fosse sous épineuse; ces mouvements sont fonction des déplacements de la clavicule, cet os constituant le gouvernail des mouvements de l'omoplate.

L'auteur montre ensuite que toutes les fois qu'il y a discordance entre les dimensions de la ceinture scapulaire et celles du thorax il y a déplacement pathologique de la ceinture scapulaire.

Il y a élévation de l'épaule toutes les fois qu'il y a aplasie congénitale de la ceinture scapulaire entière (omoplate et clavicule) ou de la clavicule seule, la diminution de longueur de cet os empêchant la ceinture de s'adapter à un thorax de volume normal. Il n'y a pas au contraire d'élévation de l'épaule si l'aplasie porte sur l'omoplate seule. Un thorax augmenté de volume à sa partie supérieure (cyphoses, gibbosité scoliotique, côtes cervicales, fusions costales congénitales, etc.), soulève la ceinture scapulaire de dimensions normales.

Au contraire l'augmentation de longueur de la clavicule (ostéite syphilitique), ou la diminution de volume du thorax (pleurésie ancienne, lordose) amène un abaissement et un décollement de l'épaule.

L'auteur réfute la théorie jusqu'ici classique de la surélévation congénitale de l'omoplate, attribuée à un arrêt de la descente de cet os qui serait cervical chez l'embryon. Il montre que chez le fœtus l'omoplate a les mêmes rapports costaux que chez l'adulte, et que la migration de l'omoplate à la période embryonnaire est loin d'être prouvée.

Il découle de la conception du docteur Huc des conséquences très importantes pour le traitement de la surélévation congénitale de l'omoplate. Dans les formes très marquées ce traitement, mis au point par M. Ombrédanne, comporte trois temps opératoires essentiels :

1° Libération de l'omoplate à son angle supero-interne; 2° allongement de la clavicule par taille oblique de cet os, puis suture, afin de permettre une adaptation scapulo-thoracique en position normale; 3° maintien de cette adaptation : α. par une fixation avec un fil axial passant par le centre des mouvements de l'omoplate et s'attachant au thorax ou au rachis; fil à laisser en place : fil pivot; β. un fil de maintien passé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et fixé au tronc, servant d'appareillage interne; fil destiné à disparaître.

Ce travail est appuyé de 38 observations inédites, et d'une illustration abondante et très soignée. M. LANCE.

(1) *Th. doct. Paris*, 150 pages, 73 fig.

Le « genu recurvatum » congénital (1) par le docteur L. BAZERT

On a jusqu'à ces dernières années distingué le genu recurvatum congénital de la luxation congénitale du genou. Dans son très intéressant travail l'auteur démontre qu'il s'agit des degrés différents d'une même affection, conséquence d'une « aplasie régionale du système musculaire antérieur de la cuisse ». Les études anatomiques et radiologiques font voir que tantôt le genu recurvatum « se présente comme une subluxation en avant du tibia sur le fémur, tantôt comme une luxation complète ». Dans les cas légers le traitement orthopédique, réduction par manœuvre externe suivi du port d'un appareil, peut suffire. Dans les cas graves le traitement chirurgical. L'auteur donne la préférence au procédé du double dédoublement frontal du tendon rotulien et de la rotule selon le procédé original d'Ombrédanne qui a été employé avec succès dans la première des trois observations personnelles de ce travail. M. LANCE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Disorders of Digestion, par KANTOR-COMMON. — Prix : 4 fr. 75. — St-Louis, U. S. A., 508, North grand boulevard.

The Science and Art of Anesthetia, par WEBSTER. — Prix : 4 fr. 75. — St-Louis, U. S. A., 508, North grand boulevard.

(1) *Th. doct. Paris*, 70 pages, 13 fig. — Paris. L. Arnette.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique médicale synthétique et guérison du cancer, par le docteur LERICHE. Une brochure de 48 pages. — Prix : 6 fr. — Auxerre, Imprimerie Tridon-Gallot.

N° 81. — MARDI 7 & JEUDI 9 OCT. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 7 & JEUDI 9 OCT. 1924. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Gautier, Basset, Métivet, Gouverneur, Madier, Bourdier, qui acceptent; Feuille, Donzelot, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Julliard (de Genève).

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Etienne (de Renwez).

— Sont inscrits au tableau de concours pour l'année 1924 :

(Réserve.) *Pour le grade de chevalier.* — MM. les docteurs Duchesne (G.-M.-D.), 5e corps d'armée; Benoit (F.-P.-C.), G. M. P.; Planques (J.-B.-L.-J.-G.), 16e corps d'armée; Mardellis (A.), 14e corps d'armée; Fournier (H.-M.), 17e corps d'armée; Fabre-Pitoiset (L.-H.-J.-C.-L.), 8e corps d'armée; Petit (G.-M.-E.), 5e corps d'armée; Raisonnier (V.-G.), 8e corps d'armée; Launay (L.-A.-J.), 4e corps d'armée; Daviot (M.-D.-P.), 15e corps d'armée; du Pasquier (E.), 3e corps d'armée; Huc (J.-J.), 16e corps d'armée; Lejeune (F.-A.), 1er corps d'armée; Netter (L.), 20e corps d'armée; Lafitedupont (J.-B.-L.), 12e corps d'armée; Gaudois (J.-F.), G. M. P.; Le Nouene (L.-A.-F.), 3e corps d'armée; Rochette (V.-C.-R.-L.), 14e corps d'armée; Lassalle (P.), 17e corps d'armée; Lévy (A.-A.), 20e corps d'armée; Lévy (A.-J.), G. M. P.; Mallein (E.-H.-M.), 6e corps d'armée; Fleig (L.-G.), G. M. P.; Gontier de la Roche (M.-A.-A.), 15e corps d'armée; Pellet (M.-H.-J.), 15e corps d'armée; Bernheim (A.-L.), G. M. P.; Bernadac (O.-R.), 17e corps d'armée; Blanchon (J.-E.), 16e corps d'armée; Chevrier (E.-L.-M.), G. M. P.; Julliand (P.-E.), 7e corps d'armée; Lavallée (L.-A.), G. M. P.; Dalimier (R.-H.-M.), 8e corps d'armée; Guintard (A.-H.), 20e corps d'armée; Igonet (M.-J.-C.-R.), 15e corps d'armée; Fontanilles (E.-P.), 13e corps d'armée; Vigneres (U.-J.-A.), 17e corps d'armée; Crutel (O.-L.-C.-C.), 3e corps d'armée; Constant (E.), 17e corps d'armée; Garrelon (A.-L.), 11e corps d'armée; Folliot (M.-F.-M.), 5e corps d'armée; Glénard (E.-M. G.-R.), 13e corps d'armée; Trouve (H.-E.-J.), 4e corps d'armée; Bouet (P.-A.), 17e corps d'armée; Malterre (R.-T.-B.), 11e corps d'armée; Lemière (C.-L.-V.), 3e corps d'armée; Bory (L.-P.-A.), 8e corps d'armée; Cadenat (F.-M.), G. M. P.; Benazet (T.-J.-E.), 5e corps d'armée; Risacher (P.), G. M. P.; Moity (A.-P.-F.), 13e corps d'armée; Lemonon (B.-F.), 14e corps d'armée; Durand (G.-L.) et Labernardie (B.-M.-E.), G. M. P.; Phelip (A.-J.), 13e corps d'armée; Marioton (C.-L.-P.), 5e corps d'armée; Rebatel (F.), 14e corps d'armée; Dechavanne (J.-H.), 13e corps d'armée; Dhers (A.-L.-P.-H.) et Thevenin (A.), 18e corps d'armée; Bergeret (A.), G. M. P.; Mercier (A.-P.-F.), 5e corps d'armée; Bouvier (M.-L.-R.), 7e corps d'armée; Fructus (C.), 15e corps d'armée; Paoli (A.-J.-F.), G. M. P.; Bouer (L.-E.), 15e corps d'armée; Rechou (G.-H.), 18e corps d'armée; Rançon (J.-M.), 19e corps d'armée; Robillot (E.), 4e corps d'armée; Creyx (P.-F.-M.), 18e corps d'armée; Moreau (G.-A.), 7e corps d'armée; Thuau (C.-L.), 9e corps d'armée; Malgat (J.-A.-L.-J.), G. M. P.; Soret (L.-G.), 3e corps d'armée; Mornard (J.-T.-A.), 9e corps d'armée; Laffineur (A.), 1er corps d'armée; Gaillard (H.-P.), G. M. P.; Villiet (E.) et Cristol (F.-C.-M.), 16e corps d'armée.

(Troupes coloniales.) M. le docteur Vouters (V.-C.). (*J. O.*, 4 oct. 1924.)

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — La session annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie à laquelle de nombreux confrères belges ont l'habitude de participer, s'ouvrira le mercredi 15 octobre, à 9 h. du matin, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Jacques (de Nancy). Elle se clôturera le 18.

Questions à l'ordre du jour : « 1° Les sinusites postérieures et leurs complications oculaires. » Rapporteurs : MM. Ganuyt, Ramadier et Velter.

2° « La diathermie en oto-rhino-laryngologie. » Rappor-

teurs : MM. Bourgeois, Dutheillet de Lamothe, Portmann et Poyet.

Secrétaire-général : Docteur Liébault, 216, boulevard Saint-Germain, Paris 7e.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Beudin (de Molenbeek-Saint-Jean) et Alphonse Mestreet (de Bruxelles).

Auguste BROCA

Auguste Broca, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir l'année même où l'on célèbre le centenaire de son illustre père.

Dès le début de sa carrière, Broca s'est adonné plus spécialement à la chirurgie infantile et il n'a pas tardé à acquérir une notoriété de bon aloi. C'était surtout un clinicien, dont l'enseignement a toujours eu un succès mérité. Il a aussi marqué sa place dans la presse, ayant, tout jeune chirurgien, collaboré à la *Gazette hebdomadaire*. Ses travaux sont nombreux et toujours marqués un coin d'une rigueur d'observation, d'un examen attentif des malades, d'un souci toujours en éveil de la vérité scientifique.

Ce souci de la vérité, il le poussa si loin que, dans les présentations faites à la Société de chirurgie, dans les discussions il se montrait parfois un peu sévère à l'égard des présentateurs et même de ses collègues. Sa critique, parfois acerbe, était toujours empreinte d'une ironie quelque peu excessive.

D'une parfaite dignité professionnelle, d'une rigoureuse probité scientifique, Broca était d'un caractère particulier et bien personnel ; il ne recherchait pas les honneurs, c'était un indépendant. Il fut parfois un peu lent à accepter le progrès. Nous n'en donnerons comme exemple que l'entêtement qu'il mit à repousser l'éclairage frontal pour les opérations dans la bouche, en particulier pour les palatoplasties, opérations qu'il pratiquait avec une grande habileté le plus souvent couronnée de succès. Il poussait un peu trop loin le scepticisme.

Sous des dehors négligés, avec le sourire un peu narquois, Broca cachait une grande bonté, un cœur généreux. Nous connaissons de lui des faits tout à son honneur dont il se cachait d'ailleurs comme d'une mauvaise action.

C'était, dans toute l'expression du terme un bourru bienfaisant, qui laissera bien des regrets. A. B.

Paul HALLOPEAU

C'est avec une bien douloureuse émotion que nous avons appris la mort de Paul Hallopeau, chirurgien de l'hôpital Trousseau, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, décédé à l'âge de quarante-sept ans, à la suite d'une longue maladie.

Paul Hallopeau était le fils de mon regretté maître Henri Hallopeau, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Une vieille amitié m'unissait à lui, amitié renforcée par les années d'études communes, amitié précieuse, car les hommes de son caractère sont bien rares.

Sous un aspect un peu froid, Hallopeau cachait un cœur d'or, il était la bonté même et le dévouement personnifié.

C'était, comme son père, un travailleur acharné, consciencieux, servi par un esprit fin et distingué. Sa vie de labeur et de droiture peut être donnée en exemple.

Paul Hallopeau était arrivé très jeune à l'internat, en 1899. Après avoir passé un an à Heidelberg comme assistant de Czerny, il fut successivement interne de son père, Henri Hallopeau, puis de notre vénéré maître le professeur Le Dentu, enfin de Lannelongue et de Paul Berger.

Chirurgien des hôpitaux, en 1912, il devint chef de service à l'hôpital Trousseau, en 1920, et dès ce moment il se consacra entièrement à la chirurgie infantile.

La santé de Paul Hallopeau fut très ébranlée par la guerre, pendant laquelle il se dépensa sans compter comme médecin chef d'ambulance, puis inspecteur chirurgical d'armée, mais Hallopeau était énergique, il avait un haut sentiment du devoir et il ne songeait pas à se reposer.

Les fatigues de la guerre n'ont pas été étrangères à la mort de notre pauvre et cher ami.

Nous prions Mme Paul Hallopeau et ses enfants de recevoir l'expression de notre respectueuse et très douloureuse sympathie. F. L. S.

Eugène ROCHARD

L'année qui vient de s'écouler a été dure pour les chirurgiens. Après Jalaguier, Richelot, Paul Hallopeau et Auguste Broca, voici Eugène Rochard qui disparaît à son tour.

C'était une figure très originale et sympathique que celle de Rochard.

Fils de Jules Rochard qui fut inspecteur général du Service de santé de la marine et président de l'Académie de médecine, Eugène Rochard avait débuté comme médecin de la marine. Après quinze ans de service il vint concourir à Paris. Sans avoir été interne, ni même prosecteur, si nous ne nous trompons, il fut nommé chirurgien des hôpitaux en 1893 en même temps que Pierre Delbet.

Doué d'un esprit très vif, original, très indépendant, Rochard fut un des meilleurs chefs de sa génération, aussi dévoué à ses élèves qu'à ses malades. Excellent clinicien, parfait opérateur, il était en outre un écrivain élégant et fut un des meilleurs secrétaires généraux de la Société de chirurgie, ses éloges de Terrier, Paul Berger, Félizet et Hennequin sont de véritables chefs-d'œuvre. Il avait d'ailleurs de qui tenir. Son père n'a-t-il pas publié une histoire de la chirurgie française au XIXe siècle tout à fait remarquable et aujourd'hui presque introuvable?

Il y a quelques mois encore nous le rencontrions à l'Académie de médecine dont il était membre depuis 1921. Il était toujours jeune d'aspect, malgré ses soixante et onze ans. Comme à l'ordinaire, il était courtois, souriant et aimable. Rien ne pouvait nous laisser prévoir une fin si rapide.

Rochard était un excellent confrère franc et loyal, il ne comptait que des amis. Sa perte sera vivement ressentie par tous ceux qui l'ont connu et aimé. A. B.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir) ; les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

RENSEIGNEMENTS

Mlle **S. RUSSINGER**, prof. dipl., 8, r. Lekain. Paris, se spécialise de la copie à la mach. des quest. d'int. Prix très avant.

LES VOIES D'ACCÈS
DE
LA SÉROTHÉRAPIE INTRACRANIENNE
INDICATIONS ET TECHNIQUE

Par MM. CESTAN et RISER
(de Toulouse).

Enclos dans sa double enceinte solide et liquide que lui édifient la boîte cranienne et les espaces sous-arachnoïdiens, l'encéphale, de structure et d'architectonie si fragiles, a été admirablement mis par la nature à l'abri des traumatismes ; mais, par cela même, singulier revers de la médaille, il a été éloigné de nos moyens de thérapie locale. Tant qu'a persisté ce splendide isolement, le pronostic des inflammations aiguës du cerveau a été considéré par nos pères comme absolument fatal. On ne saurait donc trop admirer les travaux de Quincke, de Widal, de Ravaut, de Sicard surtout, ce dernier poursuivant inlassablement ses recherches et ses expériences malgré les vives critiques injustifiées d'esprits chagrins et rétrogrades, puisque par eux la ponction lombaire devint la première brèche ouverte dans les espaces sous-arachnoïdiens et transforma aussitôt le diagnostic, la thérapeutique et le pronostic des méningites cérébrales aiguës.

Il n'est pas de praticien qui, en présence d'un syndrome méningé fébrile, hésite à pratiquer une ponction lombaire et, si les renseignements qu'elle lui fournit en formulent la nécessité, à injecter, par la rachicentèse lombaire dans les espaces méningés infectés, le sérum ou le produit médicamenteux qu'il estime le mieux adapté au cas du malade. Mais le dernier mot est-il vraiment dit ? La ponction lombaire est-elle vraiment la seule porte d'entrée suffisante pour agir sur les méninges ? Certes, elle est maintenant à la portée de toute main médicale, et c'est là sa meilleure qualité, mais ce n'est pas méconnaître son utilité que d'en signaler les lacunes et de montrer qu'elle ne doit être souvent que la première étape d'une thérapeutique plus active parce que plus rationnelle.

Quelques auteurs tels que Bériel, Bosc, Dopter, Zewkowicz avaient depuis longtemps déjà étudié la sérothérapie intracranienne. Le Congrès de médecine de Bordeaux de 1923 et la Société médicale des hôpitaux, en 1923 et 1924, avec les travaux et communications d'Achard, de Boisserie-Lacroix, de Comby, de Dopter, de Lesné, de Netter, de Roger, de Sicard, ont remis à l'ordre du jour cette question toute brûlante d'actualité. Aussi comme depuis longtemps déjà, nous avons essayé dans nos travaux successifs d'approfondir la physiologie pathologique des ventricules latéraux du cerveau, il nous a paru utile d'exposer notre point de vue actuel. Pour rendre notre explication plus démonstrative, nous n'envisagerons au surplus que la méningite aiguë méningococcique, la plus curable par nos moyens actuels.

Rappelons d'abord brièvement la ligne de conduite qu'exposent les auteurs classiques.

Voici un jeune malade qui réalise le tableau clinique d'une méningite aiguë cérébro-spinale, soit très franche, très légitime avec hyperthermie, céphalée, état subdélirant, signe de Kernig, herpès labial, etc. soit anormale du type typhoïdique ou pétéchial, ou même ambulatoire. Dans tous ces cas, la ponction lombaire s'est imposée d'emblée et a laissé s'écouler un liquide céphalo-rachidien louche ou franchement purulent. Le médecin traitant l'a recueilli et l'a adressé au laboratoire le plus proche qui indiquera la variété du méningocoque en cause. Mais en attendant cette réponse, comme la précocité de la sérothérapie s'impose, ce médecin après avoir retiré une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, injecte, par la même voie, du sérum antiméningococcique polyvalent, 20, 30, 40 centimètres cubes, suivant la gravité du cas. Puis surveillant son malade, il sera amené à réitérer des injections lombaires, soit de sérum polyvalent, soit du sérum monovalent A. B. C., suivant le renseignement bactériologique que lui aura adressé le laboratoire.

Que va-t-il se passer ? Dans les cas heureux, la sérothérapie a une action curative : les signes cliniques locaux et généraux s'atténuent, le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit, le méningocoque disparaît, une formule lymphocytaire succède à la formule de polynucléaires altérés.

Mais parfois moins heureux est le résultat obtenu. Mettons d'abord à part la méningite sérique. Dans certains cas, on reconnaîtra cette dernière parce que l'injection de sérum a déterminé d'emblée des réactions cérébro-spinales inquiétantes, facies pâle et angoissé, rachialgie, vomissements, hyperthermie ; on a reponctionné le malade peu après et on retire alors un liquide parfois citrin, très riche en albumine, avec une formule de polynucléaires intacte, sans méningocoque et avec un taux de sucre normal. En pareille occurence, le diagnostic de réaction méningée sérique se dégage facilement des renseignements cliniques et humoraux. Mais le problème à résoudre devient plus ardu si la réaction sérique s'intrique avec la méningite méningococcique ; c'est là affaire de sens clinique qui permet la discrimination des phénomènes et fera persévérer ou non dans la sérothérapie sous-arachnoïdienne.

Mais voici une autre éventualité. On a pratiqué une sérothérapie lombaire copieuse, fréquente ; l'aspect du liquide céphalo-rachidien s'est heureusement modifié ; il ne renferme plus de méningocoque, les polynucléaires sont intacts, diminuent, ou sont même remplacés par des lymphocytes, le sucre est en quantité notable. Et cependant le malade ne s'améliore pas ; l'état infectieux persiste ; l'amaigrissement survient, tandis qu'on note toujours des signes encéphalitiques graves, céphalée, vomissements, état subcomateux ou délirant, convulsions, trouble de la vue, parfois symptômes bulbaires du côté de la respiration et du pouls. Ce tableau dissocié entre les signes cliniques et les signes humoraux rachidiens doit faire penser à des cloisonnements des espaces sous-arachnoïdiens qui empêchent le liquide céphalo-rachidien purulent des espaces cérébraux de descendre dans la région lombaire. Il convient donc dans ce cas d'essayer de porter le sérum antiméningococcique au-dessus du barrage, soit par une ponction cervicale, soit par une ponction intracranienne.

Telles sont les indications de la ponction ventriculaire données par les auteurs, indications cliniques, sûres, mais souvent trop tardives. Et nous voici parvenus au point que nous désirons exposer plus particulièrement.

Or, quelques précisions anatomiques et physiologiques nous paraissent indispensables à exposer,

car elles sont à notre avis la clé de voûte des indications étiologiques et anatomo-pathologiques des ponctions cérébrales.

Organe creux dérivé des vésicules encéphaliques primitives, l'encéphale présente une série de cavités, les deux ventricules latéraux cérébraux communiquant par le trou de Monro avec le IIIe ventricule qui, lui-même par l'aqueduc de Sylvius, entre en communication avec le IVe ventricule. Ces cavités sont remplies de liquide céphalo-rachidien, mais ce même liquide remplit aussi les espaces sous-arachnoïdiens péri-encéphaliques. Or, comme le feuillet viscéral de l'arachnoïde, qui est la barrière externe de ces espaces, passe comme un voile tendu d'un bord à l'autre sur les anfractuosités si nombreuses et parfois si profondes de l'encéphale, il en résulte que les espaces sous-arachnoïdiens sont à certains endroits très développés et pleins de liquide; ils ont été pour cela désignés sous le nom de fleuves, canaux et confluents; ce sont le fleuve Sylvien, le fleuve basilaire, le confluent supérieur au-dessus du cervelet, le confluent postérieur au-dessous du cervelet (fosse cérébello-médullaire des Américains), le confluent antérieur péripédonculaire et périchiasmatique.

Dans la question qui nous occupe, ces notions anatomiques sont de haute importance. Ces anfractuosités periencéphaliques pourront, en effet, s'isoler sous l'influence de la méningite infectieuse, se bloquer, s'encapsuler, tout comme dans les pleurésies enkystées, et il y aura donc lieu pour le thérapeute de se demander par quelle voie il pourra agir sur ces collections purulentes et injecter dans leurs cavités le sérum antiméningococcique.

Voilà donc la possibilité de nouvelles indications de ponctions intracraniennes que nous fait entrevoir l'anatomie des espaces sous-arachnoïdiens péricérébraux puisque tout autour du cerveau dans les confluents précités pourront s'édifier des méningites suppurées enkystées.

Les espaces sous-arachnoïdiens d'une part, et les cavités intracérébrales d'autre part, sont remplies par le même liquide céphalo-rachidien. D'où vient donc ce liquide et comment se font les communications méningo-ventriculaires?

Les travaux contemporains de Thomas, Cushing, Dandy, Weed, Euzière et Grynfeld ont confirmé que le liquide céphalo-rachidien était sécrété par les plexus choroïdes; il n'y a pas lieu de discuter ici les théories d'une sécrétion vraie, de l'exsudation ou de la transsudation. Mais nous indiquerons cependant que pour Grynfeld et Euzière le revêtement épithélial des plexus choroïdes avec sa bordure en brosse renferment des chrondriomites qui se transforment en vésicules, la gouttelette ainsi formée filtrera à travers les éléments de la bordure en brosse. Les plexus choroïdes si vascularisés ont donc un rôle très actif; ils puisent dans le milieu sanguin les substances indispensables et, glandes très particulières, les rejettent dans le liquide céphalo-rachidien. On comprend ainsi qu'ils peuvent être une porte d'entrée fréquente dans les méningites infectieuses et hématogènes comme la méningite cérébro-spinale.

C'est ainsi que Zewkowicz croit que parti du nasopharynx le méningocoque véhiculé par la voie sanguine se fixe sur les plexus choroïdes; les lésions de choroïdo-épendymite sont les premières en date; l'inflammation se propage ensuite aux espaces sous-arachnoïdiens; l'étude des méningites à forme foudroyante montre, en effet, la précocité des lésions des plexus choroïdes. Cette hypothèse nous paraît très vraisemblable étant donné le rôle de ces plexus. Aussi, puisque la méningite cérébro-spinale est d'emblée une choroïdo-épendymite, puique l'idéal serait d'attaquer d'emblée le foyer inflammatoire, il nous paraît nécessaire d'exposer la situation anatomique des plexus choroïdes.

Les plexus choroïdes forment deux groupes, composés chacun de deux plexus droit et gauche; ils sont renfermés l'un dans la toile choroïdienne supérieure, l'autre dans la toile choroïdienne inférieure. La disposition de ces toiles est d'un intérêt capital, car elle va nous expliquer comment communiquent entre eux les espaces sous-arachnoïdiens et les diverses cavités ventriculaires.

La toile choroïdienne supérieure est un repli de la pie-mère et entre ces deux replis se trouvent du tissu sous-arachnoïdien, des vaisseaux, les plexus choroïdes. Cette toile part de la glande pinéale et vient pénétrer d'avant en arrière entre le trigone accolé au corps calleux en haut et le ventricule médian en bas. C'est donc comme une toile tendue entre les bords supérieurs du ventricule médian, un vélum qui constitue par suite le plafond de ce ventricule. Par son extrémité antérieure, cette toile forme la partie postérieure du trou de Monro; par ses bords latéraux, elle s'enfonce par la fente de Bichat vers les ventricules latéraux qui sans elle, par la fente de Bichat s'ouvrirait directement dans les espaces sous-arachnoïdiens péricérébraux. Cette toile choroïdienne supérieure renferme dans son intérieur les plexus choroïdes. Ces derniers sont d'abord médians, *faisant saillie dans le IIIe ventricule*; leur sécrétion se fera donc dans l'intérieur de celui-ci, mais bientôt ils divergent, ont l'air de passer par le trou de Monro et viennent par un trajet rétrograde se placer dans le bord de la toile choroïdienne qui a pénétré vers le ventricule latéral par la fente de Bichat. Retenus comme par un méso que leur forme cette toile, ces plexus latéraux, flottent dans le ventricule latéral, le liquide qu'ils secréteront tombera dans cette cavité et par le trou de Monro pourra gagner le ventricule médian.

Ainsi toute la sécrétion de ces plexus va directement dans les cavités intracérébrales. Insistons sur la constitution du trou de Monro; en réalité c'est un fer-à-cheval ouvert en arrière, formé en bas par la couche optique, en avant par le pilier antérieur du trigone; en haut, par le bord du trigone. Or la toile choroïdienne supérieure s'avance, avons-nous dit, entre la couche optique en bas et le trigone en haut: mais elle s'arrête, ne va pas buter contre le pilier antérieur du trigone, elle limite aussi le trou de Monro. Si cette toile s'enflamme, son bord qui renferme les plexus choroïdes s'épaissira, elle viendra proéminer en avant au point de s'appliquer contre le pilier antérieur du trigone, le trou de Monro n'existera plus, le ventricule latéral sera bloqué. Or nous avons dit qu'à son début, la méningite cérébro-spinale était peut-être une choroïde épendymite. Ainsi s'explique la possibilité d'un isolement précoce du ventricule latéral et voici encore une indication de la sérothérapie intra-ventriculaire dont l'anatomie nous donne l'explication.

Le liquide céphalo-rachidien sécrété par les plexus latéraux intra-ventriculaires gagne le ventricule médian par le trou de Monro, s'amasse et, grossi du liquide sécrété par les plexus du ventricule médian, pénètre dans l'aqueduc de Sylvius pour aboutir

ainsi au IVe ventricule sous la toile choroïdienne supérieure.

Cette toile choroïdienne supérieure constitue en effet, le plafond, le vélum qui recouvre le IVe ventricule; mais ce vélum est percé dans sa partie centrale d'un orifice à peu près constant, le trou de Magendie, trou qui sera donc une porte de communication entre les cavités centrales et les espaces sous-arachnoïdiens.

Comme la toile choroïdienne supérieure, la toile choroïdienne inférieure renferme des plexus choroïdes; ceux-ci d'abord médians flottent dans le IVe ventricule rattaché par un méso à la toile; le liquide céphalo-rachidien sécrété par eux vient donc s'ajouter à celui qui s'écoule par l'aqueduc de Sylvius. Mais bientôt ces plexus divergent l'un à droite, l'autre à gauche et contournent le pédoncule cérébelleux supérieur; la toile choroïdienne présente une déchirure, les trous de Luschka, et par eux les plexus se terminent par un petit bouquet qui flotte dans l'espace sous-arachnoïdien de chaque côté de la protubérance. Ainsi donc le liquide provenant de tous les ventricules peut enfin pénétrer dans les espaces péricérébraux sous-arachnoïdiens, par les trous de Magendie et de Luschka. Mais que cette toile choroïdienne supérieure s'enflamme, comme cela est fréquent dans les méningites cérébro-spinales épendymiques, et ces trois trous pourront s'oblitérer bloquant tout le système des ventricules.

L'existence d'une choroïdo-épendymite dès le début de la méningite cérébro-spinale, nous permet de comprendre par quel processus de réalisation si facile, peuvent s'oblitérer, les trous de Monro, de Magendie et de Luschka, transformant les ventricules en cavités closes infectées. Est-il dès lors possible de faire parvenir le sérum antiméningococcique au niveau de ces toiles choroïdiennes infectées en utilisant la porte d'entrée lombaire?

Depuis longtemps déjà dans les travaux successifs nous avons essayé de préciser la physiologie des cavités ventriculaires et des espaces sous-arachnoïdiens en injectant des substances colorées, soit par voie lombaire, soit par la voie intraventriculaire (*Annales de méd.*, 1923-1924. *Revue neurol.*, 1924).

Or nous avons pu nous convaincre que le liquide céphalo-rachidien sécrété par les plexus dans les cavités intracéphaliques passe de là dans les espaces sous-arachnoïdiens par les trous de Magendie et de Luschka, c'est-à-dire au niveau des confluents péricérébelleux de la base. Or, il n'y a même pas de courant liquidien important de haut en bas ventriculo-méningé; il n'y a pas non plus de courant rétrograde allant de la moelle vers le cerveau. Si par la voie lombaire on veut faire parvenir un liquide coloré jusque dans le ventricule latéral, chez un sujet ayant les trous de Monro et de Luschka non oblitérés, il faut remplir deux conditions : 1° Extraire au préalable une quantité très importante de liquide céphalo-rachidien, 30 à 50 centimètres cubes, et réinjecter aussitôt la même quantité de liquide coloré; *une petite portion* de celui-ci atteindra le confluent péricérébelleux et les ventricules; 2° placer le malade longtemps en position de Trelendembourg. Or suivons par la pensée ce réactif colorant dans sa marche ascendante, l'extrémité supérieure de la colonne, le liquide atteint d'abord le confluent péricérébelleux et pénètre sur les côtés par les trous de Luschka, en arrière, par le trou de Magendie dans le IVe ventricule, balayant à ce moment les trois plexus choroïdes inférieurs, puis il remonte dans l'aqueduc de Sylvius, atteint le ventricule médian et enfin, par les trous de Monro, les ventricules latéraux, balayant les plexus choroïdes supérieurs. On voit combien délicat et compliqué est ce reflux et combien difficilement une injection poussée par la voie lombaire atteint les plexus choroïdes.

Or admettons que les toiles choroïdiennes soient enflammées par la méningite méningococcique, admettons que ces divers trous soient par cela même sténosés ou même oblitérés, comment alors le sérum toujours visqueux et moins diffusible qu'un colorant pourrait-il par la voie lombaire atteindre les plexus choroïdes?

Si on emploie une forte pression, on s'expose à des tiraillements sur la toile choroïdienne inférieure qui tapisse le IVe ventricule et comme conséquence à des chocs bullaires. La voie rétrograde non seulement est insuffisante mais peut être même dangereuse si on cherche à la rendre plus efficace. La physiologie nous montre que pour laver les plexus choroïdes il faut suivre le courant naturel du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire, aller de la cavité ventriculaire latérale vers les espaces sous-arachnoïdiens lombaires.

Nous venons d'exposer les raisons qui légitiment la sérothérapie intracranienne et que nous pouvons résumer en quelques propositions :

La clinique nous apprend l'existence de méningites bloquées méningococciques décelées malheureusement à une époque trop tardive, huit à dix jours après le début par l'inefficacité de la sérothérapie par voie lombaire.

L'anatomie pathologique nous montre que les choroïdes-épendymites méningococciques sont précoces, initiales même, d'après Zewkowicz et qu'il faut faire agir le sérum le plus tôt possible directement sur les plexus choroïdes, car l'anatomie nous explique avec quelle facilité ces choroïdites vont bloquer les cavités centrales créant de véritables poches supurantes plus ou moins bien limitées. La physiologie enfin nous indique le sens normal de l'évacuation du liquide céphalo-rachidien, la difficulté d'injecter les cavités centrales cérébrales à partir de la moelle, la facilité au contraire en temps normal d'injecter les espaces sous-arachnoïdiens médullaires en poussant l'injection dans les ventricules latéraux. Il est donc logique de conclure que la voie rationnelle de la sérothérapie dans la méningite cérébro-spinale est la voie intracranienne.

Or, on doit se proposer d'atteindre deux groupes de régions : les cavités centrales cérébrales et les espaces sous-arachnoïdiens péri-encéphaliques.

I. **Cavités cérébrales** (« **ventricules latéraux** »). — Depuis longtemps les chirurgiens ont précisé la topographie exacte des ventricules latéraux. Nous-même, grâce au procédé de l'injection d'air dans les ventricules latéraux par voie lombaire suivant une technique que nous avons exposée (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1924), nous avons pu vérifier sur les radiographies du crâne la situation exacte des ventricules.

Bien entendu, en présence d'une méningite aiguë, il serait illogique d'avoir recours à ce procédé radiographique; il faut aller vite. Or, il nous semble avec le professeur Sirard que la ponction ventriculaire directe relève du domaine de la neurologie médicale, la trépanation qu'elle nécessite pouvant être

effectuée sans faire appel à l'arsenal de la grande trépanation chirurgicale.

Nous avons pratiqué un nombre important de trépano-ponction sans incident opératoire et voici notre technique analogue à celle du professeur Sicard.

Le point à trépaner est choisi, et nous allons revenir là-dessus. On prépare le champ opératoire : raser le cuir chevelu, application de teinture d'iode, champs stérilisés, anesthésie locale à la novocaïne, incision du cuir chevelu de 4 à 5 centimètres, injection sous-perioste de novocaïne qui fait rendre la trépanation tout à fait indolore.

Pour pratiquer celle-ci, on se sert, soit d'un petit foret, soit d'un petit perforateur à cliquet de forme conique, on fait ainsi un trou de quelques millimètres de diamètre, on évacue à mesure avec une petite curette les débris osseux, on arrive sur la dure-mère et on n'aura plus qu'à enfoncer l'aiguille à ponction; on met ensuite quelques crins; les jours suivants il sera possible à nouveau de reponctionner par le même orifice cranien sans avoir besoin d'écarter les lèvres de la plaie cutanée. Telle est cette modeste trépanation médicale qui ne présente par elle-même ni difficulté, ni complication lorsqu'on suit les règles habituelles de l'asepsie. Car ce qui est délicat, c'est non de trépaner, mais de choisir le lieu de la trépanation et de diriger son aiguille dans le cerveau. Des connaissances neurologiques précises sont alors indispensables.

En premier lieu, on choisira de préférence l'hémisphère droit chez les droitiers, puisque les centres du langage sont dans l'hémisphère gauche; en deuxième lieu, il faut connaître la situation des scissures de Rolando, de Sylvius. Pour simplifier les choses, nous dirons qu'on ne doit pas trépaner dans le champ ainsi fixé : en arrière, diamètre transverse passant par le bord postérieur de la mastoïde; en avant, ligne oblique allant de l'angle supérieur externe de l'orbite au diamètre longitudinal supérieur antéro-postérieur et atteignant ce diamètre à 5 centimètres en avant du point où il est coupé lui-même par le précédent diamètre transverse bi-mastoïdien. On évitera ainsi l'artère méningée moyenne et les deux régions rolandique et sylvienne.

D'ailleurs, la méningite aiguë détermine toujours une hydrocéphalie interne, ce qui élargit le ventricule latéral et en facilite singulièrement la ponction.

Plusieurs voies d'accès ont été indiquées.

a. On peut atteindre le pôle frontal du ventricule latéral par une trépanation de la région frontale, très peu en dehors de la ligne médiane, au-dessus de la bosse frontale. Comme le montrent les radiographies ventriculaires, l'aiguille sera enfoncée horizontalement d'avant en arrière; il faut plutôt avoir tendance à diriger la pointe de l'aiguille en dedans; c'est la voie qui a été suivie avec succès chez le malade dont le professeur Achard a publié l'observation à la *Société médicale des hôpitaux* (janv. 1924).

b. On peut atteindre plus facilement encore la large corne occipitale du ventricule latéral. On trace une ligne horizontale antéro-postérieure de 4 centimètres de long dont l'extrémité antérieure correspond au conduit auditif externe et on ponctionne à 2 centimètres au-dessus de l'extrémité postérieure, l'aiguille étant dirigée horizontalement. Mais cette voie expose surtout sur le cerveau gauche, à atteindre des régions péri-sylviennes, siège du langage. Nous préférons une autre voie d'accès : préciser le lobule paracentral qui se trouve à peu près au point de croisement du diamètre transverse passant par la pointe des mastoïdes et du médian occipito-frontal. Trépaner à 2 centimètres et demi en arrière du lobule paracentral et à 1 centimètre et demi au-dessous du diamètre longitudinal supérieur, puis enfoncer l'aiguille perpendiculairement vers le plan de la base du crâne; on tombe alors à l'union des cornes du ventricule latéral, ce qui représente un large confluent.

c. On peut parvenir par une voie supéro-antérieure dans la corne frontale : préciser le lobule paracentral et trépaner à 7 centimètres en avant de lui et à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane; enfoncer l'aiguille en se dirigeant vers la ligne médiane de façon à faire un angle de 20 à 25 degrés. A 7 ou 8 centimètres de profondeur on trouve la cavité ventriculaire. Cette voie antérieure est plus difficile que la voie postérieure occipitale, mais nous paraît excellente, car nous dirons plus loin que ce même orifice de trépanation peut permettre par une traverse transcérébrale d'atteindre le confluent sylvien de la base. Chez le nourrisson, il sera facile de ponctionner le ventricule sans trépanation en passant par la partie inféro-latérale de la fontanelle bregmatique, à 2 centimètres de la ligne médiane.

Quelle que soit la voie adoptée, on ponctionnera facilement le ventricule. On aspirera très lentement une quantité importante de liquide ventriculaire et on le remplacera (20 à 50 centimètres cubes) par du sérum antiméningococcique qui agira ainsi rapidement sur les choroïdo-épendymites du ventricule latéral et qui sera évacué par le système ventriculaire dans les espaces sous-arachnoïdiens de la base cérébello-cérébrale.

Mais on peut aller plus loin encore en pratiquant logiquement le lavage encéphalo-médullaire. Déjà, en 1909, Bériel indique qu'il a utilisé la double ponction, l'une orbitaire, l'autre spinale. Caussade, Sicard et Dambrin, chacun de leur côté, ont réalisé en 1907 le lavage spino-ventriculaire. Sicard et Dambrin firent chez leurs malades une ponction ventriculaire et une ponction lombaire. Pour réaliser un lavage spino-ventriculaire, le professeur Achard fit exécuter chez son malade un lavage descendant ventriculo-spinal, et cette pratique nous paraît tout à fait logique, nous dirons même la plus rationnelle. D'abord on fera une ponction lombaire et on laissera écouler une quantité très importante de liquide, on laisse l'aiguille à demeure pendant vingt à trente minutes, puis on pratiquera la ponction ventriculaire et on injectera le sérum dans les ventricules latéraux. Le professeur Achard a eu l'heureuse idée de colorer ce sérum, on sera ainsi renseigné sur le moment où l'agent thérapeutique, remplissant les ventricules, atteint les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux et lombaires. On pourra même se servir de substances colorantes antiseptiques par exemple le bleu de méthylène (1 à 2 centimètres cubes de la solution à 2 p. 100). On pourra également utiliser l'urotropine, car nous avons vu personnellement qu'on pouvait injecter sans danger l'urotropine dans les cavités ventriculaires. Dans tous les cas, on poussera très lentement l'injection et si le liquide coloré ressort par l'aiguille lombaire on sera sûr que les communications sont libres et on pourra faire un lavage important ventriculo-spinal. Si, au contraire, les communications paraissent obstruées, on se contentera d'injecter dans la cavité ventriculaire une quantité de sérum égale à la quan-

tité du liquide ventriculaire préalablement retiré.

Ce lavage ventriculo-spinal est logique, rationnel; il va, en effet, laver véritablement les plexus choroïdes antérieurs et les plexus choroïdes bulbaires et porter le sérum vers les foyers les plus importants de l'infection. Mais il est également tout aussi logique comme l'indique Zewkowicz de l'essayer le plus près possible du début de la méningite avant que la choroïdite n'ait oblitéré les trous de Monro, de Magendie et de Luschka.

II. **Les espaces sous-arachnoïdiens encéphaliques.** — Nous avons dit plus haut que les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux formaient une série de fleuves et de confluents. Evidemment les confluents de la base sont les plus intéressants à aborder. Le confluent basilaire est inabordable directement et il en est de même du confluent cérébelleux supérieur sous la tente du cervelet. Mais on peut atteindre : *a.* le confluent cérébelleux postérieur; *b.* le confluent périchiasmatique ou le fleuve sylvien.

a. Le confluent cérébelleux postérieur. — Nous avons dit plus haut que le trou de Magendie s'ouvrait dans ce confluent. Si nous pouvons injecter dans celui-ci du sérum antiméningococcique nous agirons rapidement sur la toile choroïdienne inférieure, sur la choroïdite inférieure, empêcher ainsi l'obstruction des trous de Magendie et de Luschka. Or, une voie s'ouvre à nous, c'est la ponction atloïdo-occipitale.

En France, le professeur Sicard a attiré l'attention sur cette ponction souvent pratiquée par les Américains. Pour notre part, en dehors des méningites aiguës, nous l'avons déjà pratiquée à plusieurs reprises; certes, elle est impressionnante de par la présence du bulbe, mais elle n'offre pas de difficultés techniques chez un malade sans raideur de la nuque et dont on peut fléchir la tête en avant. Une injection locale de novocaïne la facilite en la rendant indolore. Pour la réaliser, on repère l'interstice qui sépare l'atlas de l'occipital; une ligne horizontale réunissant la pointe des mastoïdes est d'une précieuse utilité à ce point de vue; on se sert d'une aiguille de 6 à 7 centimètres; on pique exactement sur la ligne médiane, on dirige l'extrémité de l'aiguille un peu obliquement vers le haut, on traverse lentement les plans musculaires et on a la sensation très nette de la traversée du ligament occipito-atloïdien.

A ce moment on enlève le mandrin de l'aiguille et le liquide céphalo-rachidien sort très facilement. En somme, il faut procéder avec sang-froid et prudence, lentement, plan par plan; le confluent postérieur est large et nous n'avons jamais eu ni ennui, ni alerte.

Certes, la difficulté doit être tout autre dans les méningites avec raideur de la nuque; mais il est à supposer, que pratiquée dès le début de l'affection, après injection d'une quantité suffisante de novocaïne, cette ponction doit être possible dans la méningite. Elle doit être à notre avis, toujours tentée dans le début de la méningite, car après soustraction d'une forte quantité de liquide céphalo-rachidien on pourra injecter par cette voie haute, une quantité équivalente de sérum (30 à 40 centimètres cubes) qui, ainsi, pénétrera dans les ventricules.

A défaut de la ponction atloïdo-occipitale, on essaiera une ponction cervicale entre la VIIe cervicale et la Ire dorsale ; on retirera une quantité importante de liquide céphalo-rachidien que l'on remplacera immédiatement par le sérum et on placera le sujet la tête plus basse que le tronc pour faciliter l'arrivée du sérum dans le confluent cérébelleux postérieur.

b. Confluent Sylvien. — Bériel, dès 1909, a conseillé d'atteindre l'étage moyen de la base du cerveau par la cavité orbitaire (*Lyon chirurgical*, 1909). Il a même pratiqué, dès cette époque, la lavage des espaces sous-arachnoïdiens par ponction bipolaire (ponctions orbitaire et lombaire). On traverse la cavité orbitaire en suivant le plafond de l'orbite et on aboutit ainsi à la fente sphénoïdale. Cette fente est divisée en deux parties par l'anneau de Zinn, une partie externe et une partie interne avec l'insertion des droits, la veine ophtalmique, les nerfs de la VIe et de la IIIe paire, etc., partie interne qu'il faut éviter. La partie externe de la fente sphénoïdale est effilée en pointe, c'est là que doit passer le trocart. Ce dernier peut ainsi atteindre la vallée sylvienne, mais si sa pointe est dirigée en dedans il trouve le sinus caverneux.

Bériel conseille de se servir d'une canule avec deux trocarts, l'une pointue, l'autre mousse. Avec la première, on perfore la peau, de façon à pénétrer dans l'orbite; avec le deuxième, on traverse la cavité orbitaire et la fente sphénoïdale. Mais où attaquer l'orbite? Bériel conseille deux voies; soit la paroi externe de l'orbite, soit piquer directement d'avant en arrière et pénétrer à 1 ou 2 millimètres, en dehors de l'encoche sus-orbitaire. Sur le cadavre, cette dernière voie nous a paru la meilleure; on tombe directement sur l'extrémité de la fente sphénoïdale; celle-ci franchie, on ne court pas le risque de blesser le sinus caverneux, d'autant plus que lorsque le liquide céphalo-rachidien s'écoulera, on pourra, en inclinant la canule, diriger son extrémité vers la partie interne. Comme complications possibles, Bériel signale la possibilité de blesser le toit osseux de l'orbite ou la veine intra-orbitaire d'où hémorragie intra-orbitaire plus impressionnante que grave.

Pour atteindre les lacs de la base, le professeur Sicard préconise la traversée du cerveau de haut en bas après trépanation de voûte. Il a fait construire une aiguille spéciale avec pointe pleine et arrondie et orifice latéral de sortie à 3/10 de millimètre de cette extrémité. On évite ainsi de blesser les vaisseaux cérébraux ou méningés et la traversée de l'hémisphère dans la région muette du cerveau ne présente pas de danger. Sicard fait sa trépanation aux environs de la ligne transverse réunissant les deux bords orbitaires externes et à 3 centimètres de la ligne médiane ; il dirige son aiguille en bas et légèrement en dehors. Il a pratiqué cette intervention dans 11 cas : 5 de paralysie générale, 2 de méningite tuberculeuse, 3 de méningite cérébro-spinale, 1 de cécité tabétique.

Nous avons recherché des points de repère avec le même orifice de trépanation qui puisse servir, soit pour l'injection intraventriculaire, soit pour l'injection du fleuve Sylvien. Le point délicat était d'éviter la traversée du noyau caude ou de la capsule interne. Notre orifice de trépanation est situé à 5 centimètres et demi en avant du diamètre transverse bimastoïdien, et à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane antéro-postérieure. Avec un orifice ainsi placé, si on enfonce l'aiguille en diri-

geant la pointe vers la ligne médiane de façon à faire un angle de 20 à 25 degrés sans sortir du plan transversal, on trouve le ventricule latéral à une profondeur de 6 à 7 centimètres; si, au contraire, on introduit l'aiguille en dirigeant sa pointe en avant d'une part, et en dehors d'autre part de façon à faire un angle de 20 à 25 degrés dans les deux plans antéro-postérieur et transversal, on tombe dans la vallée Sylvienne.

Telles sont les voies d'accès que nous préconisons pour atteindre les ventricules latéraux et les lacs sous-arachnoïdiens importants de la base. Par elles, on pourra d'une part, évacuer une grande quantité de liquide céphalo-rachidien et d'autre part, grâce à une rachicentèse lombaire faisant fonction de contre-ouverture, faire un lavage descendant de sérum antiméningococcique, si les orifices de communication ventriculo-méningés ne sont pas oblitérés. Mais il faudra toujours pousser avec prudence et lenteur l'injection intraventriculaire pour éviter de tirailler les adhérences possibles de la toile choroïdienne inférieure avec le bulbe.

Certes, il ne faut pas se dissimuler que cette ligne de conduite, aussi idéale que possible, appliquée dès les premiers jours de la méningite sera peut-être difficilement acceptée par l'entourage du malade qui ne comprendra pas qu'au début d'une méningite on propose une trépanation, celle-ci, fût-elle, en réalité très minime. En pratique, on commencera donc toujours par la sérothérapie par voie lombaire, aussi abondante que possible et cela bien entendu après soustraction d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien (40 à 60 centimètres cubes, chez l'adulte). Mais si l'état ne s'améliore pas rapidement on ne doit pas hésiter à proposer aussitôt que possible la ponction atloïdo-occipitale et même la trépanation pour aborder la corne ventriculaire occipitale qui est la plus facile à trouver.

Chez le nourrisson, à fontanelle non ossifiée, nous estimons avec Zewkowicz et Lesné, etc., que la ponction ventriculaire doit être pratiquée en même temps que la ponction lombaire. Les faits rapportés par tous les auteurs, Zewkowicz, Lesné, Sicard, Bosc, Achard, etc., plaident nettement dans ce sens. Il y a donc lieu de penser que ces directives modernes de la sérothérapie antiméningococcique amélioreront singulièrement le pronostic de la méningite cérébro-spinale; au surplus, il est évident que l'on ne doit pas négliger les autres moyens thérapeutiques si bien exposés dans son rapport par Boidin au Congrès de médecine de Bordeaux.

Voilà donc, grâce à ces méthodes, de nouveaux horizons entr'ouverts à la thérapeutique des affections du cerveau. Mais faut-il déduire de bons résultats obtenus dans les méningites infectieuses, que l'on doit considérer la voie intracranienne comme la voie idéale pour attaquer les encéphalites infectieuses, par exemple la paralysie générale? C'est là un problème délicat dont nous poursuivons l'étude depuis plusieurs années. Aujourd'hui, nous nous contenterons de dire, que du moins, dans les infections de cavités centrales et des espaces sous-arachnoïdiens du cerveau, les voies d'accès que nous venons de décrire nous paraissent les meilleures voies d'apport des substances médicamenteuses, surtout en ce qui concerne la méningite cérébro-spinale épidémique et les résultats thérapeutiques en seront d'autant plus heureux que l'intervention cranienne aura été plus précoce.

ACTUALITÉS

L'AUTO-HÉMOTHÉRAPIE

J'ai rencontré jadis, sur une plage de Bretagne, un pêcheur de moules et de crevettes, plus qu'octogénaire, encore très vigoureux; comme je lui demandais quelques conseils pour vivre vieux, il me répondit : « Je porte mon remède en moi », et m'expliqua que son urine l'avait toujours guéri des maladies qu'il avait contractées au cours de sa longue existence. Je fus alors surpris; je ne le serais plus aujourd'hui; ce vieux Breton faisait de l'autothérapie.

Depuis que Ravaut a préconisé, en 1913, l'auto-hémothérapie, cette méthode a été utilisée dans un grand nombre d'affections. Une excellente mise au point en a été faite par Castaigne, Louste, Thibaut et Barbier, Paillard (1) et nous la résumerons ici.

L'auto-hémothérapie consiste à prélever, dans une veine du pli du coude, quelques centimètres cubes de sang du malade et à les lui injecter aussitôt dans les muscles fessiers. Aucun accident sérieux n'a été signalé à la suite de l'auto-hémothérapie (2) et le praticien peut l'employer en toute sécurité (Castaigne). Cette affirmation de Castaigne sur l'innocuité de l'auto-hémothérapie doit être retenue et suffit à légitimer l'emploi de ce traitement, alors même que le résultat en paraîtrait pouvoir être incertain. Parmi les médications nouvelles, il en est quelques-unes qui ne sont pas sans faire courir au malade le risque d'incidents plus ou moins graves et dont, par suite, l'usage devrait être aussi limité que possible.

Voici, d'après Paillard, divers cas dans lesquels l'auto-hémothérapie a donné des résultats intéressants. Ce sont d'abord les maladies infectieuses à forme traînante; si une fièvre typhoïde prend cette allure, l'auto-hémothérapie pourra provoquer la chute de la température et abréger la convalescence. F. Ramond conseille d'injecter une petite dose de sang, 2 centimètres cubes, et de recommencer au bout de quarante-huit heures; il est inutile de faire une troisième injection, celle-ci ne donnant presque jamais de résultats et pouvant favoriser les hémorragies des muqueuses. Dans un cas de péliose rhumatismale durant depuis deux mois, Mouriquand a obtenu une guérison rapide après avoir injecté sous la peau du malade 4 centimètres cubes de sang; de bons résultats ont été notés aussi par Mouriquand dans un cas d'encéphalite épidémique passée à la phase subaiguë, dans une pleurésie séro-fibrineuse, dans une péritonite tuberculeuse ascitique. Lauze a publié une observation d'infection puerpérale traitée sans succès par diverses méthodes et guérie par deux injections de 5 centimètres cubes du sang de la malade, puis le cas d'un homme atteint de fièvre de Malte depuis deux mois, très rapidement guéri par deux injections d'auto-sang. A propos du traitement de la fièvre typhoïde par l'auto-hémothérapie, Paillard fait une remarque très curieuse : Trous-

(1) Chronique, par J. CASTAIGNE. — L'autohémothérapie dans les dermatoses, par LOUSTE, THIBAUT et Georges BARBIER. — Travaux récents sur l'autohémothérapie, par Henri PAILLARD. *Journ. méd. franç.*, t. XII, oct. 1923, n° 10.

(2) On observe parfois, quelques heures ou deux à trois jours après la piqûre, du malaise, de la courbature, une légère poussée fébrile; quelques réactions rappelant les réactions sériques ont aussi été notées, mais ces faits sont exceptionnels.

seau avait signalé que les hémorragies intestinales, d'abondance moyenne, constituent le plus souvent dans la dothiénenthérie un phénomène de favorable augure. « J'ai peine à croire, écrit Paillard, qu'une simple spoliation sanguine explique ces faits, et je me demande s'il ne faut pas faire jouer un rôle à la résorption du sang épanché. »

Dans les affections digestives, Paillard a essayé l'auto-hémothérapie ; il s'agissait de malades présentant de la dyspepsie acide, des douleurs précoces ou tardives après le repas et, en même temps, des troubles vaso-moteurs de la face, parfois des migraines. Trois ou quatre injections de 5 à 10 centimètres cubes d'auto-sang, faites à quatre ou cinq jours d'intervalle, après le repas de midi, ont diminué les troubles vaso-moteurs de la face et la migraine, ont amené une sédation de la gêne gastrique et des brûlures.

La question de l'auto-hémothérapie du cancer a été étudiée par divers auteurs ; un travail de Blouquier de Claret et Brugairolles (1) aboutit aux conclusions suivantes : l'auto-hémothérapie agit favorablement sur l'anémie des cancéreux ; à partir de la troisième ou quatrième injection, le taux de l'hémoglobine remonte, s'approche de la normale. La formule leucocytaire est, elle aussi, favorablement influencée, la mononucléose tendant à diminuer. L'état général du malade se remonte légèrement et on assiste souvent à une reprise appréciable de l'appétit. Au point de vue local, on constate une amélioration notable des épithéliomas cutanés, mais certaines tumeurs malignes, en particulier les cancers utérins, ne rétrocèdent pas et subissent même parfois une véritable poussée. L'auto-hémothérapie peut donc être, mais dans certains cas seulement, un adjuvant du traitement chirurgical, de la radiothérapie profonde et de la curiethérapie ; c'est un excellent moyen pour lutter contre l'anémie cancéreuse.

C'est surtout dans les dermatoses que l'emploi de l'auto-hémothérapie est déjà assez répandu. Ravaut, Nicolas, Gaté et Dupasquier ont obtenu de beaux succès en traitant ainsi l'urticaire ; mais Louste et ses collaborateurs ont vu plusieurs fois une poussée d'urticaire se produire, soit au milieu, soit à la fin du traitement, soit quelques semaines après la cessation de celui-ci. Les prurits simples essentiels sont assez souvent améliorés et guéris ; quelques résultats favorables dans le prurit anal, dans le prurit sénile. Dans les prurigos chroniques avec lichénification, Nicolas, Gaté et Dupasquier ont obtenu, sur 5 cas, 3 guérisons et une amélioration ; Louste, Thibaut et Barbier ont observé l'atténuation du prurit, mais les éléments de prurigo excoriés et les placards lichénifiés ne disparurent pas. Résultats très variables dans l'eczéma vrai, passagers dans le prurigo de Hébra, peu marqués dans le strophulus ; amélioration nette dans les dermatites herpétiformes, l'herpès récidivant, le zona. Certaines infections cutanées et certaines dermatoses infectieuses paraissent dans bon nombre de cas heureusement influencées ; il en est ainsi de la furonculose, l'hidrosadénite des aisselles, des récidives de trichophyties cutanées.

Les dermatoses, au cours desquelles a été tentée, avec un certain succès, l'auto-hémothérapie, constituent donc un groupe assez disparate ; en fait, les indications de la méthode sont loin d'être posées ; il faudra de nouvelles recherches (Louste, Thibaut et Barbier). L'auto-hémothérapie s'est surtout montrée active contre l'élément prurit et dans un groupe d'infections cutanées à répétition, la furonculose, par exemple. Pour les autres dermatoses, les résultats sont inconstants ; à côté de remarquables succès, de non moins éclatants insuccès (Brocq).

Pour ce qui est de la quantité de sang à injecter et de la répétition des injections, il faut tâtonner, étudier les résultats obtenus sur chaque malade. On injecte habituellement 10 centimètres cubes de sang, parfois 5 seulement, mais d'autres auteurs conseillent 15 ou 20 centimètres cubes. Chez l'enfant, on ne dépasse guère 2 centimètres cubes. L'intervalle entre chaque injection sera le plus souvent de trois ou quatre jours ; d'après Nicolas, il faut parfois rapprocher les injections, en faire une tous les deux jours, voire chaque jour. Le nombre d'injections par série dépendra de la réaction de chaque malade ; certaines dermatoses sont nettement améliorées dès la première injection et, dans ce cas, la guérison peut être obtenue avec six ou huit injections ; d'autres résistent davantage, s'améliorent, mais des rechutes surviennent et il faut alors faire jusqu'à vingt injections et plus. On arrêtera naturellement le traitement si la dermatose est exacerbée par les premières injections ; ce cas est très rare.

Essayerons-nous de rechercher comment agit l'auto-hémothérapie ? Doit-on la rapprocher de la désensibilisation ? Il est peut-être inutile d'aborder ce problème très compliqué. Rappelons seulement que F. Moutier et J. Rachet ont observé 11 fois sur 15 cas d'auto-hémothérapie le syndrome hémoclasique de Widal. Pour Castaigne, l'auto-hémothérapie a des effets antitoxiques ou anti-infectieux parce que, chez un intoxiqué ou un infecté, des substances antitoxiques s'accumulent dans le stroma des globules rouges auquel elles restent extrêmement adhérentes tant que l'hématie est vivante ; quand on soustrait du sang au malade pour l'injecter dans son tissu cellulaire, alors les globules rouges se détruisent, leur stroma se désagrège et met en liberté des antitoxines. Ce sont ces antitoxines accumulées dans les globules rouges et mises en liberté dans le tissu cellulaire qui expliquent peut-être les effets heureux de l'auto-hémothérapie.

Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer les résultats de l'auto-hémothérapie, cette méthode de traitement mérite d'être connue, d'être essayée dans un certain nombre de cas ; au fur et à mesure que les observations se multiplieront, on pourra connaître plus complètement les indications de ce traitement, préciser sa technique et se rendre mieux compte de sa valeur.

M. BRELET.

(1) BLOUQUIER DE CLARET et BRUGAIROLLES. *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 59.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PROJET DE LOI SUR L'ORGANISATION DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Peu de jours avant les vacances un projet de loi de M. Justin Godart a été distribué à la Chambre des députés.

Ce projet de loi donne un statut spécial au corps de santé militaire et prévoit notamment des améliorations dans l'ordre moral et dans l'ordre matériel. Les officiers du service de santé perdent leur situation d'assimilés et constituent « un *corps de santé militaire* placé sur un pied d'égalité avec les autres éléments de l'armée ». « Cette ascension dans la hiérarchie militaire confère aux officiers du corps de santé,

comme conséquences naturelles, *tous les droits, attributions et prérogatives dont bénéficient les officiers des autres armes* ».

A cet avantage d'ordre moral viennent s'ajouter des *avantages de solde* permettant aux officiers du corps de santé de se considérer comme moins défavorisés par rapport à la situation matérielle de leurs confrères civils.

Voici quelques-uns des principaux articles du projet de loi.

« TITRE PREMIER. — *Dispositions générales. Objet du service.*

ART. 3. — Le service de santé et les officiers du corps de santé possèdent une situation identique à celle des armes et des officiers des armes. Toutefois, les officiers du corps de santé exercent le commandement dans les limites suivantes :

1° En toute sa plénitude vis-à-vis du personnel de leur propre service et du personnel militaire de toute nature rattaché d'une façon permanente à ce service;

2° En ce qui concerne l'exécution du service pour lequel il a été désigné, sur le personnel militaire de toute nature mis même *temporairement* à leur disposition. Les officiers du corps de santé exercent leur autorité sur tout le personnel militaire de grade inférieur au leur, présent, à un titre quelconque, dans les établissements ou formations sanitaires. Sous ces réserves relatives à l'exercice du commandement et à l'autorité, les officiers du corps de santé jouissent en toutes circonstances des mêmes prérogatives que les officiers des armes, et, dans leurs rapports avec ceux-ci, prennent rang selon leur grade et leur ancienneté dans ce grade.

ART. 4. — Les officiers du corps de santé militaire font partie en temps de guerre et en temps de paix des états-majors, à l'exception des états-majors particuliers d'arme. A ce titre, ils sont agents du Commandement, ils sont chargés de centraliser et de fournir au Commandement tous les renseignements utiles au point de vue des ressources existantes et des prévisions nécessaires en personnel et en matériel; ils contribuent à l'élaboration des ordres et en assurent la transmission.

ART. 5. — L'organisation de la direction du service de santé établie auprès du ministre de la Guerre, en conformité de la loi sur l'administration de l'armée, est réglée par un décret. Au grand quartier général des armées, le service de santé de l'armée est représenté par un général médecin rattaché au groupe « Commandement » et chargé d'y centraliser tout ce qui concerne la préparation, l'organisation et le fonctionnement du service de santé aux armées; cet officier général prend le titre de « Directeur général du service de santé militaire des armées ». Désigné dès le temps de paix, il prépare son action pour le temps de guerre, et, dans ce but, remplit les fonctions de conseiller technique auprès du vice-président du Conseil supérieur de la guerre.

Il est également prévu, pour le temps de guerre, un inspecteur général de l'hygiène et de l'épidémiologie et un inspecteur général des services de chirurgie aux armées.

Dans chaque armée, le général médecin, chef supérieur du service de santé de l'armée, est affecté au premier groupe du quartier général de l'armée. Conformément aux ordres du général commandant l'armée, il arrête toutes les mesures concernant le service de santé et n'intéressant que ce service. Pour les ordres relatifs à l'exécution du service de santé, il reçoit la délégation du général commandant l'armée.

Les mêmes dispositions sont prises dans les grandes unités, corps d'armée et divisions.

ART. 6. — La santé des troupes et celle de la population civile étant en relation étroite, les officiers du corps de santé militaire doivent se tenir en liaison constante avec les autorités sanitaires civiles pour recueillir et communiquer tous renseignements utiles concernant l'hygiène du soldat et la protection de la santé publique.

TITRE II. — *Personnel. Composition.*

ART. 7. — Le Service de santé de l'armée est assuré :

1° Par un personnel d'officiers du corps de santé militaire comprenant des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens, des administrateurs;

2° Par des infirmiers militaires rengagés, engagés, ou appelés, incorporés dans les sections d'infirmiers militaires;

3° Par le personnel civil rétribué.

ART. 8. — Le corps des officiers d'administration du Service de santé est supprimé; il est remplacé par le corps des officiers administrateurs du corps de santé militaire suivant une hiérarchie propre fixée à l'article 2. Un décret ultérieur précisera le détail d'exécution de cette nouvelle disposition.

Statut du personnel du corps de santé militaire.

I. *Cadres.* — ART. 9. — Le corps de santé militaire de l'armée active comprend des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des administrateurs militaires.

Il a une hiérarchie propre, savoir :

A. Médecins : sous-lieutenant médecin; lieutenant médecin; capitaine médecin; commandant médecin; lieutenant-colonel médecin, colonel médecin; général médecin; général médecin inspecteur.

B. Chirurgiens dentistes : sous-lieutenant chirurgien dentiste; lieutenant chirurgien dentiste; capitaine chirurgien dentiste; commandant chirurgien dentiste.

C. Pharmaciens : sous-lieutenant pharmacien; lieutenant pharmacien; capitaine pharmacien; commandant pharmacien; lieutenant-colonel pharmacien; colonel pharmacien; général pharmacien.

D. Administrateurs : sous-lieutenant administrateur; lieutenant administrateur; capitaine administrateur; commandant administrateur; lieutenant-colonel administrateur.

II. *Effectifs.* — ART. 10. — Les effectifs des personnels du corps de santé militaire sont fixés par la loi des cadres et des effectifs.

III. *Limites d'âge.* — ART. 11. — Les limites d'âge pour le passage au cadre de réserve ou pour l'admission à la retraite des officiers du corps de santé militaire sont celle des officiers des armes du même grade.

IV. *Prérogatives. Honneurs et préséances.* — ART. 12. — Les officiers du corps de santé militaire jouissent du bénéfice de la loi sur l'Etat des officiers, ils ont le rang, les droits, les attributions et les prérogatives des officiers des armes du même grade dans les conditions et sous les réserves spécifiées à l'article 3.

Les honneurs et préséances des membres du corps de santé militaire sont réglés par le décret sur le service de place.

V. *Recrutement.* — ART. 13. — Les sous-lieutenants médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens se recrutent parmi les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire reçus docteurs en médecine ou ayant obtenu le diplôme de pharmacien, ainsi que parmi les docteurs en médecine, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens diplômés admis directement après concours. Les sous-lieutenants administrateurs se recrutent :

1° Pour les 5/10 des emplois par voie de concours parmi les sous-officiers des corps de troupe ayant deux années de grade;

2° Pour les 4/10 des emplois par voie de concours parmi les candidats civils justifiant du diplôme de licencié en droit parmi les élèves ayant satisfait aux examens de sortie des Écoles normales supérieures d'enseignement primaire, les candidats pourvus du diplôme de bachelier ou du brevet supérieur de l'enseignement primaire ou parmi les anciens élèves diplômés des écoles civiles, professionnelles ou techniques dont la liste est arrêtée par décret;

3° Pour le 1/10 des emplois parmi les adjudants-chefs et les adjudants des sections d'infirmiers comptant plus de dix ans de service effectif et n'ayant pas dépassé l'âge de trente-cinq ans au 31 décembre de l'année de la proposition. Les candidats sous-lieutenants administrateurs compris dans les première et deuxième catégories sont réunis à l'École du Service de santé militaire dans une section administrative suivant les conditions fixées par un décret.

Les sous-lieutenants du corps de santé militaire, médecins, pharmaciens, administrateurs font un stage d'instruction à l'École d'application du Service de santé militaire suivant les conditions qui sont fixées par un décret.

VI. *Dispositions spéciales.* — ART. 14. — Il est attribué aux officiers du corps de santé militaire (médecins et pharmaciens) à partir de l'expiration de l'engagement sexennal, en sus de la solde et des allocations, les indemnités suivantes :

a. Une *indemnité annuelle de profession*, payable par mensualités, égale aux 7/10 de la solde budgétaire accrue des indemnités temporaires et des indemnités de charges militaires comptant pour la pension de retraite, afférentes au grade de sous-lieutenant médecin ayant six ans de grade.

b. Une *prime annuelle de technicité* afférente à chacune des catégories ci-après :

1° Une prime permanente, équivalant aux 2/10 de l'indemnité annuelle de fonction du paragraphe *a*) pour les titres de médecin, chirurgien, spécialistes, etc., des hôpitaux militaires, chimistes, etc., acquis au concours dans les conditions des décrets du 15 juin 1920 et pour les titres de professeur ou professeur agrégé libres;

2° Une prime ne se cumulant pas avec la précédente, valable pour la durée des fonctions, égale aux 4/10 de l'indemnité annuelle de fonction du paragraphe *a*) pour les titres de professeur et professeur agrégé des Écoles du Service de santé militaire.

VII. *Dispositions pour le temps de guerre.* — ART. 15. — En temps de guerre, le Service de santé est assuré :

1° Par les officiers du corps de santé militaire de l'armée active;

2° Par des officiers médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et administrateurs militaires de la réserve et par des sous-officiers médecins, pharmaciens, dentistes auxiliaires remplissant les conditions prévues par un règlement ministériel. Dans le cadre des attributions de la loi fixant le statut des officiers des réserves, la présente loi s'applique aux officiers des réserves du corps de santé militaire ;

3° Par des militaires de l'active, de la réserve et de la territoriale de la section d'infirmiers militaires.;

4° Par du personnel civil rétribué ou bénévole.

ART. 16. — La compétence technique doit être la base de la répartition et de l'affectation de ces divers personnels. »

Le projet comprend, en outre, des dispositions ayant trait au fonctionnement intérieur du service. Il s'applique dans toutes ses dispositions au corps de santé colonial.

NOTES POUR L'INTERNAT

GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR PAR ARTÉRITE [1]

PRONOSTIC. — Sombre.

La gangrène sénile évolue presque toujours de façon extensive, et récidive souvent. Elle va souvent de pair avec des lésions artérioscléreuses diffuses, exposant à de graves complications générales.

Chez les tarés, et surtout chez les diabétiques, la gravité du pronostic est extrême.

DIAGNOSTIC. — **I. Au début (période douloureuse).** — *a.* Douleurs banales, étiquetées facilement *névralgies, rhumatisme, névrite.* La recherche des petits signes d'insuffisance circulatoire des membres : cryesthésie, cyanose, douleurs plantaires, crampes, est capitale; l'examen à l'oscillomètre confirme le diagnostic.

b. Douleurs à type de claudication intermittente :

Claudication intermittente d'origine médullaire (Déjerine 1905) : rare; ne s'accompagne d'aucun trouble circulatoire (oscillomètre; épreuve de Weber et de Vaquez).

II. Au stade de gangrène sèche. — *a.* Gangrène par *ergotisme*, extrêmement rare, par *adrénaline*, par *acide phénique.*

b. Gelures et froidures.

c. Troubles trophiques de la *syringomyélie*, de la *maladie de Morvan.*

d. Maladie de Reynaud. — Gangrène symétrique des extrémités, rare au membre inférieur. Caractérisée par des crises douloureuses provoquées par le froid, avec cyanose, puis décoloration des orteils. Secondaire à un spasme qui cède au bain chaud.

III. En présence d'une gangrène humide. — *a. Gangrène gazeuse.*

b. Penser toujours au diabète : examen des urines. Eliminer le phlegmon gangréneux des diabétiques.

IV. En présence d'accidents à début brusque (artérite aiguë). — *Oblitération artérielle par embolie.* — Relativement rare. Consécutive à l'arrêt, dans un tronc artériel, de plaques calcaires provenant d'un foyer athéromateux aortique (rare), plus souvent d'un caillot sanguin issu du cœur gauche; sujets atteints d'une cardiopathie (rétrécissement mitral; plus rarement sténose aortique; endocardite infectieuse aiguë ou subaiguë).

V. Diagnostic du niveau de l'oblitération et de la valeur de la circulation collatérale.

a. Etude par la *palpation*, des battements de la fémorale et de la poplitée.

b. Epreuve de Cosacesco ; épreuve de l'*hyperhémie comparée de Maskowitz*, au moyen d'une bande d'Esmarck; épreuve du *brossage de la peau* (Lejars) : indiquent l'état de la nutrition des téguments ; mais la zone ischémiée a la forme d'un coin à sommet supérieur, remontant le long de l'artère, dans la profondeur du membre.

c. Oscillométrie, épreuve capitale. Indique le niveau de l'oblitération du tronc artériel principal.

Peut être complétée par d'autres épreuves : exploration capillaroscopique (Guillaume); emploi du tonomètre de Gartner. Peut enfin indiquer, par adjonction de l'épreuve du bain chaud, quelle est la part du spasme dans les troubles observés.

VI. Diagnostic étiologique. — Toujours pratiquer un examen complet du malade. Syphilis. Diabète. Toutes infections et intoxications chroniques.

TRAITEMENT. — **I. Gangrène sèche.** — 1° PROPHYLACTIQUE. — *a.* Traitement des infections et intoxications causales.

b. Régime des scléreux (réduction des protéines d'origine animale).

c. Eviter toute cause de spasme (fatigue, froid humide, émotion).

2° MÉDICAL. — *a.* Maintenir la tonicité du cœur : tonicardiaques maniés prudemment.

b. Maintenir la souplesse et l'expansibilité des artères : douches d'air chaud, diathermie prudente, nitrites.

3° CHIRURGICAL. — Deux cas sont à considérer : gangrène nettement limitée, peu étendue; gangrène plus étendue à tendance envahissante.

a. *Mortification limitée.* — 1. Attendre, en évitant l'infection locale (embaumement à la poudre de Lucas-Championnière, au baume du Pérou). Une fois le sillon d'élimination établi, se contenter d'opérations de nettoyage : section au niveau du sillon, sans suture des téguments.

2. Avant tout, lutter contre les douleurs. Pitres et Vaillard, Joffroy et Achard, Lancereaux ont montré l'importance des lésions de névrite, aux points de vue de la douleur et du calibre des vaisseaux. D'où :

Névrotomies : Préconisées par Lancereaux, réalisées par Quénu en 1893.

Sympathectomie périartérielle (Leriche).

b. *Gangrène étendue*, remontant au cou-de-pied et au delà. Si l'état général le permet : attendre la limitation du processus pour régulariser le moignon.

Sinon, *amputer*. Le gros problème est celui du niveau auquel amputer : nous avons vu (Cf. diagnostic) les principales épreuves à utiliser pour répondre à cette question. Rachianesthésie à dose faible; pas de garrot, asepsie minutieuse, intervention très courte.

Diverses interventions ont été proposées :

Artériotomie pour enlever le caillot.

Cathétérisme des artères.

Anastomose artério-veineuse : aurait été quelquefois efficace dans les états de prégangrène.

Surrénalectomie unilatérale (Oppel), proposée afin de diminuer l'adrénalinémie, cause de spasme. Ne semble donner que de médiocres résultats.

II. Gangrène humide. — Traitement énergique d'urgence. Deux cas sont à considérer suivant l'état général :

a. Infection modérée; état général bon ; incisions libératrices; air chaud; essayer de transformer la gangrène humide en gangrène sèche.

b. Gangrène à tendance envahissante : amputer d'urgence; soutenir l'état général; le pronostic est extrêmement sévère.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 77, p. 1278. et n° 79, p. 1314.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sur les tentatives de rajeunissement. Conférence donnée par la Société des Nations, par FRAISSE. Une brochure de 28 pages. — Paris, Maloine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

OUVERTURE DU XXXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — C'est devant un amphithéâtre comble, dont une travée avait été réservée à une importante délégation polonaise dirigée par M. le professeur Zawadzki, que le Congrès s'est ouvert sous la présidence de M. Tuffier. M. Justin Godard, ministre de l'Hygiène, empêché, s'était fait remplacer par son chef de cabinet, M. Scelle. Aux côtés du président avaient pris place M. le maréchal Joffre, le général Gouraud qui, à leur entrée dans la salle, ont été accueillis par une magnifique ovation. M. le doyen de la Faculté, M. Doleris, président de l'Académie de médecine; M. Appel, recteur de l'Université; M. Coville, MM. les médecins inspecteurs généraux Vincent, Toubert, Rouget, M. le médecin inspecteur Dopter; M. Auvray, secrétaire général; MM. les professeurs Le Dentu, J.-L. Faure, Hartmann, Sebileau; MM. les docteurs Boeckel (de Strasbourg), Témoin (de Bourges), Delagénière (du Mans), Maunoury (de Chartres), entouraient le président. Les chirurgiens de la province et de l'étranger étaient venus en très grand nombre.

M. Tuffier prend la parole : Il remercie les hautes personnalités qui honorent le Congrès de leur présence. Il adresse un salut spécial à la délégation polonaise.

Il remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à cette présidence qui aura été la plus haute satisfaction de sa carrière chirurgicale.

D'une grande élévation de pensée, d'un beau caractère philosophique, le discours de M. Tuffier ne saurait se résumer en quelques mots. Il y envisage le rôle du chirurgien sous toutes ses faces, les nouvelles études que lui imposent les récents progrès de la chirurgie, la nécessité d'une parfaite connaissance de l'anatomie et de la physiologie. Envisageant la chirurgie de l'avenir, M. Tuffier estime qu'elle devra aussi s'appuyer sur l'expérimentation. Il insiste particulièrement sur cette chirurgie expérimentale qui lui est chère et sur l'évolution toujours en progrès de la chirurgie française, nécessitant dss efforts toujours croissants pour le chirurgien qui doit chercher, selon l'heureuse formule de Montaigne, à devenir plutôt *mieux* savant que *plus* savant.

Puis, c'est l'hommage aux morts, hélas! trop nombreux : Michaux, Jalaguier, Richelot, Sencert, Hallopeau, Broca, Rochard.

Le beau discours du président a été fréquemment applaudi.

M. Auvray, inaugurant ses fonctions de secrétaire général, rend hommage à son prédécesseur J.-L. Faure, et rappelle les services rendus par les secrétaires généraux Pozzi, Tuffier, Walther. Il annonce que M. Walther a été nommé vice-président du Comité et le félicite. Au nom du Congrès, M. Auvray salue les trente représentants de la Pologne et les félicite d'avoir recouvré l'indépendance de leur chère patrie.

Il appelle ensuite l'attention de ses collègues sur l'organisation du Congrès actuel, sur le grand nombre des communications, sur l'exposition et sur les représentations cinématographiques qui auront lieu entre les séances.

Il termine en rendant un touchant hommage à M. Le Dentu, l'un des membres fondateurs du Congrès.

Après le discours du représentant du ministre, la séance a été suspendue, et, à trois heures, a commencé la lecture des rapports sur la première question. A. B.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Jury définitif : MM. Feuillé, Gautier, Donzelot, Cain, Basset, Métivet, Gouverneur, Madier, Bourdier.

— Liste alphabétique des candidats :

MM. Abrahamian, Adida, Agostini, Aïdan, Aletru, Alivisatos, Allix, Alvares de Azevedo, Amaraggi, Amiard, Amid, André, Angeras, Anglade, Antonelli (Henri), Antonelli (Jean), Ardin, Arestide dit Barbazza, Arnaud, Arsonneau, Artin, Ascher-Cohen, Attaix, Attal, Aubert, Aubin, Auclair, Audemar, Auperin, Autissier, Auzeloux, Aymard, Ayrignac,

Bachman, Badaroux, Ballard, Balmelle, Baqué, Baratoux, Bardoux, Barneville, Barrat (Raymond), Barrat (Roland), Barré, Barthélemy, Batier, Battesti (Antoine), Battesti (Philippe), Baudelot, Baudet, Baussan, Bazoge, Beaume, Bele-

re, Benaerts, Benech, Benzaquen, Bercovici, Bergenstein, Mlle Berger, MM. Berral, Bernard (André), Bernard (Ed.), Bertrand, Mlles Bescond, Besnard, MM. Besombe, Besseyrias, Bessot, Beuzart, Bichet, Bidegaray, Billet, Binès, Blanchard, Blanquine, Mlle Blase, MM. Blavier, Boëlle, Bolgert, Bonnahon, Bonnamour, Bonnard, Bonnet (André), Bonnet (Gabriel), Bonnet (Raymond), Bonte, Boquien, Mlle Bordachar, M. Bossard, Mlle Boucabeille, MM. Bouchard, Bouessel du Bourg, Bouland, Boulard, Boureau, Bourgeois (Claude), Mlle Bourgeois, M. Bourguignon, Mlle Bousser, MM. Boutet, Bouxin, Boyer, Brauman, Brehier, Breton, Bretey, Briant, Brimont, Brisset, Mlle Bruce, M. Brulin, Mlle Brunel, MM. Bruneton, Bruneval, Bué, Bufnoir, Bui, Buisson, Buy,

Cabaille, Cabrit, Cadinouche, Cailleux, Cain, Calayud, Mme Campaux, MM. Cao-Si (Tan), Capandji, Carlotti, Casalis, Cassan, Castets, Caudron, Caugnot, Cautru, Cayet, Cernéa, Chabellard, Chabrol, Chafir, Chambon, Mlle Champagne, MM. Champeval, Chapon, Chappoux, Chaput, Chaparanowsky, Chassin, Chenneviere, Mlle Chevillon, MM. Chevrelle, Chevron, Chomet, Chosson, Mlles Chrétien, Chuit, MM. Clavel, Clément, Cliquet, Clupot, Cocagne, Coen (Joseph), Cohen, Coignet, Coliez, Collart, Collin, Mlle Colombu, MM. Colonne, Comar, Conso, Conthe, Contradès, Coquelin, Corbier, Cornier, Coste, Cottet, Coulogner, Coumeton, Courtois, Croll,

Dada, Dansaert, Darnis, Dassonville, Dauchez, Daure, David, Décante, Deglaire, Delaborde, Delaffond, Delange, Delattre, Delbove, Deléage (Pierre), Deléage (André), Delfraissy, Delorme (Jean-Antoine), Delorme (Jean-Marie), Demirleau, Denichou, Desbœuf, Desbuquois, Deschamps. Mlles Desderli, Desgruelles, MM. Deslandres, Desmoulin, Dessewffy (de), Dessirier, Devaux (Jean), Devaux (Charles), Mlle Develay, MM. Devin, Dewé, Douvry, Dreyfus, Driard, Drudin, Dubois, Duc, Duchesnay, Duclos, Mlle Ducosté, MM. Dufet, Dufour, Dulot, Mlle Dupic, MM. Dupont, Dupuy (Paul), Dupuy-Dutemps, Duran, Duranton, Durel (Maurice-Joseph-Charles), Durel (Pierre), Durieux, Duria, Duvernoy,

Enriquez, Ernoux, Mlle Espinosa, MM. Eydmond, Fabre (Albert-Georges), Fabre (Jean-Eloi), Faguet, Faivre, Farah, Farell O'Reilly, Fau, Faucher, Faubert, Favier, Mlle Feer, MM. Ferrière, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fischbacher, Flamet, Fleurot, Fontaine, Fort, Mlle Fournier, MM. Fourrey, Fraenckel, Frain, Fraisse, Franco, Friedmann, Fromont,

Gallot, Gandy, Garnier, Gaudin, Gauthier, Gencel, Gendreau, Giard, Mlle Gillard, M. Gindraud, Mlle Ginger, M. Giorgi, Mlles Girardeau, Gobert, MM. Godefroy, Gordon, Gorelik, Got, Gottfried, Goullet, Goutallier, Goutry, Graffin, Mlle Grand, MM. Grassard, Grasset, Grimault, Gritty, Grozieux de Laguerenne, Guedon, Guex, Gueyne, Guibé, Guichard, Guillain, Guillamet, Guillemin, Guilloux, Guilmard, Guionnet, Guybert de la Bausserie, Guyot,

Hage, Mlle Hallard, MM. Halphen, Hamon, Harari, Hayon, Heim, Hennion, Mlle Henry, MM. Hepp, Hermann, Hesse, Hirsch, Hodanger, Mlle Howyan, MM. Humbert (Gaston-Marie), Humbert (Marc), Huret, Hyronimux, Ismojik, Mlle Jacob, MM. Jambon, Jame, Jampolsky, Janin, Jardet, Jaudel, Jauneau, Jodin, Joly, Joseph, Jouanneau, Jourdan, Jubelin, Mlles Kanel, Kaplan, M. Karmann, Mlle Kaz, MM. Koang, Kreyts, Kuborn, Mlle Kuntz, MM. Labesse, Labignette, Laborde, Lacaille, Lacaze, Lachowski, Lacroix, Lambert, Lancesseur, Landrieu, Lang, Langlois, Lannegrace, Lapeyre, Lapiné, Lappas, Lardat, Lardenais, Lardier, Laroche, Lassery, Laurent, Laussel, Lazerme, Lebel, Lebis, Leblanc, Mlle Lebois, MM. Lebovits, Lecadre, Lecomte (Georges), Mlle Leconte, MM. Lecourt, Leculier, Mlle Le Diouron, MM. Lefas, Lefranc, Le Garrec, Léger, Le Guay, Le Guyon, Lelièvre, Lelourdy, Mlle Lemaire, MM. Lemaître, Lemasle, Mme Le Maux, MM. Lemoine, Le Moinet, Lepage, Mlle Le Parquier, MM. Le Rochais, Lerolle, Leroy (Gustave), Leroy (Robert), Lestienne, Mlle Lévy, MM. Lévy (Emmanuel), Lévy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lionnet, Lioret, Logeat, Louis, Louvet (Eugène), Louvet (Louis-Albert-Lucien), Luiggi, Luthereau,

Mac-Master, Maës, Magat, Magnin, Maillard, Mlle Maire, MM. Maison, Makhluff, Malfuson, Mallet, Malpart (Michel), Mme Malpart, MM. Mansour, Maraval, Marceau, Marchand, Marian. Mlle Marie (Marguerite), MM. Marie (Robert), Marot, Martin (Horace), Martin (Jean), Martin (René), Maruani, Masset, Masson, Mathan, Maury, Maziol, Megain, Meillaud, Mlle Meinier, MM. Melun, Menger, Menillet, Merjet, Mlle Menneret, MM. Merand, Merigot, Merlaud, Merle, Messimy, Métais, Mezard, Mezzer, Miget, Minet, Moldavan, Moline, Mondjian, Monmignant, Mlles Montauzon (de), Montet, M. Morchain, Mlle Moreau, M. Moreau, Mlle Moret, MM. Moricard, Mornas, Motz, Moureau, Moussa, Moussette, Moyse, Muffang, Mlle Munier,

MM. Natier, Nicoglou, Nicolas, Nigay, Noirot, Nouail,

Oppenot, Ortega, Oustrio,

Paille, Pajot, Palmer, Palma (de), Papadopoulos, Papageorges, Mlle Parent, MM. Parienté, Parzy, Paschetta, Patry, Patte, Pauker, Paul, Paulin, Penant, Perachon, Mlles Peretti (Joséphine de), Peretti (Marie de), MM. Perrault, Perrier, Perseghian, Mlle Petibon, MM. Petit (Fernand), Petit (Pierre), Petit-Maire, Petiton-Saint-Mard, Peuteuil, Phalippou, Picard, Picarda, Pichon, Picot, Pierron (Emile), Pierron (Jean), Piet-Lataudrie, Pigache (André). Pigache (René), Pillière de Tanouarn, Pilpoul, Pineau, Mlle Pinel, M. Piollet, Mlle Pissard, MM. Poilleux, Poinceau, Polacco (Etienne), Polacco (Jacques), Mlle Polonski, MM. Pomerais, Poria, Postel, Potiquet, Pouey, Pougia, Pouzergues, Préaut, Pressat, Mlle Prieur, MM. Pruneau, Prunet, Puccinelli, Puyaubert, Pys,

Queriault, Quiret,

Rachelsberg, Raoul-Duval, Raouch, Rault, Raymond, Reberol, Regaud, Regis, Rey, Reynaud, Reyo, Ribadeau-Dumas, Richard, Rigot, Ripert, Rivère, Robert, Robine, Rocher, Rooder, Mlles Roederer, Rondel, MM. Rondepierre, Roquejoffre, Mlle Roques, MM. Roser, Rosner, Rothéa, Mlle Rottersmann, MM. Roulin, Roullier, Rousseau, Rousset, Roussier, Mlles Roussy, Roux, MM. Rouzaud, Roy, Royer de Véricourt, Rubat de Mérac.

Sacuto, Mlle Saint-Cène, MM. Salmon, Salomon, Sambron, Sanson, Sanz, Sapoznik, Saraudy, Saulgeot, Sauteraud, Sauter, Sauvain, Savigny, Schalck, Schatz, Schlesinger, Schmitt, Schwartz, Mlle Segal, MM. Seguinot, Seguy, Sempé, Senequier, Sens, Mlle Sentis, MM. Sergent, Sevestre, Sicot, Sifflet, Sigaud, Simon, Solakian, Soleil, Soleillant, Soria (de), Spatzierer, Mlle Stanklewicz (de), MM. Sterbini, Stérianos, Stoclet, Storoge, Surpas, Mlle Sylvestre, MM. Szilagyi, Szymkievicz, Szumlanski,

Talmazski, Taquet, Teboul, Tellier, Terrade, Terrenoire, Thevenin, Thiboumery, Thiercelin, Thoizon, Thouluc, Thouvenel, Thuet, Thuvien, Timsit, Tixidre, Torchaussé, Terregrosa, Toubianas, Touvet, Trial, Tridon, Trocné, Mlle Trousson, M. Tschudnowsky,

Mlle Urçat,

MM. Vaissié, Vala, Valdman, Valençon, Vandenbossche, Vaudour, Vayssière, Verboud, Vernier, Mlle Versini, MM. Vetillard, Vial, Vialle, Viardot, Mlle Vilhès, MM. Villeneuve, Villequez, Villière, Villoutreix, Vinceneux, Viollet, Voignier, Vromet,

Waddington, Whelkens, Mlle Wesbecher,

MM. Zaliouk, Zambeaux, Zaouch, Zimmer, Mme Zucman, M. Zucman (Sloim),

(*Voir la suite des* INFORMATIONS *p. 1362.*)


Les principales
INDICATIONS de
l'Atoquinol Ciba
(phénylcinchoninate d'allyle)
Deux formes:
CACHETS
GRANULE
Guanine
Acide urique
Hypoxantine
Xantine
Arthrites aiguës ou chroniques
Goutte
Asthme bronchique
Dermatoses. Névralgies
Sciatique rhumatismale
et autres manifestations uricémiques
Littérature et Echantillons:
LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND
1. PLACE MORAND
LYON
L'Atoquinol est le solvant par excellence de l'acide urique

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 6-11 octobre 1924.)

PREMIÈRE QUESTION

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur. Leurs résultats éloignés.

Rapporteurs : MM. Charles Dujarier et Léon Imbert.

Dans l'unique rapport dont la première question a été l'objet, les généralités et le traitement orthopédique ont été rédigés par M. L. Imbert; le traitement opératoire et les fractures sous-trochantériennes par M. C. Dujarier.

L'extrémité supérieure du fémur peut se fracturer en différents points, mais dans la presque totalité des cas, c'est au niveau du col que siège la lésion.

C'est donc surtout cette variété de fracture que les rapporteurs ont étudiée. Ils n'ont pas oublié cependant la fracture « sous-trochantérienne » relativement fréquente, mais ne font que citer les variétés « trochantéro-diaphysaire » et « intra-trochantérienne » car ce sont là des formes rares qui ne réclament pas de thérapeutique spéciale.

Considérations générales. — Quatre méthodes se partagent actuellement le traitement des fractures du col du fémur : la mobilisation précoce, l'extension continue, la réduction avec appareil plâtré et l'intervention sanglante.

Toutes ont leurs partisans, et ont à leur actif de bons résultats; mais aucune ne doit prétendre à supplanter les autres dans tous les cas. Le choix de la méthode varie avec les caractères anatomiques de la fracture, les tendances personnelles du chirurgien, l'état général du blessé.

Ce dernier facteur joue un rôle considérable dans l'évolution de la fracture et peut, à lui seul, orienter définitivement le choix du traitement.

On sait maintenant que la fracture du col du fémur n'est pas l'apanage du vieillard, qu'elle se rencontre tout aussi fréquemment chez l'homme mûr, et même chez l'enfant. Cela n'empêche pas qu'elle est particulièrement grave chez le sujet âgé en raison des complications pulmonaires toujours possibles et de la lenteur des phénomènes de consolidation; aussi, tel procédé d'immobilisation qui donnerait un résultat excellent chez l'enfant ou l'adulte, n'aboutirait chez le vieillard qu'à une mort rapide.

Enfin, il faut admettre qu'il y aura toujours des blessés, déments, séniles ou gâteux, qui ne relèvent d'aucun traitement autre que le séjour au lit « accompagné d'un simulacre d'extension continue » et voués infailliblement à la bronchopneumonie. De ceux-ci on ne peut tenir compte dans cette étude thérapeutique et les rapporteurs supposeront toujours dans leur exposé, qu'il s'agit de sujets dont l'organisme est encore doué d'une résistance vitale suffisante.

Classification. — Delbet et son école, revisant la classification des anciens auteurs distinguent trois variétés de fractures :

I. Les fractures cervico-trochantériennes.
II. Les fractures sous-capitales.
III. Les fractures transcervicales.

Sur 85 fractures du col du fémur rencontrées à l'Hôtel-Dieu et à la Conception de Marseille, 4 étaient du type sous-capital, 25 transcervicales, 46 cervico-trochantériennes.

Il faut tenir compte, dans de telles statistiques, du coefficient personnel; il est rare qu'une fracture cervico-trochantérienne prête à contestation, mais il n'en est pas de même des transcervicales et des sous-capitales.

Les adultes et les enfants présentent surtout les variétés sous-capitales et transcervicales; les formes cervico-trochantériennes se rencontrent plutôt à l'âge avancé.

Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

Étude radiologique. — Un bon examen radiologique s'impose. L'interprétation du cliché peut être délicate. Il faut se garder, en particulier, de conclure de la superposition des ombres à la pénétration des fragments auxquels elles correspondent.

Le cliché sera pris, le malade couché sur le dos en position horizontale, reposant sur la plaque sensible, le tube au-dessus de lui, le foyer se trouvant dans la verticale de la tête fémorale. On doit donner au pied une position telle que l'on évite les effets de raccourci qui modifient l'aspect du col. Et à ce sujet Japiot a fait remarquer que le pied ne doit pas seulement être vertical, mais encore en rotation interne maxima.

Seule, cette attitude corrige l'angle de déclinaison du col et permet d'obtenir tout le développement de ce col. Pour réaliser cette position du pied, l'articulation doit être mobile et le col non déformé. Or, ces deux conditions manquent souvent. Nous ne jugeons de la position du col que par l'attitude du pied; chez le fracturé, cette relation est modifiée, et c'est cette modification qu'il importe de connaître.

En résumé, c'est l'attitude de chaque fragment que le chirurgien doit demander à la radiographie.

La position du pied indique déjà cliniquement l'attitude du fragment externe, mais l'examen radiographique est nécessaire pour apprécier celle du fragment interne. A l'épreuve prise en position couchée, il convient parfois d'ajouter d'autres épreuves dessinant le col non plus de face mais de profil — ou de recourir au procédé décrit par Ducroquet. Il consiste, le sujet étant couché, à mettre la cuisse fracturée à angle droit pour que le col soit saisi de profil, à la porter en abduction à 40 degrés pour corriger l'angle d'inclinaison, et en légère rotation externe pour corriger l'angle de déclinaison.

Dans toute fracture douteuse, il est de bonne pratique de faire un examen radiographique comparé des deux hanches fixées dans la même attitude. On rencontrera parfois certaines anomalies bilatérales qui faute d'un tel examen en auraient imposé pour une lésion du squelette.

Évolution des fractures du col du fémur. — Une place spéciale doit être faite aux fractures incomplètes dont l'existence n'est mise en doute par personne. Celles-ci guérissent d'ordinaire sans accident et sont diagnostiquées « contusion de la hanche ». Exceptionnellement, elles peuvent « se compléter » à l'occasion d'un traumatisme insignifiant; elles sont alors considérées comme des fractures spontanées.

Les fractures du col du fémur, primitivement ou secondairement complètes peuvent aboutir plus ou moins rapidement à la mort. Celle-ci est souvent la conséquence d'une pneumonie hypostatique ou de lésions viscérales concomitantes. Suivant les statistiques elle survient de 17 à 30 fois sur 100 et apparaît généralement dans les huit jours qui suivent l'accident.

Si le blessé a échappé à la mort il est menacé par deux complications qui constituent vraiment le « nœud » du pronostic fonctionnel : la pseudarthrose et la consolidation vicieuse.

La *pseudarthrose* est fatale dans les fractures sous-capitales. Elle est encore fréquente dans les fractures transcervicales; mais souvent dans ces cas elle s'accompagne d'une formation de tissu dense et fibreux qui permet un rétablissement fonctionnel suffisant.

Dans les fractures cervico-trochantériennes, la consolidation osseuse est de règle.

Les *consolidations vicieuses* sont rares. Les mouvements de la hanche sont toujours limités, mais l'ankylose vraie est exceptionnelle. D'ordinaire la flexion de la cuisse arrive à l'angle droit et l'abduction est diminuée de moitié.

Traitement des fractures du col du fémur. — Il peut être orthopédique ou chirurgical.

Traitement orthopédique. — Méthode de Lucas-Championnière. — Elle vise à éviter les raideurs articulaires et l'atrophie musculaire tout en diminuant les risques de congestion hypostatique. Elle consiste dans le lever précoce, dans la pratique du massage, de la mobilisation passive puis active du membre malade.

Les résultats fonctionnels sont médiocres, mais la méthode

doit être conservée pour les cas où l'âge avancé et les complications pulmonaires ne permettent pas de recourir à un autre traitement.

La TRACTION CONTINUE cherche à obtenir la dépénétration des fragments par application d'un poids de 15 à 25 kilos. Cette traction doit être faite en attitude d'abduction et de rotation interne. L'appareil de Tillaux répond à ces indications. Judet, Bruns, Beely se sont ingéniés à améliorer son dispositif.

Les résultats sont souvent mauvais, exceptionnellement bons.

La méthode n'est applicable qu'à un malade robuste capable de se surveiller. Elle réclame un contrôle radiologique fréquemment renouvelé et une surveillance médicale continue. La contre-extension y est mal assurée.

L'appareil de cuisse de Delbet, la méthode de Codivilla, celle de Ruth marquent d'heureuses modifications de l'appareil de Tillaux, mais sont passibles des mêmes reproches.

La MÉTHODE DE ROYAL WHITMAN paraît être le procédé orthopédique le meilleur. Elle traite la fracture du col comme toute autre fracture par la réduction et la contention en bonne attitude.

Le malade endormi est placé sur un pelvi-support dont la tige verticale s'applique sur le périnée. Un autre support permet de placer les épaules à la même hauteur que le bassin. Deux aides maintiennent les jambes et exercent sur elles des tractions longitudinales égales de chaque côté ; leurs efforts tendent à corriger le raccourcissement.

Pendant que s'accomplit la réduction, le chirurgien soulève la cuisse et par des pressions appropriées facilite la remise en place des fragments et la rotation interne.

Les deux membres inférieurs sont mis symétriquement en abduction complète; on sent du côté malade que le col du fémur entre en contact avec l'acétabulum quand l'angle d'abduction est voisin de 45 degrés.

On applique alors un long spica plâtré maintenant le membre en extension complète, abduction et rotation interne. Le plâtre remonte des orteils à la ligne axillaire.

Le malade est replacé sur son lit dont la tête est légèrement surélevée. On le retourne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt sur le ventre pour éviter les escarres et les complications d'hypostase.

L'appareil est laissé en place de huit à douze semaines, mais le malade doit garder le lit plus longtemps jusqu'à rééducation de ses muscles et reprise des mouvements.

Nombreux sont les chirurgiens qui ont cru devoir modifier cette méthode. Barbarin applique un plâtre court s'arrêtant aux genoux. Judet ajoute à l'abduction et à la rotation interne l'attitude en flexion permettant la station assise. Baldo Rossi combine l'appareil plâtré et l'extension prolongée et laisse malgré cela le malade se lever.

Les résultats que donne la méthode de Whitman sont généralement considérés comme bons. Campbell, dans 90 p. 100 des cas, a obtenu de solides réunions osseuses dans des fractures centrales ou cervicales vraies. Whitman lui même, cité par Rossi, aurait noté 89 p. 100 de succès.

Par contre, on peut opposer à ces faits l'expérience de Delbet qui n'a jamais vu de fracture cervicale vraie consolidée.

Les indications du traitement orthopédique. — Il faut distinguer les fractures cervicales et les fractures cervico-trochantériennes.

Dans le premier cas on peut avoir affaire à une sous-capitale ou à une transcervicale. Les fractures sous-capitales ne se consolidant pas, le traitement orthopédique est illusoire; le seul espoir est dans l'intervention sanglante permettant l'enchevillement.

Les fractures transcervicales se consolident souvent. Campbell a observé le fait 24 fois sur 29 blessés. Barbarin, Trèves, Judet et Alazard ont rapporté des cas incontestables de consolidation. C'est encore l'opinion de Baldo Rossi qui proteste contre l' « absolutisme » de Delbet.

Dans ces fractures transcervicales le résultat favorable est d'autant plus probable que le trait de fracture est plus externe et par suite le fragment interne plus long. Pour ces cas, le traitement orthopédique est indiqué et pourra souvent être tenté avec chance de succès.

Les fractures cervico-trochantériennes seront traitées différemment suivant l'état général des malades.

Les sujets fatigués, âgés, pour qui le décubitus dorsal serait gros de conséquence, ceux dont la radiographie montrera une transparence anormale du col fémoral bénéficieront de la méthode de Lucas-Championnière.

Pour les sujets plus résistants, le choix s'exercera entre l'extension continue et l'appareil plâtré. Les préférences iront souvent à l'appareil de Whitman ou à ses dérivés, notamment à celui de Judet.

Traitement opératoire des fractures transcervicales. — Fractures récentes. — Bien que le vissage ou l'enclouage du col fémoral fracturé aient été pratiqués dès 1858 par Langenbeck et depuis par quelques autres chirurgiens Trendelenburg, Nicolaysen, Lambotte, c'est à Pierre Delbet que revient le mérite d'avoir créé, pour le traitement des fractures transcervicales, une méthode opératoire précise.

I. La MÉTHODE DE DELBET consiste essentiellement, après réduction de la fracture et sans arthrotomie, à introduire à travers le col une vis qui, partant de la corticale externe diaphysaire va jusqu'au noyau central de la tête du fémur et solidarise ainsi les deux points solides de l'extrémité supérieure de l'os.

Cette opération nécessite un repérage exact de la tête et la connaissance de l'angle de déclinaison du col. La tête ne peut être repérée avec sécurité que par la radiographie. Quant à l'angle de déclinaison, Delbet a d'abord montré que cet angle est de 12 degrés environ quand, le sujet étant couché sur le dos, le pied est ramené à la verticale; il a ensuite imaginé une instrumentation qui comporte un guide cylindrique ou canon grâce auquel le forage et le vissage à travers le col peuvent être faits avec une inclinaison de 12 degrés sur l'horizontale dans la direction de la tête déterminée par un index.

Pratiquement, voici comment procède Delbet : Le malade est couché sur une table en bois plane. La réduction est obtenue par une traction de 15 à 20 kilogs sur chaque pied, les deux pieds étant maintenus verticaux et attachés l'un à l'autre par leur gros orteil. Les deux membres doivent être absolument symétriques. Après anesthésie générale ou locale, une incision longitudinale est faite à la face externe du membre de manière à découvrir le fémur au-dessous de la crête sous-trochantérienne. On met alors en place l'appareil-guide, on règle la hauteur du canon afin que la perforation puisse attaquer l'os à 1 centimètre au-dessous de la crête, à égale distance des faces antérieure et postérieure du fémur et on conduit la pointe de l'index sur le repère cutané qui représente le centre de la tête. Forage du col jusqu'à la tête avec une mèche de 7 millimètres. Une vis à bois de 7 à 9 centimètres, selon la longueur du col, est enfoncée à bloc et la plaie est suturée.

II. TECHNIQUE DE DUJARIER. — Le rapporteur a cherché à améliorer la technique précédente à trois points de vue :

1° Radioscopie et radiographie pendant l'opération ;

2° Emploi d'une table opératoire combinée de telle sorte que le sujet, l'appareil de Delbet et la table soient étroitement fixés l'un par rapport aux autres ;

3° Choix du matériel de prothèse.

1° *Radioscopie et radiographie.* — Comme il est très difficile d'empêcher l'appareil de Delbet de se déplacer au cours des manœuvres opératoires, Dujarier a pris le parti de n'opérer que sur une table permettant de contrôler par la radioscopie et la radiographie la progression de la vis. Au début il utilisait seulement la vérification radioscopique à la bonnette, mais ce procédé manque de précision et a encore le défaut de ne renseigner le chirurgien qu'indirectement.

La radiographie contrôle bien la marche de l'opération si l'on prend successivement plusieurs clichés. En la combinant à la radioscopie et en faisant repérer la tête avant l'opération sous traction et dans la position opératoire, on peut se contenter de deux clichés et même d'un seul. Mais il faut savoir que le rayon normal de l'ampoule doit passer à la fois par l'axe de l'index et celui du canon, et d'autre part que la longueur du col est amplifiée sur la radiographie, de 1 cm 5 en moyenne quand l'ampoule est à 60 centimètres de la plaque.

2° *Plan opératoire spécial.* — Dujarier a adapté à la table de Rechou un plan dérivé de celui de Ducroquet qui comporte une planche coulissant sur la table, des fiches en bois pour fixer le malade — trois du côté sain, une du côté malade — une pièce interfémorale rembourrée, un coussin sacré et deux longues tiges d'acier munies d'étriers auxquels les pieds sont attachés dans la position verticale. Une pièce spéciale permet de fixer l'appareil de Delbet à la table.

3° *Matériel de prothèse.* — Les vis en os tué, armées ou non, qui ne présentent aucun avantage et se fracturent souvent sont abandonnées par la plupart des chirurgiens. Le rapporteur emploie des vis de 7 millimètres de diamètre, pourvues à leur extrémité, comme les vis de Lambotte, d'une langue d'aspic et d'un taraud, présentant un filetage large, étendu à toute la longueur de la vis et longues de 8 à 9 centimètres.

Ces vis spéciales ont été construites pour lutter contre le tassement secondaire qui s'accompagne d'une sortie partielle de la vis. Afin d'éviter le dévissage qui est incontestable en certains cas, on fera bien de creuser une logette au point d'implantation pour la tête de la vis.

Dujarier a quelquefois placé deux vis, mais cette pratique plus compliquée ne lui a pas paru présenter grand avantage.

Il a enfin dans quatre cas et d'ailleurs avec un seul succès, essayé d'obtenir une meilleure régénération osseuse par l'emploi de greffes ostéopériostiques, selon une technique plus généralement appropriée au traitement des pseudarthroses.

III. Technique de Noordenbos. — Le chirurgien d'Amsterdam a une longue expérience de la réparation opératoire des fractures du col qu'il pratique depuis 1914 et dans la thèse de son élève Weijtland ont été publiées en 1923, 70 de ses observations. Son procédé se distingue par la simplicité du repérage et par le matériel de synthèse.

L'extension est faite par un aide sur le membre malade mis en abduction maxima, le pied étant placé en rotation interne de 12 à 15 degrés pour annuler l'angle de déclinaison du col qui se trouve sensiblement horizontal. L'opérateur pour forer le col attaque la face externe du fémur à 2 centimètres au-dessous du grand trochanter et vise l'épine iliaque antéro-supérieure du côté opposé. Le canal creusé par la mèche est de 9 centimètres chez l'homme, de 8 chez la femme. Il sert à loger un greffon péronier qu'on enfonce au maillet jusqu'à la profondeur voulue.

Cette technique simple qui se passe de la radiographie s'est montrée exacte et efficace dans la plupart des cas.

IV. Technique de Santy. — La tête est repérée radiographiquement et l'opération est conduite suivant les principes de Delbet, mais sans l'appareil-guide. Le canon est remplacé par une manœuvre qui consiste, après engagement de la tarière, à abaisser la main de 3 centimètres environ pour suivre l'angle de déclinaison. Santy a toujours pu ainsi enfoncer ses vis en bonne place.

V. Technique de Robineau et Contremoulins. — Elle est extrêmement précise mais compliquée. La réduction est faite en associant à la traction longitudinale, une traction transversale qui se montre particulièrement utile dans les cas difficiles. On construit par la méthode métroradiographique une épure qui permet de repérer à 1 millimètre près tous les détails de l'extrémité supérieure du fémur. Les fragments sont maintenus par une vis d'os de bœuf qui n'est filetée que dans la partie correspondant au fragment interne et dont un écrou appuyé sur une cale oblique maintient la partie externe.

Pseudarthroses du col. — La consolidation des fractures du col est très lente, elle demande six mois à un an, mais au point de vue thérapeutique, il semble qu'on doive traiter comme une pseudarthrose toute fracture du col datant d'un ou ou deux mois.

Anatomiquement, dans les cas anciens le col attenant au grand trochanter se résorbe, comme l'a montré Basset, mais non la tête et une couche osseuse se forme au niveau du trait de fracture aussi bien du côté du col que du côté de la tête.

Cliniquement, la pseudarthrose est bien différente dans ses manifestations suivant qu'elle est lâche ou serrée. Dans les cas douteux le signe du tiroir, décrit par Delbet, peut rendre service. Le sujet étant assis, quand il y a pseudarthrose la cuisse tirée en avant et refoulée effectue un mouvement de tiroir. Ce signe peut d'ailleurs être recherché aussi bien sur le sujet couché. Chez les sujets gras, il est préférable de comparer deux radiographies faites l'une sans traction, l'autre sous forte traction.

Au point de vue opératoire, il faut distinguer les rares pseudarthroses qui ne causent que peu de troubles fonctionnels et peuvent être abandonnées à elles-mêmes, de celles infiniment plus nombreuses qui constituent de graves infirmités et doivent être opérées.

A. Les méthodes d'enchevillement. — I. *Technique de Delbet.* — Un greffon péronier de 7 à 11 centimètres est prélevé à la scie de Gigli, dépériosté et enfoncé au maillet dans un tunnel foré à travers la tête et le col avec des mèches de 7, 10 et 12 millimètres. Le greffon tient en général de lui-même; quelquefois il est nécessaire de le fixer par une agrafe.

II. *Technique d'Albee.* — On pratique d'abord une arthrotomie antérieure. La fracture est réduite sous le contrôle de la vue, les extrémités osseuses sont économiquement avivées au ciseau. Puis le grand trochanter est mis à nu comme dans la méthode de Delbet. Le col est foré avec une mèche de $12^{mm}25$ mue par le moteur électrique d'Albee et on la remplace par un greffon tibial façonné en cheville de même calibre que la mèche.

III. *Greffe ostéo-périostique.* — Pour obtenir plus sûrement la consolidation osseuse, Dujarier a, dans quelques cas, utilisé la greffe ostéo-périostique, enroulant cette greffe dans un tube métallique pour la pousser dans le tunnel du col. Cette technique n'a rempli son but que dans la moitié des cas, soit parce qu'elle est sujette à se déplacer secondairement, soit parce que certains sujets ne sont plus capables de former de l'os.

B. Autres méthodes. — La résection de la tête a été pratiquée avec des résultats très variables par de nombreux chirurgiens Schede, Howe, Regnier, Lejars, Ito et Asahara et récemment Bonn.

Lexer et Withmann, après avoir réséqué la tête, modèlent le fragment externe et le reposent dans le cotyle. Cette technique leur a donné de bons résultats.

Brackett désinsère les muscles trochantériens, avive la pointe du grand trochanter et l'enfonce dans le fragment interne avivé.

Lorenz fait une ostéotomie oblique du fémur à la base du grand trochanter et déplace le fragment inférieur en dedans sous le fragment interne, constituant ainsi à ce dernier un appui solide.

Soins postopératoires. — Fractures récentes. — Delbet fait lever ses malades du troisième au treizième jour s'ils ont un appareil de marche, du douzième au trentième jour s'ils n'ont pas cet appareil.

Dujarier ayant remarqué qu'avec le lever précoce, il se produisait un tassement secondaire amenant l'infléchissement du col a peu à peu prolongé la période de repos au lit. Actuellement il applique à ses malades après l'opération un grand appareil plâtré allant des orteils à l'aisselle du côté malade et prenant la cuisse du côté sain. Il n'enlève ce plâtre qu'au bout de deux à trois mois. Puis le malade marche avec des béquilles et est enfin autorisé à s'appuyer sur son membre du quatrième au sixième mois.

Pseudarthroses. — Ici encore Delbet fait lever ses malades précocement, du dixième au soixantième jour suivant qu'ils sont ou non pourvus d'un appareil de marche alors que la plupart des autres chirurgiens immobilisent longuement leurs opérés et souvent dans un appareil plâtré.

Évolution anatomique des fractures transcervicales. — Les études histologiques d'Axhausen et de Letulle sur des pièces d'autopsie montrent qu'il se produit une nécrose partielle ou totale de la tête insuffisamment vascularisée par l'artère du ligament rond et que secondairement cette tête est revascularisée soit par le fragment externe, soit par l'artère du ligament rond, de l'os nouveau venant entourer l'os ancien. Ces faits expliquent la lenteur de la consolidation, la fré-

quence des pseudarthroses et plaident en faveur du repos prolongé pour de tels malades.

Résultats. — Le rapporteur analyse trois statistiques globales : celle de Delbet et de ses élèves exposée dans le livre de Basset, celle de Noordenbos et la sienne.

I. Statistique de Delbet. — La mortalité globale est de 12 p. 100 (11 morts sur 90 cas) mais elle est bien moins forte dans la seconde série 5 p. 100 que dans la première 14 p. 100. Il y a eu 7 phlébites postopératoires et 6 échecs opératoires. Les bons résultats fonctionnels sont pour les fractures récentes de 25 sur 45 cas et pour les pseudarthroses de 13 sur 24.

II. Statistique de Noordenbos. — Elle comporte 70 cas dont un certain nombre sont défalqués pour diverses raisons. Restent 46 cas utilisables dont 33 fractures récentes, 3 fractures datent de un à trois mois et 10 pseudarthroses. Des 33 premiers cas, 17 sont complètement guéris, 10 présentent un bon résultat mais avec limitation des mouvements, 6 sont de mauvais résultats : 4 arthrites déformantes et 2 pseudarthroses. Les 3 fractures de un à trois mois ont donné 2 guérisons complètes et un mauvais résultat. Parmi les 10 pseudarthroses il y a eu 3 très bons résultats, 3 bons résultats, 3 résultats médiocres et 1 échec de la greffe par résorption.

III. Statistique de Dujarier. — Elle comporte 60 cas : 39 fractures transcervicales, 5 cervicotrochantériennes et 16 pseudarthroses.

Les 39 premiers cas ont donné 8 morts survenues presque toutes chez des malades âgés et plus ou moins tarés qu'il aurait mieux valu ne pas opérer. 6 malades ont été perdus de vue et 3 sont récemment opérés. Sur les 22 autres il y a eu 12 résultats bons, 4 médiocres et 6 mauvais.

Pour les 5 fractures cervico-trochantériennes, on note 3 bons résultats, 1 médiocre et 1 inconnu.

16 pseudarthroses ont été opérés sans mort, 2 sont des cas récents, 2 n'ont pu être vus, 1 résultat primitivement bon est devenu mauvais. Les 11 autres résultats sont bons.

Les fractures sous-trochantériennes. — Les fractures sous-trochantériennes ne sont pas rares. D'après une statistique qui groupe celles de Henderson, de Walker et de Boppe, elles représentent 16,7 p. 100 des fractures du fémur.

Elles surviennent surtout à la suite d'un gros traumatisme chez de jeunes sujets contrairement à l'opinion classique qui en fait une fracture du vieillard.

On observe des fractures transversales, obliques ou spiroïdes et à fragments multiples. Ici encore, selon le rapporteur, il est inexact, comme on le dit généralement, que les fractures transversales soient plus rares que les obliques. Le déplacement est toujours marqué : le fragment inférieur se porte en haut et en dedans; le fragment supérieur se met en rotation externe, en flexion et en abduction.

En dehors des signes habituels des fractures, on observe deux signes positifs : la déformation « en crosse de pistolet » et un raccourcissement de 4 à 9 centimètres et deux signes négatifs : la non-ascension du grand trochanter et son immobilité quand la diaphyse est mise en rotation.

A cause des déplacements complexes des fragments l'ostéosynthèse doit être préférée en général aux appareils plâtrés ou à l'extension continue.

Dans les fractures transversales on utilisera la plaque vissée, modelée ou non. Dans les fractures obliques, le cerclage constitue le procédé idéal. Dans les fractures à fragments intermédiaires plus ou moins nombreux, on se conduira de façon diverse selon le cas, en combinant les plaques et les cercles. D'ailleurs des dégâts trop considérables constituent une contre-indication opératoire.

Lorsque le traitement sanglant ne pourra être utilisé, par suite de l'état général ou local, on choisira le grand plâtre en abduction appliqué en réduction sous traction et suivi d'un contrôle radiographique périodique. La marche ne sera permise qu'après plus de deux mois.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

LA MORTALITÉ ESTIVALE INFANTILE DE 0 A 1 AN EN FRANCE

RECHERCHES STATISTIQUES

Par le docteur J. HERBER (de Cette).

En 1918, alors que j'avais l'honneur de collaborer aux Œuvres d'assistance médicale infantile de Mme Lyautey, j'avais remarqué que la courbe de mortalité infantile à Rabat (Maroc), n'était pas durant les mois de chaleur (juin, juillet, août, septembre), telle que je la supposais d'après les idées reçues, et j'avais pu écrire que juin était pour les nourrissons le mois des décès, alors que la température moyenne maxima se produisait en juin. Cette constatation m'a conduit à examiner la mortalité des nourrissons en France, durant les mêmes mois, à voir si elle pouvait être figurée dans toutes les villes par des courbes comparables, et si ces courbes étaient superposables à celles de la température.

Des statistiques ont été établies d'après les relevés de la *Statistique sanitaire de la France* de 1906 à 1917, qui donnent le total des décès de zéro à un an pour les 72 villes ayant plus de 30.000 habitants. Afin de rendre toutes les courbes comparables, j'ai calculé pour chaque ville, le pourcentage des décès de chacun des quatre mois chauds, par rapport au total des décès des douze mois.

Il eût été plus instructif de discuter les statistiques des décès par *diarrhée et entérite*, mais on sait combien sont aléatoires les enquêtes faites par les médecins de l'état civil; leur diagnostic est celui des familles et non point celui des médecins traitants. J'ai préféré m'en tenir aux données de l'état civil qui sont tout au moins indiscutables, et les interpréter comme si elles se confondaient avec les données de la statistique de la mortalité par gastro-entérite : hypothèse sans doute, mais hypothèse très admissible puisqu'elle est démontrée par des recherches faites dans plusieurs localités.

***

Le pourcentage de la mortalité globale des 72 villes de France ayant plus de 30.000 habitants, fournit les chiffres suivants :

Juin	7.0 p. 100
Juillet	9.1 p. 100
Août	12 2 p. 100
Septembre	9.9 p. 100

Les résultats de cette statistique correspondant à l'idée que nous avons tous de la mortalité infantile en été. Mais, si au lieu de rechercher la mortalité globale, on examine la mortalité de chacune des villes dont je viens de parler, on réalise une dissociation inattendue; on voit que la mortalité estivale infantile ne peut s'exprimer par une seule courbe, mais bien par trois courbes essentiellement différentes. En totalisant le nombre des décès des villes, classées selon ces trois courbes, on obtient les pourcentages ci-dessous :

	1er type	2e type	3e type
Juin	9.4	6.6	6.0 p. 100
Juillet	12.1	8.9	6.8 p. 100
Août	10.3	12 5	10.7 p. 100
Septembre	7.6	10.0	12 3 p. 100

On pourrait résumer ainsi ces trois colonnes de chiffres :

Premier type : *Maximum en juillet.*
Descente en août.
Nouvelle descente en septembre.

Deuxième type : Ascension en juillet.
Maximum en août.
Descente en septembre.

Troisième type : Ascension en juillet.
Nouvelle ascension en août.
Maximum en septembre.

En somme le maximum de la mortalité infantile se produit, tantôt en juillet, tantôt en août, tantôt en septembre, et si on se rappelle qu'à Rabat il se produit en juin (1), on peut dire qu'il existe selon les villes, au cours de l'un quelconque des mois de chaleur.

* * *

Après repérage sur une carte des villes de France qui présentent le même type de courbe, on constate que leur groupement, assez capricieux en apparence, n'échappe pourtant pas à toute classification.

Les villes du *premier type* (juillet) sont assez exactement situées dans la zone qui bénéficie du climat méditerranéen. Ce sont Carcassonne, Béziers, Cette, Nîmes, Avignon, Grenoble, Marseille, Toulon et Nice. Font seuls exception Perpignan et Montpellier (2).

Les villes du *troisième type* (septembre) sont Douai, Valenciennes, Roubaix, Calais, Cherbourg, Caen, Brest, Rennes, Le Mans, Tours, Poitiers, La Rochelle, Rochefort, Angoulême, Montluçon, Limoges et Poitiers; villes en réalité assez éparses, mais qui appartiennent toutes au Nord-ouest et à l'Ouest.

Les villes du *deuxième type* (août) comprennent toutes les autres villes de plus de 30.000 habitants, dont la « Statistique sanitaire de la France » publie les relevés, c'est-à-dire la majorité des villes de France. Par une généralisation hâtive, ce type est devenu celui de la courbe française, sans doute parce qu'il relate une situation qui est celle de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, c'est-à-dire de la plupart des villes où siègent des Facultés et où les conditions locales de la mortalité infantile ont été le plus fréquemment étudiées.

* * *

Quel rapport existe-t-il entre ces diverses courbes et la température moyenne mensuelle des villes de France? L'annuaire publié par le Bureau des longitudes en 1912 nous apprend que la température moyenne mensuelle est en général maxima en juillet. Seuls font exception : Dunkerque, Ecorchebœuf, Fécamp, Roscoff, Brest, Belle-Isle, Arcachon, Biarritz et Bagnères-de-Bigorre, où la mortalité est maxima en août.

Dans ces conditions, la courbe de température la plus commune est superposable à la courbe de mortalité plutôt exceptionnelle de la région méditerranéenne (maxima en juillet) et non point à celle de la majorité des villes de France (maxima en août). A Rabat d'ailleurs, la discordance entre les deux courbes est encore plus marquée, puisque la température maxima est en août, tandis que la mortalité maxima est en juin, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Tout aussi décevantes sont les constatations que l'on peut faire en repérant les villes de chacun des trois types de mortalité sur la carte des isothermes des quatre mois chauds.

* * *

Cette discordance des courbes de la mortalité infantile et de la température n'est pas complètement passée inaperçue. E. Decherf (1) avait déjà constaté en 1906 que « depuis quelques années », les épidémies de gastro-entérite à Roubaix ne coïncidaient pas avec l'apparition des fortes chaleurs, qu'elles survenaient vers le 15 août et qu'elles faisaient parfois plus de ravages en septembre qu'en août; et à la suite de cette remarque, il avait noté que la mortalité maxima par gastro-entérite ne se produisait pas à la même époque à Roubaix et à Paris, Nancy, Reims, Lyon, Marseille. De même, A. Leroy (2) a établi que la mortalité infantile, dans la Sarthe, était prépondérante en septembre.

Il ne faut pas considérer ces observations comme la simple constatation d'anomalies. Les statistiques que je viens d'exposer le prouvent; elles portent sur un terrain nouveau la question des rapports de la mortalité infantile avec la température. Malgré l'uniformité presque absolue des courbes de température en France, les courbes de mortalité ont leur acmé à des époques différentes, selon les villes. Il s'ensuit que la courbe de Paris ne doit pas être tenue pour le type des courbes françaises et les courbes de Roubaix et de la Sarthe pour des exceptions : chaque ville a sa courbe qui lui est propre. Quelle que soit l'influence de la température sur la mortalité, elle n'agit qu'en combinaison avec d'autres facteurs qui sont prépondérants et qui restent à déterminer.

(1) J. Herber. La mortalité estivale infantile de zéro à un an à Rabat. *Maroc méd.*, 15 mai 1924.

(2) A Perpignan, les pour 100 de juillet et d'août forment presque un plateau (9.4, 15.4, 15 6, 8,8) et ne diffèrent pas radicalement de ceux des autres villes du Midi. Par contre, à Montpellier, la mortalité estivale infantile, est plus élevée en juin qu'en juillet, comme à Rabat, mais elle redevient maxima en août (11.3, 11.2, 12.7, 7.4). M. le professeur Leenhardt qui a bien voulu faire une enquête sur ce sujet, estime que cette bizarrerie de la statistique est due à l'*Œuvre des enfants à la montagne*, qui éloigne de Montpellier durant le mois de juillet, de nombreux nourrissons.

(1) E. Decherf. Influence de l'état hygrométrique sur l'apparition et le développement des épidémies estivales de choléra infantile à Tourcoing. *Arch. méd. des enfants*, 1906, p. 725 et s.

(2) A. Leroy. *La Mortalité infantile dans la Sarthe*, Paris, Jouve et Cie, 1922.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 29 septembre 1924)

Observation vitale d'une cellule glandulaire en activité. Nature et rôle de l'appareil réticulaire interne de Golgi et de l'appareil de Holmgren. — MM. Parat et J. Painlevé.

Deux cas de cancer expérimental obtenus en seize et dix-sept jours avec du goudron de houille ayant subi l'action d'un courant électrique. — MM. A. Kotzareff et J. de Morsier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1924)

Séance de rentrée, surtout consacrée aux morts. Peu de monde.

Deux ou trois communications seulement. Trois notices nécrologiques.

M. LE PRÉSIDENT annonce une place vacante dans la section de chirurgie et d'accouchement, en remplacement de Jalaguier.

M. LEJARS est appelé à donner lecture d'une note nécrologique sur Richelot, ancien président.

— La séance est suspendue en signe de deuil pendant un quart d'heure.

A la reprise de la séance, c'est encore à M. LEJARS qu'est donnée la parole pour la lecture d'une note sur Rochard.

M. Lejars, dont depuis longtemps on a pu apprécier le talent d'écrivain, en particulier dans les éloges qu'il a prononcés, à la Société de chirurgie, comme secrétaire général, apporte dans ces éloges un tact d'observation, une finesse de sentiment et une élégance de style qui sont toujours très favorablement accueillis.

Après M. Lejars, c'est M. BALTHAZARD qui lit une note fort bien conçue sur Lacassagne, associé national. Il rappelle en fort bons termes les éminents services rendus par Lacassagne à la science médico-légale.

Sur les moyens d'éviter la contamination de l'homme par les produits charbonneux d'origine animale. — M. J. LIGNIÈRES. Le charbon humain provient du charbon des animaux ; la prophylaxie anticharbonneuse chez ces derniers est la base de la défense de l'homme contre cette maladie, en même temps qu'elle représente une sauvegarde des grands intérêts de l'élevage.

La prophylaxie générale du charbon chez les animaux domestiques doit être basée sur des mesures sanitaires simples, concordantes pour assurer l'immunisation certaine par la vaccination.

L'efficacité des vaccins est une condition absolue du succès de toute prophylaxie; elle ne peut être assurée que par un contrôle officiel dont les conditions pourraient être facilement déterminées par la Commission consultative internationale du charbon ou par le Comité d'hygiène de la Société des nations.

Il n'est pas exagéré de concevoir qu'un laboratoire attaché à ces entités internationales puisse, à la demande des intéressés et sous des conditions à déterminer, statuer sur la valeur des vaccins qui lui seront présentés.

C'est en combattant avec acharnement le charbon chez les animaux qu'on protégera avec succès l'homme contre la pustule maligne.

Les nouvelles acquisitions sur le traitement sérothérapique du charbon chez l'homme. — M. J. LIGNIÈRES fait une nouvelle communication.

Les injections intraveineuses, dit-il, d'un bon sérum anticharbonneux à la dose de 20 centimètres cubes au moins, constituent le traitement le plus recommandable du charbon chez l'homme. Ni le sérum normal de bovidé, ni l'emploi des antiseptiques, des cultures, de pyocyanique ou de peptone ne donnent des résultats aussi rapides et aussi favorables que le sérum anticharbonneux.

Ce dernier doit être soumis à un contrôle officiel comme tous les sérums thérapeutiques, surtout ceux qui s'adressent à des affections graves.

Compte rendu d'une mission en Amérique du nord. — M. REGAUD rend compte d'une mission qu'il a remplie au Canada, en particulier à Montréal dans le but d'étudier la lutte contre le cancer. Il a été institué à Montréal un Institut radiothérapique muni de tout les perfectionnements désirables et rendant de réels services dans le traitement des cancers localisés.

Traitement de la gangrène diabétique. — MM. CLUSET et CHEVALLIER font une communication sur le traitement des gangrènes diabétiques humides par la diathermie.

REVUE DES THÈSES

Résultats éloignés de la prostatectomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate (1), par Jean PERRIN.

La prostatectomie hypogastrique pour hypertrophie de la prostate s'adresse à une catégorie d'urinaires bien spéciale, dont les lésions, malgré une même cause générale et une symptomatologie commune, ne sont pas identiques. Aussi, les résultats éloignés opératoires (six mois après), malgré des succès nombreux et incontestables, ne sont pas toujours aussi brillants. L'étude des résultats éloignés de la prostatectomie transvésicale et surtout de ses insuccès, est intéressante, car elle permet de rechercher les causes des résultats défavorables, les moyens de les éviter par une technique bien réglée et, s'ils survenaient malgré les précautions prises, de les corriger par des soins postopératoires appropriés.

1° Au POINT DE VUE ANATOMIQUE, la région opératoire peut subir une restauration intégrale. Le plus souvent, elle se présente sous la forme d'une gourde renversée, dont la partie supérieure est la vessie, la partie inférieure l'ancien urètre prostatique devenu dépendance de la vessie. Ces deux poches sont séparées par une saillie plus ou moins circulaire correspondant à l'ancien col vésical. La communication entre ces deux loges, parfaite dans la partie antérieure peut, dans le demi-croissant postérieur, être gênée par la présence d'obstacles divers qui peuvent occasionner des troubles de la miction.

L'urine, qui est contenue dans ces deux poches, est retenue par le sphincter membraneux qui doit rester intact. La portion pré-membraneuse en amont peut également être le siège de lésions opératoires.

Le vérumontanum est intact; les canaux éjaculateurs, également conservés, débouchent au seuil de la loge prostatique déshabitée, qui constitue l'antichambre vésicale.

2° L'INCONTINENCE postopératoire est rare ; *elle peut persister* et reconnaît pour cause une lésion opératoire du sphincter strié. On l'évitera en faisant attention de ne pas arracher avec l'adénome une portion d'urètre qui le retient encore. Cet accident se voit, lors d'une énucléation difficile, pour petites tumeurs fibreuses et pour adénomes compliqués de périprostatite.

L'incontinence est, en général, *transitoire*, elle est due à une sorte de parésie momentanée de la muqueuse urétrale (abus de la sonde à demeure), à une cicatrisation défectueuse de l'extrémité urétrale que l'on corrigera par des dilatations aux béniqués; et, à une infection persistante que l'on guérira par des antiseptiques et des anesthésiques locaux.

Il existe des *fausses incontinences* dues à un défaut de réadaptation de l'urètre, longtemps inactif. On fera la rééducation du sphincter et on veillera à l'élément psychique, souvent surajouté.

3° La MICTION se rétablit en général immédiatement après l'opération, elle est spontanée, parfois un peu impérieuse.

Le *jet*, imparfait dans certains cas, s'améliore à la longue, il reflète l'état de la vessie et de l'urètre et traduit parfois leur souffrance; il est heureusement influencé par quelques calibrages du canal.

La *pollakiurie* est très améliorée; il persiste souvent un léger degré de pollakiurie nocturne. Si les résultats sont imparfaits, il faut incriminer une évacuation incomplète de la vessie, une capacité vésicale insuffisante, un certain degré de polyurie d'origine rénale ou purement congestive (décubitus), une infection persistante de la loge prostatique et de la vessie, une cause réflexe, un élément psychique; elle est, le plus souvent, rapidement améliorée par des lavages urétro-vésicaux et une rééducation de la vessie et du sphincter.

Il n'y a pas de douleurs pendant la miction.

4° La CAPACITÉ VÉSICALE est très satisfaisante.

5° L'ÉVACUATION DE LA VESSIE doit être parfaite, et elle l'est le plus souvent pour les prostatiques en état de *rétention*

(1) *Th. de Paris*, 1924. — Paris, A. Legrand.

complète récente, car l'opération, faite précocement, trouve les organes encore résistants. Pour les *rétentionnistes complets chroniques*, les résultats sont bons, mais moins immédiats et peuvent nécessiter, pendant quelque temps, des sondages et des lavages. Pour les *rétentionnistes incomplets chroniques*, surtout les vieux *distendus* et les prostatiques à tumeur petite sans projection vésicale, un résidu peut persister, moins nocif pour la santé que la rétention existant avant l'opération.

La persistance d'un résidu peut reconnaître pour cause une *atonie vésicale* persistante; en général, la vessie, même forcée, retrouve sa contractilité si on l'aide par des lavages et des sondages, et le résidu disparaît. Les recherches manométriques peuvent, avant l'opération, donner d'utiles renseignements sur l'état ultérieur de la vessie.

La rétention peut également avoir pour cause une récidive de *calculs vésicaux*, et la présence de *diverticules* et cellules vésicales dont l'existence est importante à déceler car ils sont une cause de rétention, d'infection, de nouveaux calculs, de fistule hypogastrique.

La persistance d'un résidu postopératoire peut être due à des obstacles divers siégeant au *col* (spasme du sphincter interne, présence d'une barre transversale postérieure, brides muqueuses, oblitération cicatricielle, involution sénile ultérieure du col) ; dans la *traversée prostatique* (déformations, récessus, transformation fibreuse de la loge, oblitération par néoformations); dans l'*urètre prémembraneux* (oblitération partielle ou totale).

Ces complications rares se voient surtout dans les cas où l'énucléation a été pénible, le plan de clicage difficile à suivre (adénomes compliqués de périprostatite, adénomes énucléés par une prostatectomie précédée, depuis de longs mois par une cystostomie, prostatiques sans prostate, atrophie de la prostate).

On évitera, le plus souvent, ces complications par des *soins pré-opératoires* (dans les cas compliqués de prostatite : désinfection et cystostomie exécutée quinze jours avant l'adénomectomie), par une *technique opératoire* soignée : désinsertion de la muqueuse vésicale, non au sommet de l'adénome, mais à sa base, alors que l'adénome, encore adhérent, donne un bon point d'appui et évite de cliver un lambeau important de muqueuse vésicale; désinsertion soignée de la muqueuse urétrale sans arrachement; conservation de la paroi antérieure de l'urètre; section de toutes les brides muqueuses et des lambeaux flottants; nettoyage de la loge afin que les parois soient bien nettes; dans les cas de dégâts étendus, on mettra une sonde urétrale précoce et on effectuera un modelage ultérieur du canal par des séances de béniqués.

Les prostatiques sans prostate ou avec atrophie de la prostate seront traités par énucléation de leur adénome, s'ils en ont et par section de la lèvre postérieure du col, ou mieux par son extirpation complète, car leur maladie est surtout au col.

Les obstacles à la miction seront ultérieurement abattus par la diathermie et la dilatation; une intervention sanglante peut, cependant, être nécessaire.

La rétention persistante, en l'absence de ces complications postopératoires, peut être due au *tabes*. Si l'affection médullaire est diagnostiquée avant l'opération, on pourra avoir quelques notions sur le pronostic opératoire ultérieur par l'étude manométrique de la contractilité vésicale.

6° La DÉSINFECTION DE LA VESSIE n'est pas toujours immédiatement obtenue. Une infection peut persister qui reconnaît pour causes une *lésion rénale* ou *vésicale* (présence de calculs, de diverticules, persistance d'un résidu et d'un bas-fond vésical, cystite chronique) ou une infection de la *loge prostatique* avec *prostatite* postopératoire et spermatocystite.

Il faudra, par une énucléation soignée, éviter les fausses routes digitales et nettoyer la loge avec attention.

On évitera d'opérer les prostatiques en période de poussées inflammatoires, on désinfectera les voies urinaires avant l'opération, on continuera les soins au prostatectomisé longtemps après l'opération, par des lavages et des dilatations, surtout si le malade était infecté avant l'opération.

7° Les CALCULS VÉSICAUX postopérotoires peuvent reconnaître une origine *rénale*, ou *vésicale* : persistance d'un résidu, d'une infection, du bas-fond, cystite rebelle, corps étrangers.

L'origine des calculs peut être *prostatique*; leurs noyaux d'origine peuvent être des débris muqueux ou des calculs prostatiques libérés lors de l'énucléation.

Ces calculs sont, le plus souvent, phosphatiques. Leur récidive n'est, en général, pas fréquente.

8° Si les *lésions rénales* ne sont pas trop avancées et si le rein n'est pas dégénéré, l'amélioration de la FONCTION RÉNALE est manifeste, quoique lente en général à se produire. Si la prostatectomie a été précoce, le pronostic sera meilleur. Si le *rein est infecté*, l'amélioration est, en général, moins prononcée, mais l'opération aura mis le malade dans les meilleures conditions pour résister à son infection.

9° Les FONCTIONS GÉNITALES sont peu modifiées par l'opération, elles sont même parfois améliorées. Les désirs sexuels, les érections sont conservés dans 55 p. 100 des cas, les éjaculations sont également conservées, mais elles se font, le plus souvent, dans l'intérieur de la vessie et ne sont plus utiles pour la fécondation. Le coït est, en général, facilement pratiqué.

10° Les FISTULES HYPOGASTRIQUES sont rares, mais elles sont presque fatales après la prostatectomie en deux temps; on les évitera par le décollement de la vessie et de la paroi.

Pour éviter une fistulisation ultérieure, on fera l'incision cutanée courte, s'arrêtant à un bon travers de doigt du pubis. L'incision vésicale sera courte, loin du col vésical, on laissera la vessie libre dans l'abdomen ou on la fixera à la gaine des droits pour éviter que la muqueuse ne s'éverse.

Les *éventrations*, les *orchites tardives* sont des complications rares.

11° Les RÉCIDIVES de l'hypertrophie prostatique sont, le plus souvent, de fausses récidives.

Ces pseudo-récidives sont dues au développement d'une *tumeur maligne*, soit aux dépens de l'adénome (épithélioma adénoïde), soit aux dépens de la prostate, bien que l'adénomectomie paraisse mettre à l'abri d'un développement ultérieur d'une tumeur maligne dans la région prostatique.

Les pseudo-récidives sont dues, également, à une *continuation de l'adénome*, incomplètement énucléé. Ces opérations insuffisantes peuvent reconnaître pour causes des *difficultés d'énucléation* (petits adénomes réunis par du tissu lâche, adénomes compliqués de périprostatite et de calculs prostatiques, prostatectomie exécutée comme deuxième temps après cystostomie faite de longs mois avant). Elles peuvent être dues également à une *technique incorrecte*, à un faux clivage intraadénomateux, à l'oubli de petits adénomes, à une énucléation mal réglée n'extirpant pas la tumeur avec ses deux commissures, antérieure et postérieure. Il sera bon d'attaquer le plan de clivage non par l'urètre, mais par la commissure postérieure de dehors en dedans, et, une fois le plan de clivage amorcé, on s'efforcera de ne pas le quitter. On vérifiera toujours la loge soigneusement après l'énucléation.

Les *vraies récidives*, si elles existent, paraissent exceptionnelles, c'est plutôt une continuation de la maladie prostatique qu'une vraie récidive.

12° Les résultats de l'opération de Freyer sur l'ÉTAT GÉNÉRAL sont d'autant plus heureux que l'intervention a été plus précoce. Il y a désintoxication de l'organisme, et on constate une reprise de l'activité physique et intellectuelle. Dans les cas moins heureux, on peut incriminer l'âge des opérés.

Les *troubles psychiques* postopératoires, rares d'ailleurs, se voient surtout chez les prédisposés à antécédents obérés.

Le prostatectomisé a plus de chances de survie que le prostatique avant l'opération, car, du fait de la prostatectomie, il est le plus souvent mis à l'abri des complications graves qui menacent ce dernier et il peut résister aux maladies et à l'âge avec des forces accrues.

En résumé, l'opération de Freyer aura des résultats d'autant plus favorables qu'elle s'adressera à des prostatiques avec adénome typique et qu'elle sera pratiquée plus précocement.

Pour améliorer les résultats éloignés, il faudra faire précéder l'acte opératoire d'un traitement de désinfection soigné, il faudra s'occuper de tous les petits détails de technique qui, dans des mains expérimentées, assurent le succès. Il sera bon de surveiller les opérés pendant un certain temps après l'opération et, sans trop les « manier », les soumettre à un

traitement ultérieur, parfois indispensable pour compléter l'acte opératoire.

L'adsorption en thérapeutique. Le charbon animal (1), par J. LEFÈVRE.

L'auteur précise en une étude préalable de physico-chimie ce qu'il faut entendre par adsorption : cette force attractive qu'exercent sur certaines substances des corps colloïdaux ou des poudres; il rapproche le phénomène de la teinture de l'action des poudres. Après une comparaison entre les différentes poudres adsorbantes, talc, kaolin, charbon végétal et animal, il établit que l'action thérapeutique de ces substances, ne peut être mesurée que par leur pouvoir adsorbant, facile à titrer vis-à-vis du bleu de méthylène.

En effet un bon charbon de peuplier pulvérisé ne peut adsorber que 5 milligrammes de bleu par gramme, le noir animal ordinaire 70 milligrammes et le charbon employé par Lefèvre 240 milligrammes et plus.

Il étudie à ce point de vue le Carbosanis, charbon animal à haut pouvoir adsorbant qu'il a utilisé dans son travail. L'action thérapeutique du charbon repose en effet sur la fixation à sa surface de certaines substances nocives qui se trouvent dans l'organisme et dont l'action est par là même neutralisée. Le charbon animal est l'antidote efficace de presque tous les poisons, ainsi qu'en témoignent des observations impressionnantes. Dans les affections intestinales, le charbon agit en fixant les microbes et surtout les toxines. Très efficace contre le botulisme; les entérites aiguës, il a provoqué des guérisons rapides dans des cas de diarrhées contre lesquels rien n'avait agi, à la dose relativement faible d'une cuillerée à café par jour. Il diminue nettement les symptômes d'auto-intoxication. Il est généralement utile de lui adjoindre un laxatif salin, car il a tendance à provoquer de la constipation.

Il est probable que la possession d'un charbon animal spécialement actif permettra d'étendre les indications et l'utilisation en thérapeutique de cette force puissante qu'est l'adsorption; déjà l'auteur signale l'heureux emploi du charbon animal comme pansement sur les plaies atones et infectées. Cette thèse très documentée est le premier travail d'ensemble paru en France sur un sujet qui ne peut que prendre de nouveaux développements.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Réponse à deux questions.

Première question. — Un ouvrier agricole est blessé et est envoyé à un médecin pour une radiographie du coude, au mois de février 1924. La Compagnie d'assurances à qui l'on s'est référé, répond au bout d'un long délai, huit mois en l'espèce, que l'accident ne peut être mis à sa charge et qu'il faut s'adresser au blessé. Et on demande s'il est conforme à la loi que la Compagnie puisse faire attendre aussi longtemps sa décision et s'il y a un moyen de recourir contre la Compagnie en raison de ce qu'il s'agit d'un ouvrier étranger sans domicile fixe.

Sur le premier point, il n'existe pas à notre connaissance de texte obligeant une Compagnie d'assurance à prendre un parti dans un délai déterminé. Sur le second point, on peut recourir contre la Compagnie si un préjudice a été causé par sa faute ; cette faute pourra consister précisément dans le fait que le retard apporté par la Compagnie à répondre a empêché de s'adresser à l'ouvrier étranger pour obtenir le paiement de ce qui peut être dû. Ce recours s'exercera par voie d'instance devant le tribunal ; c'est-à-dire qu'il faudra assigner la Compagnie en dommages-intérêts.

Deuxième question. — Une Compagnie d'assurances, responsable de l'accident du travail survenu à un ouvrier, dirige le blessé sur un hôpital, sans munir ce dernier du certificat délivré par le médecin qui a constaté la blessure et sans laisser le choix de l'établissement hospitalier au blessé. On demande si un pareil procédé est conforme à la loi.

Il résulte des dispositions de la loi sur les accidents du travail que le ou les certificats doivent être joints à la déclaration d'accident du travail ; telle est l'obligation légale sur le point relatif au certificat. Quant au choix de l'établissement, la loi donne le droit au blessé de choisir la manière dont il entend se faire soigner. Il semble, au surplus, sur tout ceci, que c'est le blessé seul qui, en l'espèce, peut se plaindre, car c'est à lui que le préjudice serait causé, si une faute était établie à la charge de la Compagnie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Sourds-muets : Etude médicale, pédagogique et sociale (1), par le docteur G. DE PARREL et Mme Georges LAMARQUE. Préface par M. DAUTRESME, directeur de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

L'apparition de cet important ouvrage est un *événement scientifique* qui ne saurait passer inaperçu d'aucun médecin. Il compte parmi ceux qu'il faut avoir lu, quand on a la prétention légitime de vivre avec son temps. C'est la première fois que la question de la surdi-mutité est traitée dans toute son ampleur tant au point de vue médical et psychologique que social et pédagogique. Pour donner toute sa valeur à ce document vécu, le docteur de Parrel a fait appel à la collaboration d'un professeur à l'Institution nationale des sourds-muets, Mme Georges Lamarque. Une telle association d'un otologiste particulièrement compétent et d'un technicien de l'enseignement des sourds-muets ne pouvait être que très heureuse pour la mise au point d'une question à peu près ignorée de la plupart des médecins.

Le point culminant de la partie médicale de ce livre, c'est le chapitre consacré à la *prophylaxie de la surdi-mutité.* Jamais on n'avait affirmé, avec tant de précision, la responsabilité indiscutable de l'hérédosyphilis. Pourquoi avait-on jusqu'ici hésité à le faire, puisque cette inculpation porte en elle-même son heureuse contre-partie dans la puissance d'action incomparable de la thérapeutique antisyphilitique ? Il faut féliciter le docteur de Parrel d'avoir posé le problème sans ambiguïté. Il n'est pas douteux qu'un effort coordonné et méthodique des médecins, des hygiénistes, des législateurs et des pouvoirs publics déterminerait une diminution progressive du nombre des sourds-muets ; de ce fait le rendement travail de collectivité se trouverait accru, tandis que s'allégeraient les charges d'assistance. N'oublions pas qu'il y a 35.000 sourds-muets en France !

Dans la deuxième partie de l'ouvrage — sociale et pédagogique — le médecin trouvera tous les *renseignements utiles sur les écoles de sourds-muets* et sur les *conditions et formalités d'admission* dans ces établissements scolaires spécialisés.

Ce n'est pas tout. Auprès des parents d'un enfant sourd-muet, le médecin a un rôle important à remplir : celui de *conseiller technique.* S'il a pris la peine de lire cet ouvrage, il aura réponse à toutes les questions qui lui seront posées, ainsi pas de fausse manœuvre, pas de perte de temps, mais des directives précises commandant des gestes adéquats.

Nous ne pouvons, évidemment, donner une analyse complète de ce livre de large envergure et de haute tenue scientifique. Nous citerons seulement quelques titres de chapitres : *Etiologie et pathogénie de la surdi-mutité. — Examen clinique d'un sourd-muet. — Diagnostic différentiel. — Parallèle entre l'enfant normal et l'enfant sourd-muet. — Le sourd-muet n'est pas isolé dans la vie. — Droits civils et politiques du sourd-muet. — Comment envisager l'avenir ? — Le mariage des sourds-muets. — Résultats de l'instruction des sourds-muets, etc.*

Somme toute, la surdi-mutité ne condamne pas ceux qui en sont atteints à l'inaction et ne les laisse pas à la charge de la

(1) *Th. de Paris,* 1924.

(1) Un vol. in-8 de 450 p., avec 162 fig.t dans le texte. — Prix : 35 fr. — Paris, « Les Presses universitaires de France », 49, boul. Saint-Michel.

collectivité. Au contraire, cette infirmité se trouve compensée en grande partie par la « démutisation », la lecture sur les lèvres, l'instruction intellectuelle et l'apprentissage d'une profession. C'est ce que nous démontrent Mme Lamarque et le docteur de Parrel ; pour beaucoup de médecins ces affirmations consolantes, fondées sur l'expérience, seront une véritable révélation.

Ce livre est donc plus qu'un livre, c'est un acte utile ; c'est aussi une bonne action. Ajoutons qu'il est présenté sous la forme la plus élégante et que de nombreuses reproductions photographiques illustrent le texte de la façon la plus attrayante. Des tableaux synoptiques placés à la fin de chaque chapitre permettent au lecteur de classer dans son esprit les notions acquises et d'en conserver une vue d'ensemble.

Ouvrage capital, rédigé selon la formule la plus moderne et qui fait honneur à la science française. F. L. S.

INFORMATIONS

(SUITE)

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours d'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Puig, Mollard, Paufique et Jeannin Jean, *ex æquo*; MM. Roland et Amouroux, *ex æquo*; M. Mestrallet; MM. Lacroix Jean, Jouve Paul, Mme Jouve et M. Caillot, *ex æquo*; Mlle Loison; M. Beylot; M. Chavent; M. Tillier; MM. Jamin, Montel, Langénieux et Michel, *ex æquo*; M. Bérard; M. Valléry; M. Chevallier.

Internes provisoires. — MM. Levrat, Barral, Bernay, Treppoz, Armanet, Mlle Guillemin, M. Valin, Mlle Gaumond, MM. Garcin, Jeannin Pierre, Burlet, Freidel, Bouysset, Christy, Riou, Lagèze, Charachon, Michelon, Vachez, Baudry,

On remarque dans la liste des titulaires *ex æquo* avec les nos 9 et 10, M. et Mme Paul Jouve.

C'est la première fois, croyons-nous, que l'on voit deux internes de la même famille le mari et la femme.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — Dans la première quinzaine de décembre aura lieu l'élection des membres du Comité consultatif de l'enseignement supérieur.

Il sera établi par le doyen de chaque faculté de médecine une liste d'agrégés en exercice et une liste de professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs titulaires à désigner est ainsi réparti :

Médecine et sciences médicales, 3 membres.

Chirurgie, 1 membre.

Obstétrique, hygiène de la première enfance et puériculture, 1 membre.

Anatomie et histologie, 1 membre.

Physiologie, 1 membre.

Physique et chimie, bactériologie et parasitologie, 2 membres.

Pharmacie, 1 membre.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Chopy (de Nemours).

JUBILÉ DU PROFESSEUR FORGUE. — Le jubilé de notre éminent confrère le professeur Forgue qui devait être célébré en juillet à Montpellier aura lieu en novembre prochain,

Au cours de la cérémonie un livre jubilaire comprenant plus de 60 mémoires sera remis au maître qui honore si grandement l'antique faculté de Montpellier.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en vermeil est décernée au docteur Jacquemont (de Roubaix).

MARINE. — Par décision ministérielle du 5 octobre 1924, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1924 :

Ligne médicale. — Candidats à huit inscriptions :

MM. Woelfel, Panero, Peyre, Conjard, Giraud.

Candidats à quatre inscriptions :

MM. Daydé, Parneix, Lembrez, Raboisson, Vernier, Cavaladé, Guyader, Russaouen, Génaud, Roussel, Deguilhen, Geniaux, Castanet, Ravel, Verré, Boulnois, Berny, Audibert, Montalieu, Lotte, Le Guen, Crenn, Bissery, Mazé, Bayle, Lassalle, Camenen, Romez-Cuilliez dit Massa, Bernard, Tromeur, Beautès, Broch, Duvey, Leitner, Le Guern, Dias-Cavaroni, Lantheaume, Arnulf, Morelet, Carles, Beaudiment, Rouyer, Chapert, Castets, Destruels, Crémoux, Léger, Thevenin, Nedelec, Ceccaldi, Perramond, Meyer, Escudier, Reboul, Gauzy, Le Cars, Moustardier, Duron, Remion, Charot, Duran, Bernard-Lapommeray, Franceschini, Hostier, Brouste, Orly, Dottain, Nigay, Lemasson, Ollivier, Raymond.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 9 octobre publie une circulaire du ministre de l'Agriculture relative au commerce du lait et des produits de laiterie. Dans le même numéro figure une instruction générale du ministre de l'Hygiène relative aux eaux d'alimentation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dieupart, ancien chef de laboratoire à Saint-Lazare, ancien médecin en chef du dispensaire antituberculeux de Saint-Denis, secrétaire général adjoint de l'Association professionnelle des journalistes médicaux; Léon Roche (fils) (de Lyon); Vermullen (de Bergues); et le professeur Van Duyse (de Gand).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN (Professeur : M. Pierre DELBET). — TRAITEMENT DES FRACTURES ET LUXATIONS DES MEMBRES. — *Cours complémentaire,* du 14 au 24 octobre 1924, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Pierre Mornard, Raoul Monod et Lascombe, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° De 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — POUR LES CHASSEURS DU DIMANCHE. — On se rend commodément par le P.-L.-M. en Gâtinais et en Sologne, régions giboyeuses. Deux trains le matin, l'un à 6 h. 18 (omnibus toutes classes), l'autre à 7 h. 30 (express toutes classes mais ne prenant de voyageurs de 2e et 3e qu'à destination de Gien) permettent d'arriver dans la matinée sur le terrain de chasse.

D'autre part, le train express toutes classes partant de Paris à 17 h. 20 pour Montargis (19 h. 45), Nogent-sur-Vernisson (20 h. 07), Gien (20 h. 26) s'arrête, les samedis et veilles de fêtes, aux gares de Solterres (20 h. 01) et des Choux-Boismorand (20 h. 15) pour y laisser des voyageurs sans bagages.

Pour le retour sur Paris, en dehors des trains du Service régulier, il est mis en circulation, les dimanches et fêtes, un train (toutes classes) qui dessert Gien (19 h. 10), les Choux-Boismorand (19 h. 22), Nogent-sur-Vernisson (19 h. 31), Solterres (19 h. 38), Montargis (20 h.). Arrivée à Paris à 22 h. 27.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — MARDI 14 & JEUDI 16 OCT. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 14 & JEUDI 16 OCT. 1924. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — L'épreuve écrite du concours de l'externat aura lieu à la date fixée le lundi 20 octobre 1924, à 9 h. 30, au gymnase municipal Huyghens, 10, rue Huygens (XIVe).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats, étant obligatoirement tenus d'occuper les places marquées à leur nom, sont invités à se présenter dès 8 h. 45.

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES EN VUE DU DOCTORAT EN MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 11 octobre 1924 publie le décret du 10 septembre portant réorganisation des études de médecine. Nous publierons *in extenso* dans notre prochain numéro cet important décret qui modifie le plan des études médicales tel qu'il a été établi par le décret de 1911.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Le docteur Delsouiller (de Neauphle-le-Château) est nommé médecin de l'Ecole nationale d'agriculture de Grignon, en remplacement de M. le docteur Grellière, démissionnaire pour raison de santé. (*J. O.*, 11 oct. 1924.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Régis Dumaine, médecin à la Compagnie des messageries maritimes.

HOPITAL BEAUJON. — COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE AVEC EXAMEN DES MALADES. — Le docteur Baldenweck, otologiste des hôpitaux, commencera, le vendredi 17 octobre 1924, un cours élémentaire et pratique d'oto-rhino-laryngologje, avec examen des malades par les élèves, avec le concours des docteurs Bloch, otologiste des hôpitaux; Cuvillier et Granet, assistants; Quirin, chef de laboratoire.

Cet enseignement aura lieu tous les jours (sauf le dimanche) et durera un mois. Il comprendra deux parties :

1° Lundi, mercredi et vendredi, examen des malades. Chaque élève aura sa table, examinera personnellement les malades, sous la direction du chef de service, des assistants et des moniteurs qui donneront les explications théoriques et pratiques particulières à chaque cas, et sera exercé à la pratique des petites interventions courantes de la spécialité.

2° Mardi, jeudi et samedi, enseignement théorique propédeutique, d'une part, et opérations, d'autre part.

Les opérations seront pratiquées devant les élèves à 9 h. 1/2. Elles seront précédées d'une courte démonstration du cas à opérer, des indications opératoires propres à ce cas et suivies de la discussion des lésions constatées et du procédé opératoire utilisé.

L'enseignement propédeutique aura lieu à 11 heures, suivant le pragramme ci-dessous :

Modes d'examen et techniques intrumentales en oto-rhino-laryngologie.

Les grands syndromes. Leur signification diagnostique et leur traitement : 1° L'obstruction nasale et nasopharyngée; 2° les sécrétions nasales et naso-pharyngées; 3° les écoulements auriculaires, les surdités, les épreuves d'audition; 4° les vertiges, le nystagmus, les épreuves d'audition; 5° les enrouements, les aphonies et les dyspnées; 6° les dysphagies pharyngées et œsophagiennes.

Les grands processus : 1° La syphilis; 2° la tuberculose; 3° le cancer; 4° les complications des otites; 5° les complications des sinusites.

Généralités : 1° Radiographie et laboratoire au service de l'oto-rhino-laryngologie; 2° les agents physiques dans la thérapeutique oto-rhino-laryngologiste; 3° conseils pour l'installation, choix de l'appareillage et de l'instrumentation indispensables.

Le nombre des places est limité. Le prix du cours est de 200 francs.

S'inscrire à l'hôpital Beaujon, auprès de M. le docteur Cuvillier, assistant.

Un certificat sera délivré à la fin du cours et, dans la limite

des postes d'examen disponibles, les élèves pourront être admis à faire un stage de trois mois, renouvelable.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique, et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et L. Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante :

Consultation : Mardi, jeudi, samedi à 10 heures.

Opérations : Vendredi à 10 heures.

Petites interventions : Lundi, mercredi à 10 heures.

Pensements : Tous les matins à 9 h. 1/2.

Enseignement. — Un cours élémentaire d'oto-rhino-laryngologie, en neuf leçons sera fait les mardis, jeudis, samedis à 9 heures du mardi 4 novembre au samedi 22 novembre.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra :

1° Un aperçu théorique avec schémas, dessins et pièces osseuses.

2° L'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Le nombre des places est limité à 12.

Un certain nombre d'élèves pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Droit d'inscription : 60 francs.

S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, 3, rue Pierre-Larousse.

HOPITAL D'UROLOGIE ET DE CHIRURGIE URINAIRE (156 *bis*, avenue de Suffren). — Assistants titulaires : docteurs Boulanger, Grandjean et Brûlé. Assistant adjoint : docteur Quenay. Assistant chirurgical : docteur G. Yvon. Assistant médical : docteur Siguret. Chefs des laboratoires : docteurs Beauvy, Detot, Le Guyon, et Lobligeois. Chef du service : M. le docteur F. Cathelin. — ENSEIGNEMENT COMPLET DE LA CHIRURGIE URINAIRE ET DES TECHNIQUES UROLOGIQUES MODERNES. — Semestre d'hiver à partir du jeudi 16 octobre 1924.

Programme. — Consultations, les mardis, jeudis et samedis de 9 h. à 11 h.

Opérations et lithotritie, les vendredis à 9 h. au Pavillon-Annexe.

Cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis à 9 h. 1/2.

Radiographies, les mercredis à 9 h.

Leçon clinique après présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 h.

Injections épidurales et électricité (haute fréquence), les mercredis à 9 h. 1/2.

Urétrites et examen des gouttes, les lundis à 10 h.

Traitements, tous les jours, le matin, de 8 h. à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves.

Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales.

Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. — S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

DOCTORAT D'ETAT. — 1. ZUCCARELLI. — Contribution à l'étude du kala-azar infantile autochtone.

2. CLAVIER. — Contribution à l'étude des incidents et accidents de la rachianesthésie.

3. TIROUVANZIAM. — Contribution à l'étude des réactions méningées aseptiques.

4. DAUCH. — Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale du nouveau-né et du nourrisson (1920-1923).

5. RICORD. — Dix observations de sympathectomie péri-artérielle.

6. LE GAC. — Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives.

7. CANAKIS. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de benzyle, associé à la cholestérine (cinnozyl).

8. FOUCAULT. — Contribution à l'étude des névrites paludéennes. (Névrite du sciatique poplité externe).

9. RAFFALLI. — L'injection épidurale dans la dysurie des médullaires.

10. PUECH. — Etude des albumines du sérum et recherches sur les modifications de leur taux dans les maladies par la viscosimétrie et la réfractométrie.

11. TEMPLE. — Contribution à l'étude des ostéites post-typhiques.

12. BERT. — Considérations sur un syndrome postcommotionnel complexe.

13. YTHIER. — La lithiase urétérale et sa thérapeutique.

14. GÉLY. — Contribution à l'étude des fausses coxalgies. (Ostéochondrite et arthrite déformante.)

15. MARICAN. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la myélo-méningocèle.

16. BARBEZIER. — Les applications de radium dans le traitement du cancer de l'œsophage.

17. MORENON. — Le traitement par l'enfouissement conjonctival des kératites rebelles du trachome.

18. GOARNISSON. — De la procidence du cordon ombilical. Documents cliniques pour servir à l'étude de cette complication de l'accouchement.

19. GARRIGUES. — Des corps étrangers des voies aériennes tolérés ou méconnus.

20. LOWYS. — Contribution à l'étude des complications pleurales au cours du pneumothorax artificiel. La pleurésie adhésive.

21. PÉLISSIER. — Syndrome wilsonien consécutif à la névraxite épidémique. (Etude anatomique du foie et de l'encéphale.) Contribution à l'étude de la dégénérescence mucocytaire de la névroglie.

22. BOÉRI. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie du sein et en particulier de son traitement.

23. MOREAU. — Des localisations osseuses typhiques et paratyphiques.

24. LAVIT. — A propos d'une observation de calcul du canal de Wharton.

25. GROS. — Contribution à l'étude pathogénique des cirrhoses pigmentaires.

26. TASSO. — Contribution à l'étude des purpuras. Le purpura anaphylactique.

27. MAUREL. — L'arythmie de tension.

28. GARCIN-NICOLAS. — Etude sur le sérum de convalescent dans la rougeole.

29. PERRAMOND. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la dracunculose (filaire de Médine).

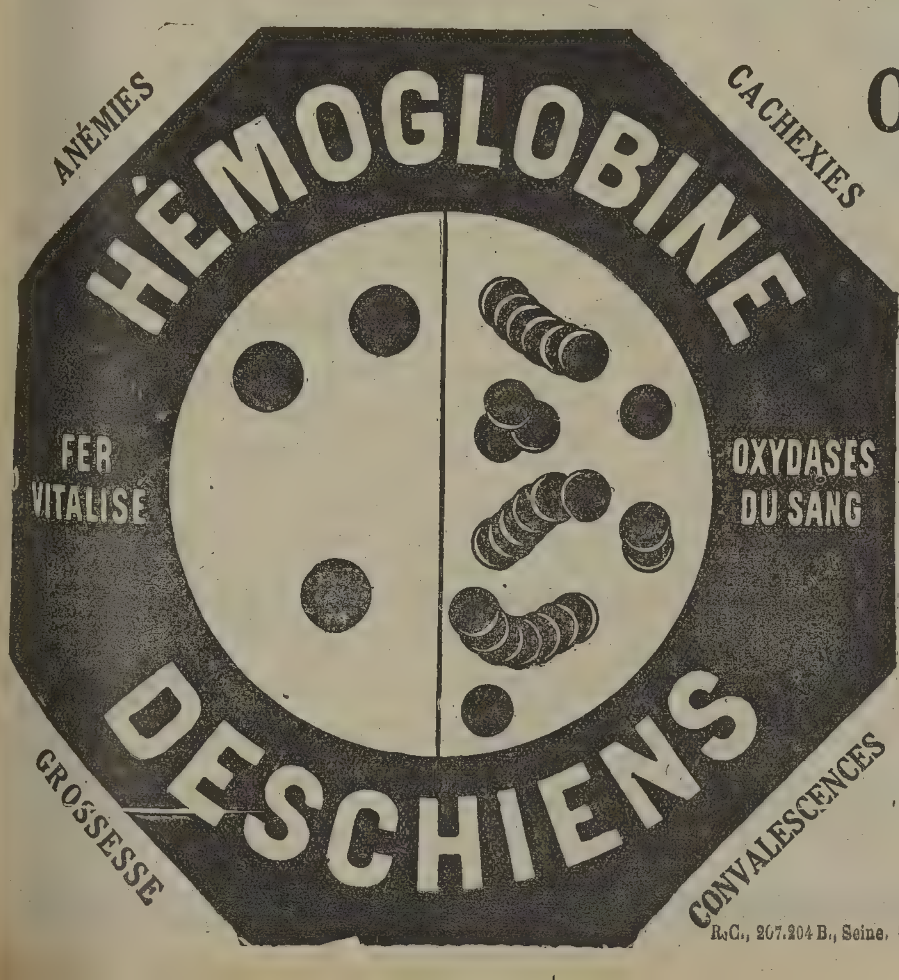
30. BERTHON. — Contribution à l'étude de la spondylite typhique et de son traitement par la vaccinothérapie.

31. SICARD. — Etude clinique et histologique d'un sarcome primitif de la rotule.

32. TRISTANT. — L'irrigation continue en chirurgie urinaire.

33. PAILLET. — Traitement non sanglant des fractures de Dupuytren récentes et fermées. (Résultats éloignés.)

(*A suivre.*)


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

LES PAQUETS GANGLIONNAIRES DE L'AINE

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par M. Yves BOURDE,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Sous cette dénomination courante de « paquets ganglionnaires de l'aine » nous entendons toutes ces grosses tuméfactions soulevant la région inguino-crurale du volume d'un œuf de poule à celui du poing et constituées par des amas d'adénite et de périadénite d'évolution subaiguë, contenant par place un pus mal collecté et peu abondant, et dont la durée est souvent d'une désespérante longueur si on n'intervient pas radicalement.

C'est cette exérèse radicale que nous venons défendre dans cet article, élargie aussi bien dans son exécution que dans ses indications. Du reste, hâtons-nous de dire que cette idée n'est pas neuve. C'est pendant notre internat, dans le service du docteur Juge, que nous l'avons vue appliquée souvent. Toutefois, il nous semble qu'on peut encore en élargir les indications et que, toutes les fois que la résolution de ces masses, quelle que soit leur origine, tarde un peu, il y a intérêt à les enlever, faisant ainsi gagner au malade un temps très long avec le minimum de séjour au lit. Nous voudrions développer ici quelques idées tirées d'observations prises dans notre pratique civile ou hospitalière et montrer les bons résultats qu'on peut attendre de l'intervention malgré la diversité des infections en cause.

Sans vouloir faire une revue générale complète de la question, nous allons, en quelques mots, étudier :

1° Les caractères de ces tumeurs inflammatoires et leur origine.
2° Les indications de l'opération.
3° La technique de leur exérèse.

Etiologie et caractères. — Nombreuses sont les affections qui peuvent provoquer ces adénopathies. Nous n'en retiendrons que les principales, celles qu'on voit tous les jours.

1° ADÉNOPATHIES CHRONIQUES SIMPLES. — Souvent, c'est par exclusion qu'on sera amené à faire ce diagnostic et c'est surtout la tuberculose qu'il faut éliminer. La plupart du temps la lésion initiale, la porte d'entrée est guérie depuis longtemps ou passe inaperçue ; l'adénite semble évoluer alors pour son propre compte. En pareil cas, il s'agit bien souvent de lymphogranulomatose inguinale subaiguë dont la fréquence croît à mesure qu'on sait mieux la diagnostiquer, en sorte, que les adénopathies chroniques simples, un peu volumineuses sont bien rares pour ne pas dire inexistantes, sauf bien entendu, si une lésion originelle dans une région tributaire de ce territoire lymphatique explique leur existence.

Et alors le traitement de la lésion causale sera seul logique.

2° ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES. — Elles sont des plus fréquentes. Nous ne décrirons pas ici leur caractère polyganglionnaire, leurs fistules, etc. Nous nous contenterons de signaler leur fréquente bilatéralité qui, ainsi que nous le verrons plus bas, accroît les difficultés du traitement.

Leur diagnostic du reste n'est pas toujours des plus faciles en l'absence d'inoculation au cobaye. L'état général du sujet, leur indolence, la présence de ganglions hypertrophiés en d'autres régions, le caractère de leur pus, l'absence de lésions locales banales susceptibles d'être à leur origine, seront les meilleurs éléments d'appréciation.

Rappelons la fréquence de l'association tuberculeuse avec la syphilis (scrofulate de vérole), le Ducrey (bubon strumo-chancrelleux de Rollet), la blennorragie même.

3° LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE SUBAIGUË. — Dès 1913, Nicolas, Favre, Durand ont attiré l'attention sur cette variété d'adénopathie. Rappelons que l'affection consiste essentiellement en une suppuration ganglionnaire inguinale, parcellaire, à petits foyers multiples, isolés (paradéno-lymphite de Ravaut, Boulin et Rabaut), disséminés dans le parenchyme ganglionnaire, fistulisée, à fistules successives, isolées et restant telles, en général. Le pus est filant, visqueux, glaireux.

Cette adénite s'accompagne constamment d'une adénite iliaque interne qui régresse après ablation de la masse inguinale. Les lésions sont exceptionnellement bilatérales.

Cette inflammation serait consécutive à une ulcération génitale (ulcère vénérien adénogène), herpétiforme, lenticulaire plane, cupuliforme, papuleuse ou nodulaire ou quelquefois à de la balanite ou à une légère urétrite non gonococcique.

L'affection s'accompagne au début de quelques phénomènes généraux : courbature, malaises, etc., Elle atteint surtout l'homme à la période d'activité sexuelle, rarement la femme, jamais l'enfant ou le vieillard. Son germe pathogène est inconnu. Ravaut a vu dans un cas des amibes. Nous en avons observé de nombreux cas. Nous en avons opéré un homme de lettres qui guérit en huit jours. Un mois après sa femme dut subir la même intervention.

3° ADÉNOPATHIE CHANCRELLEUSE. — « L'affection, dit Brodier, se localise d'une façon constante aux ganglions superficiels : presque toujours elle affecte un seul ganglion, monadénite chancrellleuse de Ricord. La marche de l'adénite chancrelleuse peut être comparée à celle d'une adénite aiguë.

On observe dans le pli de l'aine une tuméfaction ovalaire, allongée, parallèle à celui-ci, parfois étranglé par l'arcade crurale, tuméfaction douloureuse et chaude. »

Cette description répond à la majorité des cas, mais pas à tous nous semble-t-il. Voici, en effet, ce que nous avons souvent vu :

Un sujet, porteur d'un chancre, présente une adénopathie pluriganglionnaire du pli de l'aine qui ressemble à n'importe quelle adénite subaiguë.

La masse, formée de ganglions assez bien isolés n'est pas très sensible. Puis, un jour la peau rougit, les ganglions se conglomèrent plus ou moins. Du pus se forme. On incise, ou plutôt on ponctionne, on presse, on évacue, on injecte quelque antiseptique. Cependant, le chancre guérit, mais l'adénite persiste, volumineuse, fistulisée. Souvent un ganglion suppure, puis un autre, le tout ressemblant à s'y méprendre à une adénite tuberculeuse. S'agit-il, en pareil cas, d'infection secondaire tuberculeuse ? C'est bien possible, mais nous ne saurions le dire.

En tous cas, nous avons vu plusieurs fois l'adénite chancrelleuse évoluer d'une façon complètement

différente du bubon classique et c'est sur cette notion que nous voudrions attirer l'attention.

Du reste, Gougerot a décrit, en 1915, dans les *Annales des maladies vénériennes*, ces bubons chroniques avec leur forme, soit fistuleuse, froide, soit éléphantiasique, soit phagédénique.

Chaque fois, du reste, des traitements longs et inefficaces avaient été essayés pendant des mois.

L'exérèse large, à distance suivie de carellisation de la plaie, nous a chaque fois donné des succès rapides en l'espace de trois semaines à un mois.

4° Les adénopathies néoplasiques ne nous retiendront pas.

Ou bien, il s'agit d'une maladie généralisée du système lymphatique et il ne saurait être question d'exérèse chirurgicale.

Ou bien, il s'agit d'adénite consécutive à un cancer de la région. Nous avons ainsi extirpé dans un même temps un cancer de la verge avec adénite bilatérale ulcérée. L'exérèse nous a paru relativement facile.

En résumé : En présence d'un paquet ganglionnaire chronique de l'aine fistulisée ou non :

Rechercher les antécédents : Souvent on trouvera un chancre ou une ulcération banale cicatrisés ou non. Si on ne trouve rien, hésiter entre tuberculose ou lymphogranulomatose. Le diagnostic est souvent possible cliniquement. De toutes façons, la biopsie nous fixera. Cette biopsie nous avons tout avantage à la faire large, complète. Elle consistera dans l'ablation totale de la masse, chaque fois qu'on le pourra, si nous nous permettons ce plagiat de Sebileau à propos du cancer de la langue.

Indications de la méthode. — Malgré l'extension que nous croyons possible de donner à l'exérèse totale de ces paquets ganglionnaires, il y a lieu de préciser certaines indications et quelques contre-indications.

A. Indications tirées de la nature de la tumeur. — En principe, on peut enlever radicalement toutes ces tumeurs quelle que soit leur nature, sauf bien entendu quelques-unes que nous classerons dans les contre-indications.

a. *Adénopathies inflammatoires simples.* — Leur ablation sera rarement de mise, le traitement de la lésion locale prime tout. Nous n'avons jamais eu à pratiquer leur ablation.

b. *Adénopathies tuberculeuses.* — Au cou, leur ablation peut être très discutée à cause de la laideur de la cicatrice, de l'impossibilité de pratiquer l'ablation de tous les ganglions et des récidives fréquentes dans ceux qu'on a laissés au niveau du creux sus-claviculaire par exemple. Ici ces raisons n'ont pas de valeur. Mieux vaut une cicatrice inguinale même disgracieuse que le port continu d'un pansement de fistule. Quant aux récidives elles n'ont pas de raison de se produire; le creux inguino-crural est plus facile à nettoyer que le cou, et il est bien difficile, avec une exposition large de la région, que quelque chose échappe à l'opérateur.

Il y a donc lieu d'opérer largement ces adénites autant que possible avant leur stade de ramollissement, auquel cas on peut observer une bonne réunion per primam. Le traitement général de la tuberculose ne sera qu'un adjuvant utile; seul, il agit mal sur ces lésions très localisées. Les ponctions, les injections modificatrices, les exérèses limitées n'aboutissent le plus souvent qu'à des fistules d'une désespérante chronicité. Même au stade de fistulisation le nettoyage de la région est toujours possible sinon facile. Il n'y a qu'à passer loin du bloc fistuleux, en tissus sains.

c. *Adénopathies d'origine incertaine. Lymphogranulomatose inguinale.* — Ici, il n'y a pour ainsi dire pas de discussion possible. Le traitement conservateur médical de cette affection est encore à trouver. Et l'exérèse donne si constamment de bons résultats qu'il faut enlever largement et d'un bloc ces masses dures dans leur ensemble, recouvertes d'une peau œdémateuse, plissée, fistulisée. La guérison survient parfois per primam, le plus souvent après désunion partielle, avec une légère suppuration. Il faut compter environ de trois semaines à un mois jusqu'au dernier pansement.

d. *Adénites chancrelleuses.* — Il nous est arrivé d'enlever d'un seul tenant sans même ouvrir la coque de l'abcès des adénites chancrelleuses aiguës, en pleine phase de suppuration chaude. Dans un cas il s'agissait ainsi d'un bloc de la dimension du poing, fait surtout de péri-adénite. Pendant douze jours nous n'eûmes pas de pus dans le pansement malgré le drainage, et le malade sortit de la maison de santé cicatrisé per primam. Les chancrelles continuaient d'évoluer. Mais au bout de quelques jours une collection purulente se forma derrière notre cicatrice, à la faveur probablement de l'ensemencement par les voies lymphatiques ouvertes par l'opération et nous fûmes obligé de désunir partiellement notre incision cicatrisée. La guérison demanda trois semaines de plus. Aussi nous préférons attendre maintenant la guérison de cette porte d'entrée qu'est le chancre, ce qui est d'ailleurs plus logique. Pendant ce temps le bubon est ponctionné et s'il se fistulise nous sommes à temps de l'enlever avec plus de sécurité. Car, nous le répétons, la fistulisation de ces adénopathies est extrêmement fréquente : la lésion prend alors une allure presque « froide » et son exérèse ne fait pas courir des chances d'inoculation des tissus sains par un pus encore trop virulent. Nous avons encore vu ces jours-ci, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, une adénopathie polyganglionnaire droite, consécutive à une blennorragie (?) soignée à la campagne depuis plusieurs mois. Il y avait là, sur un bloc inégal gros comme un œuf, deux fistules intarissables, un ganglion prêt à s'ouvrir spontanément à la peau, le tout sensible à la pression et très laid à la vue. L'exérèse guérirait certainement cela en moins d'un mois.

B. Indications tirées du sujet. — a. L'*âge* n'a aucune importance. Ce sont, du reste, affections qu'on ne voit guère que chez l'adulte.

b. L'*état général du sujet* ne compte qu'au point de vue tuberculose. Faite sous rachianesthésie cette opération ne comporte aucun choc. Il ne faut donc pas hésiter à débarrasser l'organisme de ce foyer impossible à éteindre autrement. Bien heureux si nous pouvions faire pour le poumon, le rachis, le genou ou la hanche ce que nous faisons pour l'épididyme et l'adénopathie tuberculeuse du pli de l'aine. Malgré tout un examen général du sujet s'imposera pour ne pas méconnaître par ailleurs une caverne pulmonaire ou une péritonite caséeuse, auquel cas la lésion inguinale ne joue qu'un rôle

modeste dans le tableau pathologique qu'offre le malade.

C. Indications tirées de l'échec des traitements antérieurs. — Ces échecs sont nombreux. On ponctionne, on injecte un liquide, puis un autre, puis on cautérise, puis on applique une pommade, on fait du soleil et l'on n'aboutit qu'à guérir une fistule pour voir une autre se former. Loin de nous la pensée qu'il n'y a rien à tenter avant le traitement radical. Mais quand on a échoué, il ne faut pas s'obstiner longtemps et attendre que le moral du malade soit miné par les réveils successifs de la suppuration.

Contre-indications. — Les contre-indications existent, il ne faut pas se le dissimuler.

a. Il y a d'abord, répétons-le, l'état général du sujet qui peut être un obstacle à une intervention qui entraîne parfois quelques gros délabrements. C'est ainsi qu'on devra hésiter à opérer un tuberculeux avancé et peu résistant.

D'autre part, la multiplicité des lésions (pulmonaires, viscérales, ganglionnaires) peut rendre inutile l'intervention.

Est contre-indiquée également l'ablation de ganglions témoins d'une affection sanguine telle que la leucémie. Du reste, en pareil cas, d'autres régions sont prises.

b. Localement, il y a peu de contre-indications. Pourtant le *phagédénisme* d'une ulcération reposant sur une adénopathie chancrelleuse volumineuse mérite de nous arrêter. Il est dangereux de dénuder les vaisseaux du creux inguino-crural au niveau d'un pus possédant cette fâcheuse propriété.

La fistulisation même multiple, en pomme d'arrosoir, est plutôt une indication qu'une contre-indication.

La présence d'une hernie peu volumineuse ne doit pas nous arrêter. Il faudra seulement éviter son ouverture au cours de l'évidement.

c. La bilatéralité est une objection sérieuse.

Deux fois nous avons vu survenir à la suite d'un curage bilatéral des plis inguinaux un œdème sérieux des bourses et un peu de gonflement des membres inférieurs. Dans un cas il s'agissait d'une adénopathie tuberculeuse bilatérale chez un nègre phtisique. Ce malheureux réclamait très instamment l'opération. Ce qui nous décida c'est qu'une nuit il essaya de s'inciser lui-même ses tumeurs de l'aine à l'aide d'un débris de son assiette cassée. L'exérèse bilatérale eut lieu en une seule séance et le lendemain apparut un œdème inquiétant de ses organes génitaux. Ce pauvre noir mourut quelques jours après d'hémoptysie.

Dans un autre cas il s'agissait d'un malade porteur de chancres et d'une urétrite aiguë avec adénite bilatérale qui venait se faire opérer pour hernie inguinale double. Après guérison des ulcérations et de l'écoulement, l'adénite ne régressa pas. Nous décidâmes alors de procéder par étapes. En deux semaines nous lui enlevâmes ses ganglions inguinaux. Après la deuxième exérèse apparut un œdème des bourses qui mit plusieurs semaines à régresser.

En somme, en cas de bilatéralité, il vaut mieux opérer en deux séances espacées chacune de plusieurs semaines en commençant par le côté le plus volumineux.

d. La présence de ganglions iliaques pas trop volumineux n'est pas une contre-indication.

Dans la tuberculose, Gosset conseille de les enlever par une incision de la paroi antérieure de la fosse iliaque au-dessous du trajet inguinal.

Dans la lymphogranulomatose il est inutile d'y toucher; ils régressent seuls après exérèse des ganglions inguino-cruraux.

Technique opératoire. — Bien décrite par Gosset (*Journ. de chir.*, 1909, p. 121) elle est « rapide et facile à condition d'employer une technique appropriée. L'extirpation de ces ganglions est plus simple que celle des ganglions cervicaux ». En effet, il n'y a d'adhérences avec la veine fémorale que sur une petite étendue, au niveau de l'anneau crural, les vaisseaux étant protégés par leur gaine aponévrotique. Il n'y a qu'entre la crosse de la saphène et le Gimbernat qu'on trouve deux ou trois ganglions, dits inguinaux profonds. Au contraire la saphène interne, qui est sus-aponévrotique, contracte des adhérences intimes avec les ganglions cruraux. Aussi faut-il la réséquer.

« Tout le secret pour rendre facile l'extirpation des ganglions réside dans ce fait que, quels que soient l'état de ces ganglions, leur degré de ramollissement, leurs adhérences, il existe toujours en arrière d'eux et de la saphène interne, en avant de l'aponévrose du moyen abducteur et du quadriceps, un plan de clivage qui permet un décollement facile des ganglions et leur ablation en une seule masse ».

Gosset décrit trois sortes d'incisions :

1° L'incision parallèle à l'arcade, incision de choix;

2° L'incision très arquée à convexité inférieure;

3° L'incision verticale, parallèle aux vaisseaux fémoraux;

Nous avons personnellement employé deux autres incisions :

Une incision stellaire, combinant l'incision parallèle et l'incision verticale. Elle donne un jour énorme sur la région. Son inconvénient est de produire parfois un peu de nécrose des pointes des lambeaux, ou bien une incision ovalaire, circonscrivant la tumeur, sinon dans sa totalité du moins dans toute la région où la peau est enflammée ou fistulisée. Elle a un inconvénient : c'est en cas de désunion de laisser une brèche un peu large. Mais, en sachant ménager quelques points qui tiennent bon, la plaie réouverte est infiniment moins large que la plaie opératoire.

Voici ensuite les temps qu'indique Gouet :

1° Section à la partie inférieure de la plaie de la veine saphène externe;

2° Section du pédicule externe (circonflexe iliaque);

3° Section du pédicule supérieur (sous-cutanés abdominaux);

4° Section du pédicule interne (honteux externes).

5° Section du pédicule profond : crosse de la saphène.

Il nous a paru plus commode de ne pas découvrir d'emblée la veine saphène externe, souvent noyée chez les sujets gras dans du tissu adiqueux.

Nous préférons procéder de haut en bas et il nous a semblé que le plan de clivage n'en était pas plus difficile à trouver :

1° On isole le paquet à sa limite supérieure, plus haut que le trajet inguinal, en plein sur l'aponévrose résistante du grand oblique. On sectionne ainsi la tégumenteuse abdominale. Le décollement se pour-

suit de haut en bas, très facilement sur cette surface lisse et nacrée. Un seul point à signaler : être prudent au niveau de l'orifice inguinal externe pour ne pas ouvrir une hernie ou léser le cordon;

2° On tombe alors sur le ligament de Poupart tendu, résistant. On arrive sur la région crurale;

3° On doit alors se porter en dehors, très en dehors, jusqu'aux ganglions de Ausspitz accolés aux vaisseaux circonflexes iliaques externes qu'on coupe;

4° Décollant alors la masse de dehors en dedans on passe sur l'artère fémorale, solidement protégée par le toit de l'infundibulum femorali-vasculaire, sur la veine de même nom, à laquelle on arrache parfois une ou deux petites collatérales qu'il faudra lier avec soin;

5° La masse qui reste adhérente est formée par les ganglions profonds, remplissant la partie libre de l'entonnoir crural, accollé à la crosse de la saphène;

6° Se porter alors tout à fait en dedans, sectionner les honteux externes et, au doigt coiffé d'une compresse, décoller par dessous saphène externe et ganglions. Deux ligatures, l'une sur la crosse, l'autre au-dessous de la masse terminent l'opération.

Ainsi conduite, l'opération ne nous a pas encore donné de déboires.

La blessure de la veine fémorale est certainement possible « on l'évitera, dit Gosset, si l'on a fait une incision cutanée longue, si l'on opère à ciel ouvert en voyant bien ce qu'on fait. »

Nous drainons systématiquement, car une abondante lymphorragie a lieu les jours suivants. En cas de suppuration, ce qui est fréquent, il y a deux façons d'agir :

1° Soit faire sauter tous les points; et la réunion secondaire sera un peu longue;

2° Soit donner une issue facile au pus en enlevant un ou deux points et glisser dans la plaie un drain de Carrel qui sortira du pansement. On injecte toutes les deux heures 10 ou 15 centimètres cubes de Dakin et, quelle que soit l'origine de la suppuration le résultat est remarquable.

La cicatrice est parfois chéloïdienne. Mais ceci n'a pas la même importance qu'au cou. Quant aux récidives, elles ne peuvent avoir lieu si on a fait un curage complet et méthodiquement réglé.

BIBLIOGRAPHIE

Broca (A.). Traitement des adénopathies tuberculeuses, *XIVe Congrès de chir.*, Paris 1901.

Brodier. *Maladies des lymphatiques*, in Le Dentu et Delbet.

Gosset. *Journ. de chir.*, 15 fév. 1909.

Nicolas, Favre et Durand. *Ier Congrès de dermat.*, 1922.

Ravaut, Boulin et Rabeau. Paradénolymphite, *Presse méd.*, 1922, n° 42.

Rabut (R.). Le chancre mou, *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 80.

Sorrel (E.). Traitement des adénites tuberculeuses, *Bull. méd.*, 1923, p. 189.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Poliomyélite. Méningite cérébro-spinale. Encéphalite léthargique. Zona. Diphtérie, par le docteur H. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de pathologie médicale.) In-16 de 348 pages. — Prix : 14 fr.; franco France, 15 fr. 40. — Paris, G. Doin.

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (1).]

PREMIÈRE QUESTION (*suite*)

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur. Leurs résultats éloignés.

Discussion des rapports.

M. Willems (de Gand) estime que dans le traitement des fractures du col du fémur il faut savoir borner ses ambitions. Toutes les méthodes ont à leur actif de bons et de mauvais résultats et le pronostic reste toujours incertain même avec les fractures qui se prêtent le mieux à la consolidation. Les méthodes sanglantes sont intéressantes, mais elles s'appuient encore sur trop peu de faits pour qu'on puisse les juger équitablement. Un des meilleurs procédés de traitement est, sans doute, celui de Whitman. L'extension continue donne aussi des résultats suffisants. Seulement cette extension est appliquée, par l'auteur, à l'aide des broches de Steinman sur la cuisse en rectitude et non en abduction et la réduction peut ainsi être obtenue sans traction trop forte. D'autre part, il est essentiel de ne pas faire marcher trop tôt les malades. Chez le vieillard, on cherchera plutôt, par la mobilisation et le lever précoces, à éviter les accidents d'hypostase qu'à obtenir une consolidation illusoire.

M. Kummer (de Genève) présente une statistique de 81 cas dont 44 se rapportent à des hommes et 37 à des femmes, avec un maximum de fréquence entre soixante et soixante-dix ans. Presque tous ces cas traités par l'extension continue sur broche métallique avec des poids suffisants ont donné de bons résultats. Le raccourcissement fut toujours léger et même nul chez quelques blessés. Dans un cas, la broche ayant déterminé une nécrose superficielle avec suppuration dut être supprimée et remplacée par une extension au leucoplaste. Le vissage à la Delbet a été pratiqué trois fois dans des fractures transcervicales avec des résultats médiocres. Il convient de laisser les malades au lit très longtemps. Le lever précoce est responsable de la plupart des pseudarthroses.

M. Hansen (de Copenhague) emploie presque exclusivement la méthode de Whitman qui lui a donné 60 à 65 p. 100 de bons résultats et 35 à 40 p. 100 de pseudarthroses. Sa statistique comporte 300 cas avec 10 p. 100 de morts. Il remarque que la pseudarthrose est souvent compatible avec un bon résultat fonctionnel. Chez les blessés qui continuent à souffrir longtemps après le traitement, l'extirpation de la tête fémorale est à conseiller.

M. Verhoogen (de Bruxelles) a obtenu de bons résultats de la méthode de Delbet dans les fractures par décapitation, mais pense que les fractures extracapsulaires relèvent de l'extension continue. Chez les malades très âgés, gâteux ou présentant des tares organiques graves, aucun traitement actif ne doit être appliqué. Si la fracture survient chez un ancien syphilitique, ce qui n'est pas rare, la meilleure thérapeutique est l'extension continue.

M. Lambotte (d'Anvers) est d'avis que dans le traitement sanglant des fractures du col, comme dans celui des autres fractures, il faut opérer à ciel ouvert et par conséquent faire une arthrotomie. L'incision qui passe en dedans du couturier donne peu de jour, saigne abondamment et sectionne des nerfs musculaires importants. L'incision d'Ollier avec relèvement du grand trochanter est préférable. En outre, la vis n'assure pas une solidité suffisante, elle tient mal dans le tissu spongieux et peu résistant de la tête. Mieux vaut dégager cette tête du cotyle et la fixer au col avec de longs clous de menuisier. Dans un cas, l'auteur n'avait pas employé de clous assez longs, la tête fémorale ne tenait pas, il dut en pratiquer l'ablation. Le résultat fut bon néanmoins. Ce malade est pré-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353. — Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

senté au Congrès, ainsi qu'un autre fracturé, plus récemment, opéré et dont la tête fémorale est réunie au col par quatre clous.

M. J. GUYOT (de Bordeaux) approuve les conclusions des deux rapports; il a obtenu d'excellents résultats dans les fractures du col du fémur avec le plâtre à la Whitman et a pratiqué 7 opérations de vissage avec 1 mort par congestion au sixième jour chez un vieillard et 6 bons résultats dont 2 tout à fait remarquables datant l'un et l'autre de trois ans. Dans une observation, il s'agissait d'une pseudarthrose avec impotence fonctionnelle complète datant de plusieurs mois; le vissage métallique, sous-rachi, a permis d'obtenir un cal osseux avec retour à des fonctions normales. Ces deux opérés font facilement 7 et 8 kilomètres par jour à pied et cela sans douleur ni fatigue. L'auteur a été une seule fois amené à enlever la vis; il s'agissait d'une femme de soixante-huit ans, opérée à Versailles, et qui présenta des accidents douloureux tenaces, de névralgie sciatique. La vis qui fut enlevée un an après l'intervention, était entourée d'une sorte de kyste à contenu huileux, la tête de la vis étant complètement indépendante des parties fibreuses trochantériennes.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne) indique quelques détails de technique personnelle et montre d'intéressantes radiographies.

M. ROBINEAU (de Paris) reconnaît un certain nombre de contre-indications aux opérations pour fracture transcervicale du col du fémur; les unes sont tirées de l'état général, âge trop avancé, déchéance organique ou psychique; les autres, de l'état anatomique de la fracture, fractures irréductibles et comminutives ou véritables fractures spontanées. Les résultats éloignés sont souvent médiocres, la fonction de la hanche étant compromise; l'opération n'évite pas toujours la pseudarthrose; les résultats excellents sont assez rares.

L'auteur attribue les insuccès et demi-succès à des causes diverses : La réduction incomplète de la fracture dans le sens antéro-postérieur peut faire échouer la synthèse; il recommande de réduire après disjonction des fragments par traction latérale. Le défaut de coaptation prédispose à l'usure du col et au déplacement secondaire; il faut employer une vis et la placer exactement dans la région centrale de la tête du fémur; la technique de Contremoulins permet ce vissage correct. L'emploi des vis métalliques produit toujours le tassement et la déformation secondaire du col, de même que le lever précoce et la reprise prématurée de la marche; une immobilisation de soixante à quatre-vingt-dix jours est nécessaire.

L'auteur emploie donc de nouveau les vis en os de bœuf pour la synthèse du col; bien bloquées, elles ne sont pas encore résorbées au bout de trois ans; elles ne provoquent pas l'ostéoporose du col; leur rupture est évitée en laissant les opérés assez longtemps au lit.

M. MASMONTEIL (de Paris), après avoir opéré un certain nombre de fractures du col, est convaincu que l'arthrotomie est indispensable. Seule, elle permet de constater la position respective des fragments variable d'un cas à l'autre, de pratiquer une exacte réduction et de conduire la vis à travers le col dans la tête, sans aléa possible. D'autre part, dans l'extension continue qui sera faite avec des poids variant de 25 à 40 kilogrammes, le pied doit être placé en rotation interne forcée, son bord interne reposant sur la table. Enfin l'auteur estime encore qu'une seule vis est insuffisante à maintenir les fragments qui peuvent se déplacer l'un sur l'autre par rotation alors que deux vis assurent leur fixité d'une façon absolue. Un repos au lit de quarante jours au moins est nécessaire.

M. AUVRAY (de Paris) a vu opérer dans son service M. Masmonteil. Il confirme l'exactitude des constatations faites par celui-ci et des conclusions qu'il en a tirées touchant les points essentiels d'une bonne technique opératoire. Les résultats obtenus ont toujours été immédiatement très bons comme le prouvent les radiographies, mais ne se sont pas en général maintenus, le col s'infléchissant peu à peu sans qu'on puisse bien apercevoir les raisons de ce déplacement secondaire.

M. REYNÈS (de Marseille) a pu pratiquer le vissage sans autre moyen que des radiographies et une minutieuse exploration de la région par le palper. Il s'est servi de simples vis à bois de menuisier ayant 8 à 9 centimètres de longueur. Ces vis ayant des tours de spires espacés offensent au minimum le tissu osseux et sont bien tolérées. Le vissage n'est possible que pour des fractures transversales à deux fragments, transcervicales ou cervico-céphaliques et chez des sujets dont le col n'est pas trop raréfié.

M. PRAT (de Nice) communique les résultats qu'il a obtenus dans 21 cas de fractures du col du fémur chirurgicalement traitées. La technique opératoire suivie est dans ses grandes lignes celle de Delbet, mais faisant jouer, dans la perfection des résultats, un rôle primordial à la précision de la réduction; l'auteur emploie une table de bois opératoire et radioscopique à la fois, facile à improviser et qui permet de faire avant l'extension des membres inférieurs l'écartement latéral des fémurs. Deux palettes appliquées à la partie interne et supérieure de la partie des cuisses et actionnées par une tige filetée de deux pas de vis opposés, permet aisément l'écartement réciproque des fémurs. C'est cette action d'écartement qui rend au col fémoral sa longueur en mettant les deux fragments en affrontement. Les radios des fractures ainsi traitées sont démonstratives.

En ce qui concerne la nature des greffons l'auteur portera plus volontiers son choix sur le greffon vivant péronier car il a dû enlever tardivement (après deux ans) une vis d'os armé ayant donné lieu à un abcès aseptique.

Dans les fractures transcervicales avec engrènement, M. Prat préconise également pour leur réduction précise le temps primordial de l'écartement des fémurs. Ici l'ostéosynthèse par vissage est difficile à cause des altérations de l'os écrasé sur qui la vis ne mord pas. Mais elle est le plus souvent inutile. Et la réduction obtenue, un grand appareil plâtré de coxalgie avec cuissard du côté sain suffit à la maintenir.

L'auteur a résumé dans un tableau toutes ces opérations et il en analyse les résultats anatomiques et les résultats cliniques. Les vissages métalliques (14 opérés) pour *fractures récentes transcervicales vraies* ont été correctement intra-osseux du premier coup, sauf un qui nécessita une rectification. Un vissage pour sous-capitale nécessita tardivement une ostéosynthèe péronière. Les suites postopératoires ont toujours été très simples localement. Cependant l'auteur compte 4 morts sur ces 15 premiers opérés (1 hémorragie cérébrale, 2 pneumonies, 1 infection générale par escarres préopératoires). Les deux basicervicales traitées ont eu des suites postopératoires également aseptiques.

Parmi les 7 opérés pour *transcervicales anciennes*, 3 ont eu des greffons vivants péroniers, 4 des vis d'os.

Dans les fractures transcervicales anciennes, la réduction anatomique satisfaisante n'a été que rarement obtenue.

Peut-être ce temps serait-il désormais amélioré par l'écartement primordial des fémurs. La mise en place des greffons est plus facile dans les transcervicales vraies; dans les sous-capitales le greffon n'a souvent pas de prise solide dans le fragment de la tête trop réduit et de tissu alvéolaire fragile.

Cependant M. Prat a pu obtenir des résultats cliniques satisfaisants 2 fois sur 3 dans les transcervicales vraies, 2 fois sur 4 dans les sous-capitales anciennes.

M. LEVEUF (de Paris) apporte et commente longuement une statistique de 144 observations du service de M. Delbet qui datent de un à quatorze ans. Les résultats obtenus sont bons dans les deux tiers des cas, mauvais dans un tiers. Dans les fractures récentes, la meilleure méthode chez les sujets jeunes est le vissage, chez les vieillards le greffon osseux placé sous anesthésie locale ou rachi-anesthésie. Dans les pseudarthroses il faut employer simultanément le vissage et la greffe.

M. BARBARIN (de Paris) persiste à penser que le vissage ou la pose d'un greffon constituent des interventions sérieuses chez le vieillard et reste fidèle à la méthode orthopédique.

Le meilleur procédé dans la généralité des cas et surtout s'il s'agit de très vieilles gens est celui de Whitman. Mais l'auteur raccourcit le plâtre en l'arrêtant aux genoux. Il prend point d'appui sur le condyle interne du fémur. Il a pu facilement faire lever ses malades dès le quinzième jour et a obtenu chez des sujets de quatre-vingt-deux, quatre-vingt-quatre, quatre-vingt-huit ans des résultats lointains favorables. Quand il peut faire l'extension, chez des sujets énergiques et bien

surveillés, il la réalise au moyen de sa gouttière qui permet en même temps que l'extension, l'abduction et la rotation interne.

Il estime, comme le rapporteur, qu'il faut près d'un an (trois à quatre mois d'immobilisation, six mois de traitement consécutif) pour obtenir un bon résultat fonctionnel, soit par une consolidation osseuse, soit par une pseudarthrose serrée.

M. Judet (de Paris) applique systématiquement l'appareil plâtré. Pour les *fractures intracapsulaires*, il se sert d'une table spéciale comportant un pelvi-support, un système de traction par des poids, un tube à rayons X se déplaçant sous la table.

La réduction est obtenue par un poids de 20 à 25 kilos tirant sur le membre placé dans la rectitude, abduction légère, rotation nulle. Après contrôle radiographique le plâtre est construit, sans que rien ne bouge : il doit être très précis. On l'enlève au bout de deux mois.

Dans les cas où l'auteur a suivi cette technique, il a obtenu un cal osseux solide, avec résultat fonctionnel excellent. (L'auteur présente au Congrès l'un de ces malades entièrement guéri.)

Pour les *fractures extracapsulaires*, M. Judet est resté fidèle à son procédé de plâtrage en flexion et abduction. Cet appareil corrige la rotation externe et l'adduction de la cuisse. Il permet d'asseoir de suite, dans un fauteuil, le malade, et ce faisant il prévient dans une large mesure les escarres du décubitus, les congestions pulmonaires, et il abaisse la mortalité : sur 16 vieillards de soixante-dix à quatre-vingt-huit ans, 2 seulement ont succombé, ce qui est une faible proportion si l'on veut bien se rappeler la gravité des fractures du col du fémur chez les personnes très âgées. Les 14 autres malades ont guéri avec un bon résultat fonctionnel.

M. Trèves (de Paris) indique ses préférences pour la méthode orthopédique en particulier pour le procédé de Whitman.

M. Petit de la Villéon (de Paris) pratique le vissage du col du fémur par la méthode radio-opératoire. Il insiste sur la simplicité et la sécurité de cette opération dont voici les temps successifs :

Dans une salle radio-opératoire à lumière rouge-orangée intensive, sous anesthésie locale :

1° Obscurité. Rayons X. Reconnaître la fracture. Points de repère ;

2° Lumière rouge. Incision longitudinale, basse, jusqu'à l'os ;

3° Obscurité. Rayons X. La mèche du perforateur est mise en place, conduite jusqu'à la tête, en suivant les angles d'inclinaison et de déclinaison. Mise en place de la vis ;

4° Contrôle et sutures. Pas d'appareil.

M. Dupuy de Frénelle (de Paris) pense que, *chez les sujets résistants*, la suture osseuse faite à ciel ouvert est la conduite qui donnera le résultat le plus rapide et le plus sûr dans les fractures siégeant sur la moitié externe du col chirurgical. La suture des fragments par un cercle transversal qui traverse le fragment interne du col du fémur et chemine sous la couche cortico-périostique du grand trochanter est plus certainement efficace que le vissage. Le fil doit être souple, robuste, et serré très énergiquement.

Cette opération comporte quatre éléments principaux de succès :

1° L'anesthésie au chlorure d'éthyle donné goutte à goutte qui permet un sommeil prolongé sans affaiblissement du sujet ;

2° Une large voie d'accès antérieure ;

3° Une aiguille perforante, de courbure appropriée, qui permet de traverser le fragment interne d'avant en arrière, puis de contourner la face externe du grand trochanter, en cheminant sous sa couche cortico-périostée ;

4° Un fil de cuivre suffisamment souple et robuste pour permettre une suture qui reste immuable malgré les mouvements imprimés au fémur.

L'auteur préconise chez les sujets résistants la greffe à ciel ouvert.

Seule cette opération permet : la résection du tissu fibreux interposé ; l'avivement des fragments, leur coaptation exacte, le greffage par enchevillement placé correctement dans la tête fémorale et dans une mortaise trochantérienne ; l'encerclement du foyer par un manchon ostéo-périostique, qui, solidement fixé par une ligature, maintient la coaptation exacte des fragments. Seule l'opération à ciel ouvert permet de maintenir les fragments à l'aide des tendons qui traversent l'épine iliaque antéro-inférieure et le fragment trochantérien.

Dans les fractures et les pseudarthroses du col du fémur qui affectent des sujets âgés et peu résistants, le vissage par la méthode Delbet-Dujarier reste indiqué.

M. Descarpentries (de Roubaix) signale qu'il emploie pour obtenir la réduction des fractures du fémur sans à-coups, sans heurts et avec facilité, un dispositif qu'il n'a vu signaler par aucun auteur : à l'aide de la table basculante il place son malade en plan déclive et le suspend relativement par le membre fracturé à une poulie mobile sur une barre de fer scellée au mur de la salle d'opération de façon à exercer une traction suivant l'axe du membre. La réduction obtenue, grâce à cette traction automatique et toujours semblable à elle-même, il peut effectuer tout à son aise le contrôle radiographique, l'opération ou le plâtre suivant le cas.

Il décrit une attelle, modification de celle de Thomas, qui remplace l'appareil plâtré après l'opération lors du séjour au lit ; en obviant au porte à faux du col fémoral, elle permet de faire reprendre plus vite la station debout, la marche et la vie active, but principal, à son avis, de l'opération.

Depuis un an il fait le vissage à l'aide de deux vis, estimant que pour empêcher totalement la tête de pivoter sur le fragment fémoral, il faut qu'elle y soit assujettie par deux attaches assez distantes l'une de l'autre. Malgré le double vissage tant vaut le vissé, tant vaudra le vissage.

(*A suivre.*) Chastenet de Géry et Dariau.

IVe CONGRÈS DES PÉDIATRES
DE LANGUE FRANÇAISE

[*Paris, 29-30 septembre et 1er octobre 1924* (1)]

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Premier rapport.

Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance

Rapporteurs : MM. Ribadeau-Dumas et Rocher (de Bordeaux)

Dans leur court préambule, les rapporteurs insistent sur la fréquence de la pleurésie chez l'enfant à tous les âges : d'après Netter, la pleurésie est purulente dans le tiers ou la moitié des cas (dans le quinzième des cas chez l'adulte).

Le traitement veut que le diagnostic soit précoce et précis, ce qui est souvent difficile, car la pleurésie peut être latente et méconnue pendant des mois, des années.

On peut distinguer deux grands groupes : 1° les pleurésies purulentes aiguës ; 2° les pleurésies purulentes chroniques.

I. **Pleurésies purulentes aiguës.** — De beaucoup les plus communes et très diverses. Les *éléments pronostiques et thérapeutiques* les plus importants se tirent du degré d'infection pulmonaire. Au cours des infections pulmonaires, l'épanchement est très fréquent (pleuro-pneumonie d'Andral) et la ponction des culs-de-sac sus-diaphragmatiques ramène souvent du liquide aseptique ou suppuré (Nobécourt) : citrin, louche, purulent ou opalescent.

L'épanchement est para ou méta-bronchopneumonique ou pneumonique. Pour certains rapporteurs, la suppuration pleurale marque la réaction, sinon la victoire de l'organisme sur l'infection ; d'où la temporisation nécessaire avant l'intervention, d'où une intervention aussi économique que possible. Souvent, le liquide louche peu abondant d'une pleurésie métapneumonique se résorbe spontanément. La pleurésie parapneumonique est plus grave, car plus abondante, plus riche en microbes.

La mortalité opératoire est plus forte dans les cas précoces où l'infection était en pleine activité, et dans les cas tardifs où la temporisation fut excessive.

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

Les *caractères bactériologiques* des pleurésies purulentes ont une grande importance pour le pronostic et le traitement. Le rapporteur rappelle les travaux classiques de A. Netter qui a montré la fréquence du pneumocoque dans l'enfance (74 p. 100), souvent pur (63 p. 100). Le type I du pneumocoque surtout serait pyogène. La fragilité relative du pneumocoque ne doit jamais être une cause d'abstention opératoire.

Les *complications* sont communes et assombrissent le pronostic; l'apparition d'une fièvre éruptive le rend redoutable.

Les *interventions* pratiquées dans la pleurésie purulente des enfants sont de trois ordres : thoracentèse, siphon-drainage, thoracotomie.

A. **Thoracentèse.** — Pratiquée avec un trocart large, elle doit être lente, sinon interrompue plusieurs fois. Son siège est déterminé par les signes physiques. L'évacuation complète serait difficile et ne doit pas être recherchée. S'il y a pneumonie ou broncho-pneumonie il faut en effet craindre avant tout la thoracotomie large qui choque le sujet, aggrave les lésions pulmonaires, complique la situation cardiaque. La rechute est fréquente : une ou plusieurs autres thoracentèses peuvent être utiles à quelques jours d'intervalle.

La méthode des *ponctions avec injections antiseptiques* est déjà ancienne (Aran) : Nobécourt a préconisé le bleu de méthylène à 5 p. 100, Netter l'électrargol, Pissavy l'uroformine à 25 centigrammes par centimètre cube. Mais cette méthode ne vise qu'à relever l'état général pour permettre l'intervention chirurgicale.

B. Le **siphon-drainage** est une méthode simple, non choquante, employée au lit du malade, sans anesthésie; une canule-trocart, soit ronde, soit aplatie, est introduite dans un espace intercostal déclive ou parfois au travers de la côte (Sedillot, Robinson-Samuel).

Cette méthode semble avoir la faveur des pédiatres anglais, américains, allemands, et ne s'accompagne pas de pneumothorax. Les rapporteurs cependant ne la croient pas très pratique chez le nourrisson. qui peut déplacer l'appareil; de plus, elle ne met point à l'abri de la thoracotomie.

C. Les **thoracotomies** comprennent :

a. Pleurotomie simple ou opération de l'empyème;

b. Pleurotomie avec résection costale;

c. Thoracotomie transcostale par trépanation de la côte, peu usitée.

Ces opérations s'appliquent aux pleurésies purulentes mal drainées ou récidivantes, ou d'une façon général traînantes.

La meilleure thoracotomie est celle qui établit un drainage dans la zone déclive, qui est économique et à laquelle on a joint le siphonnage pleural. Anesthésie locale de préférence.

Les rapporteurs décrivent les procédés de thoracotomie à *volet* ou à *soupape* : la pleurotomie *valvulaire* de Grégoire (in *Thèse* Tourneix, Paris 1923) leur paraît constituer un des procédés les plus ingénieux de drainage à thorax fermé et applicable à l'enfant.

La *résection* costale ne complique que fort peu l'acte opératoire chez l'enfant au-dessus de deux ans. Cependant, les rapporteurs donnent la préférence à la pleurotomie simple sans résection.

La préférence actuelle des chirurgiens se porte vers les procédés de drainage à thorax fermé (thoracotomie minima). La décompression brusque serait funeste : il convient de n'ouvrir que d'une façon minime. Le pus, à sa sortie du thorax, peut être recueilli par aspiration électrique. Dans la boutonnière pleurale est introduit un *tube-siphon* (techniques de Vignard, de Delbet, drain de Delagenière). On pourrait terminer l'opération en « ourlant » la plèvre (Peraire) ou en faisant la suture totale de la plaie (Hathwai, d'Oxford).

« Le résultat des thoracotomies est surtout conditionné par la qualité des soins post-opératoires ».

Les rapporteurs ont relevé de nombreuses statistiques opératoires; parmi elles, celle de Comby avec 144 cas : au-dessus de cinq ans, mortalité 32 p. 100; au-dessous de cinq ans, 54 p. 100.

II. **Pleurésies chroniques.** — Toutes les pleurésies purulentes sont chroniques, mais c'est à la tuberculose surtout qu'appartient la pleurésie insidieuse et prolongée. Le diagnostic en est délicat : il semble qu'il faille, dans la tuberculose, rejeter la thoracotomie et s'en tenir aux ponctions plus ou moins espacées. L'injection de liquides modificateurs n'est suivie d'aucun succès, mais les injections d'air ou d'azote sont très recommandables. Une thoracotomie est susceptible de provoquer des fistules interminables, etc. Il peut arriver que la cachexie, la fièvre, l'expectoration abondante, fassent penser à la phtisie. C'est alors qu'on peut tenter parfois le *pneumothorax artificiel* (Comby).

Sérothérapie et vaccinothérapie — Le sérum antipneumococcique a été injecté sous la peau, dans les veines, dans les cavités pleurales. Il n'agit, d'après Nobécourt et Paraf, que sur les variétés I et II : on injecte chez le nourrisson, après évacuation de la plèvre, 5 à 10 centimètres cubes, et en même temps 3 centimètres cubes dans le poumon, Les rapporteurs ne croient point que l'injection intrapulmonaire soit « toujours opportune ».

L'efficacité du sérum antistreptococcique a été souvent contestée.

Par contre, le sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur semble très efficace.

La vaccinothérapie a été pratiquée volontiers par les Italiens, vantée par Tuffier, Peugniez, M. Renaud au Congrès de chirurgie, tentée par Dufour et Debray, d'Œlsnitz (dans les pneumonies et broncho-pneumonies).

La conclusion de J. Tourneix semble aux rapporteurs très légitime : « Séro ou vaccinothérapie et intervention sanglante ne doivent pas s'opposer; c'est par la combinaison de ces deux méthodes que l'on obtiendra les meilleurs résultats. » Il semble que, dans tous les cas, le pronostic de la pleurésie purulente du *nourrisson* doive être réservé.

Deuxième rapport.

Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile.

Rapporteur : M. Léon Tixier.

Le rapporteur limite son travail à la syphilis héréditaire dont l'importance et la fréquence sont considérables : la plupart des statistiques s'accordent à évaluer la mortalité globale infantile à 50 p. 100 au moins dans les ménages atteints de syphilis.

A. **Prophylaxie proprement dite.** — La recherche de la déviation du complément a vérifié les lois de Colles Baumes, de Profeta et de la *syphilis conceptionnelle* de Fournier. Le rapporteur tient pour indiscutables des observations de syphilis de deuxième et même de troisième génération. D'après A. Simon (rapport devant la Société française de dermatologie et syphiligraphie, 24 juin 1920), il lui paraît « plus raisonnable d'autoriser le mariage lorsqu'il n'existe aucune lésion viscérale ou nerveuse grave, lorsque les traitements arsénico-mercuriels ont été très régulièrement suivis, sans se montrer trop exigeant sur les recherches de laboratoire, trop souvent impossibles à obtenir en série : la véritable prophylaxie consistant à concentrer tous les efforts thérapeutiques sur le traitement de la femme pendant la grossesse. »

B. La **surveillance des procréateurs** et des enfants doit être attentive en ville, à l'hôpital et dans les dispensaires. La réaction de Bordet-Wassermann précède généralement d'une semaine l'éclosion des accidents chez le nourrisson; elle doit être poursuivie en séries. Avec son aide, les cliniciens ont pu évaluer à 5 p. 100 (Lesné) et même à 19 ou 20 p. 100 (Margan-Lemaire) les enfants hospitalisés suspects de syphilis.

C. Le rapporteur, envisageant les **mesures pour faire connaître les conséquences funestes et les remèdes de la syphilis**, fait allusion à la grave question de la déclaration obligatoire : du moins celle-ci est-elle réclamée par Findlay (Angleterre).

A côté du traitement par le mercure et l'arsenic, le bismuth semble devoir prendre une place importante. Le mercure, d'ailleurs, est loin d'avoir été détrôné, et, bien manié, rendra encore de très grands services.

a. Chez le *nourrisson*, les lésions sont souvent diffuses : d'où supériorité des arsénicaux; la voie intraveineuse sera

préférée, car l'action est plus rapide : jugulaire externe (Blechmann), veines épicraniennes (Cassoute et Teissonnière), mais c'est avec raison que le rapporteur a adopté la voie du tissu longitudinal supérieur. Doses : 0g010 par kilogramme pour la première injection ; 0g015 pour la deuxième ; 0g020 pour les suivantes. Mais H. Barbier ne dépasse pas 0g01 par kilogramme.

Au-dessous d'un an, quand l'état général est mauvais, il est prudent de ne point dépasser 0g02 au total à la première injection. La conduite générale du traitement sera réglée suivant chaque cas particulier. En général, les séries séparées par un mois de repos comprennent six injections hebdomadaires : le traitement est continué « pendant un an et demi au moins » (M. Pinard). Les accidents locaux ou généraux sont exceptionnels. La voie intraveineuse donne des résultats plus rapides que la voie sous-cutanée : celle-ci cependant est de plus en plus employée (mêmes doses totales à raison de deux injections par semaine). D'ailleurs, les voies gastrique, rectale, ont été aussi expérimentées récemment avec succès : les statistiques globales sont impressionnantes.

Le mercure, beaucoup moins employé aujourd'hui, conserve des partisans (Comby et Lesné) qui l'emploient concurremment avec l'arsenic : l'injection intraveineuse de cyanure au 1/1.000 (Lacapère), intramusculaire de benzoate ou biiodure, la friction mercurielle d'action si remarquable, enfin l'ingestion (lactate de mercure ou poudre grise) qui paraît moins recommandable.

Le *bismuth* paraît modifier plus lentement, mais de façon plus durable que l'arsenic, la séro-réaction. Les doses sont proportionnellement plus fortes que chez l'adulte.

L'*iodure de potassium* est peu utilisé chez le nourrisson. En résumé, médicaments nombreux et efficaces et techniques nombreuses, mais il faut se garder de faire un traitement systématique basé sur des règles immuables.

b. Dans la *deuxième enfance*, le traitement diffère peu de celui usité chez l'adulte.

c. Les *manifestations locales* appellent-elles un traitement par un agent déterminé (cyanure de Hg pour les lésions oculaires d'après Abadie, ou bismuth pour les lésions nerveuses)? Le rapporteur n'ose se prononcer.

d. Alors même que la *syphilis héréditaire est latente*, le rapporteur préconise un traitement : « même sans stigmates, il peut y avoir des réveils très tardifs » à la deuxième génération.

A côté du traitement proprement dit, que le médecin a peine à poursuivre suffisamment tant à la ville (A. Fournier) qu'au dispensaire, le traitement des dystrophies s'impose (opothérapie). Enfin, le traitement général ne doit pas être négligé non plus que les eaux minérales (Uriage, Luchon, Cauterets, Ax, Barèges, Challes, Allevard, La Bourboule, Saint-Honoré, etc.).

Troisième rapport.

Etiologie et pathogénie du rachitisme.

Rapporteurs : MM. E. Lesné, de Gennes et Vagliano.

Le rachitisme a vu, dans ces dernières années, se renouveler l'histoire de sa pathogénie. La découverte du rachitisme expérimental de l'animal, les recherches biologiques d'ordre physico-chimique, ont ouvert sur la genèse de la maladie des horizons nouveaux, et ont abouti à la mise en œuvre de moyens prophylactiques et curatifs d'une puissance inconnue jusqu'ici.

Rachitisme expérimental. — Mellanby, le premier, parvint à déterminer chez l'animal des lésions semblables à celles du rachitisme humain, qu'il attribuait à la carence du régime en vitamine A liposoluble. Cette théorie ne résista pas au contrôle expérimental dans les mains d'autres observateurs.

En 1921, Mac Collum, Simmonds, Shipley et Park reprirent ces expériences et bientôt Sherman, Pappenheimer, Mac Cann, Zucker et Hess fixaient les bases d'un régime, riche en éléments nutritifs et en vitamine A, mais carencé en phosphore qui déterminait régulièrement chez le jeune rat blanc *en période de croissance* l'apparition de lésions rachitiques. Donc, la seule carence phosphorée est responsable des lésions du rachitisme expérimental.

Ces expériences, reprises en Amérique, furent soumises en France par Lesné, de Gennes et Vagliano à toute une série d'épreuves de contrôle.

a. **L'huile de foie de morue**, tant vantée par Trousseau et Bretonneau dans la cure du rachitisme, exerce sur la maladie expérimentale, non seulement un rôle préventif, mais encore une action curative. MM. Lesné et Vagliano montrèrent ce fait curieux que l'huile de foie de morue introduite dans l'organisme par voie parentérale perd tout pouvoir antirachitique, tandis qu'elle conserve ainsi son action sur la croissance. Le facteur actif (facteur X) n'est donc pas une vitamine ; il est indépendant de la vitamine A. Il a été retrouvé dans le foie de certains poissons, mais l'huile d'olive et les autres huiles végétales en sont entièrement dépourvues. Le facteur antirachitique passe dans le lait de vaches qui ingèrent de l'huile de foie de morue. Il existe aussi dans le jaune d'œuf.

b. **Le rôle de la lumière**, dès longtemps prévu par l'étude des faits cliniques a été bien mis en évidence par des expériences récentes.

c. Enfin, l'injection parentérale **d'adrénaline** fournit chez les rats soumis au régime rachitigène des résultats moins rapides, mais comparables à ceux que fournissent le phosphore, l'huile de foie de morue ou la lumière.

*
* *

Le rachitisme humain semble relever *a priori* d'origines bien différentes de celles du rachitisme expérimental.

On ne trouve, en effet, à sa base aucune carence phosphorée ou calcique.

La syphilis et la tuberculose nous ont paru ne représenter que des causes assez rares.

Par contre, il faut faire une part beaucoup plus large aux troubles digestifs prolongés de la première enfance et aux erreurs de régime.

L'abus ou l'usage trop précoce des farineux (pain, farine lactée) ont paru constituer les causes les plus vraisemblables dans un grand nombre de cas. Il s'agirait ici, non plus d'une carence directe, mais bien d'une *carence d'assimilation*.

Il faut insister, enfin, sur le rôle capital du confinement et de la *carence solaire* (Woringer).

Pas plus que le lait de vache, le lait de femme ne renferme de facteur antirachitique ; aussi ces différentes causes peuvent-elles réaliser le rachitisme même chez l'enfant nourri au sein.

*
* *

Les recherches modernes ont mis en évidence l'importance majeure du facteur humoral dans la pathogénie du rachitisme.

Le taux du calcium n'est abaissé que de manière inconstante. Le phosphore inorganique du sérum, au contraire, est diminué d'une façon si considérable et si *constante* qu'on peut faire de l'hypophorphatémie le signe humoral du rachitisme, mais non point sa cause directe.

Pour certains auteurs, le rôle du phosphore serait de s'opposer à la prolifération anarchique des cellules qu'on rencontre dans le cartilage rachitique ; pour d'autres, l'hypophosphatémie agirait en empêchant la fixation du calcium sur les extrémités osseuses.

L'influence préventive et curative de l'huile de foie de morue et de l'adrénaline s'explique vraisemblablement par l'action qu'elles exercent sur le métabolisme phospho-calcique. De même, l'influence préventive et curative des rayons ultraviolets relève d'un processus général qui ne peut agir que sur le sang circulant dans les capillaires superficiels, ou sur les terminaisons nerveuses cutanées, ces rayons de courte longueur d'onde ne traversant pas la peau.

Il est possible que cette action se transmette aux glandes endocrines qui agissent à leur tour sur le système régulateur de l'équilibre minéral du sang.

En réalité, le mode d'action de ces facteurs reste encore mystérieux.

Ces données expérimentales ont permis de préconiser et d'appliquer au rachitisme des traitements nouveaux d'une puissance inconnue, jusqu'ici. Les rayons ultraviolets ont une

action remarquable, curative et préventive : avec l'aide de l'hygiène générale et diététique, ils diminueront la fréquence du rachitisme.

RAOUL LABBÉ.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CANCER DU REIN

On ne comprend sous ce titre que le cancer primitif du rein, et spécialement les *tumeurs épithéliales* du rein, à l'exclusion des adénomes et des sarcomes.

On distingue, en effet, trois groupes de tumeurs :

1. Les *néoplasies épithéliales* (épithéliomes) et conjonctives (sarcomes) ;
2. Les *hypernéphromes* ou surrénales aberrantes (forme anatomique décrite par Grawitz) ;
3. Les *tumeurs mixtes* de l'enfant (Birsch-Hirschfeld).

ÉTIOLOGIE

C'est une affection assez rare, qui ne se rencontre surtout qu'aux deux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez le vieillard.

Le rein droit semble plus prédisposé que le gauche. On a attaché une certaine importance à certaines causes prédisposantes : traumatismes, contusion de la région lombaire, affection préexistante du rein, lithiase, tuberculose rénale, rein mobile. Alors que l'adulte est atteint d'un épithéliome rénal, l'enfant est plus souvent atteint d'un sarcome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. **Macroscopiquement**. — L'adénome précède l'épithéliome. La tumeur est presque toujours unilatérale. L'adénome est une tumeur bien limitée, sous la capsule du rein, à coloration jaunâtre. En devenant épithéliome, cette tumeur produit les lésions diffuses, mal limitées. En général, la tumeur occupe un des pôles et non la totalité du rein, tantôt il y a une tumeur unique, d'aspect grisâtre, avec des cavités à parois friables et contenant du sang liquide et des caillots; tantôt il y a plusieurs noyaux néoplasiques, plusieurs nodules avec points nécrosés, ecchymotiques. Avec Cathelin, on peut distinguer :

1. La tumeur *centrale*, intrapyélique, avec rein en apparence sain à l'extérieur ;
2. La tumeur *intrarénale* qui peut être, soit polaire, soit totale ;
3. La tumeur *extrarénale* qui se présente, tantôt sous forme de bourgeons saillants, tantôt sous forme d'une tumeur appendue à l'un des pôles.

Cette tumeur rénale primitive *se propage* au début à la capsule périrénale; d'où la constitution d'adhérences du cortex avec la capsule, puis l'envahissement de cette capsule par des bourgeons néoplasiques qui font issue au dehors. L'envahissement de la graisse périrénale se fait par l'intermédiaire des vaisseaux et des lymphatiques.

Les *ganglions* sont rapidement envahis; mais leur siège primitif est discuté; en général c'est la masse des ganglions juxtaaortiques droits et gauches qui sont les premiers envahis.

La *capsule surrénale* est atteinte et envahie par contiguité par des tumeurs du pôle supérieur.

On a aussi signalé : l'anévrisme de l'artère rénale, la thrombose de la veine rénale, de la veine cave inférieure, l'envahissement des nerfs intercostaux, abdomino-génitaux ; l'envahissement des viscères voisins tels que le duodénum, l'angle du côlon, etc. Enfin, les métastases dans le poumon, le foie, le rein du côté opposé, plus rarement dans l'uretère et la vessie, ont été signalées.

II. **Microscopiquement**. — 1° *Epithélioma à point de départ dans les tubes urinifères.* — On peut encore reconnaître l'aspect et la disposition des tubuli, mais on voit aussi la rupture de la paroi du tube urinifère; les cellules se répandant alors dans les espaces intertubulaires. Parfois, la paroi n'est pas encore rompue et il s'agit alors d'un épithélioma tubulé circonscrit ou épithéliome à type cylindrique ou à type cubique.

2. *Epithélioma à structure surrénale ou hypernéphrome.* — C'est une tumeur développée aux dépens des débris surrénaux ou surrénales aberrantes. Il y a un réseau conjonctif dans lequel sont contenues des cellules riches en glycogène et remplies de graisse, brunissant par le bichromate de potasse. Ces hypernéphromes n'envahissent pas les ganglions.

3. *Tumeurs d'origine embryonnaire.* — Ce sont les tumeurs mixtes d'Hirschfeld, développées aux dépens des restes du corps de Wolff, ou bien de noyaux émanés des feuillets primitifs (Wilms). Adénosarcomes de l'enfant.

Pathogénie. — Le cancer épithélial du rein est souvent précédé d'adénome ou même de lésions banales de néphrite chronique. Albarran admet l'existence de canalicules embryonnaires aberrants pararénaux qui persisteraient depuis la vie fœtale. Les tumeurs à type surrénal s'expliquent facilement par l'inclusion de débris de la capsule surrénale dans le rein au cours de la vie embryonnaire.

ÉTUDE CLINIQUE

Trois sortes de symptômes caractérisent l'évolution clinique du cancer du rein : l'hématurie, les douleurs, la tumeur.

Début. — Le tableau symptomatique ne se présente guère complet au début. Bien souvent le cancer du rein reste *latent* plus ou moins longtemps. Il peut débuter, soit par une hématurie, soit par des crises de douleurs assez vives.

Dans certains cas, enfin, on est surpris de découvrir, dès le premier examen clinique, une tumeur rénale ou lombaire de volume variable, et sans qu'elle provoque de troubles fonctionnels.

D'une façon générale, on peut dire que deux symptômes manquent rarement à la période d'état dans le cancer du rein, soit isolés, soit concomitants, c'est l'hématurie et la tumeur lombaire.

Période d'état. — A. **Hématuries**. — C'est le signal-symptôme de Guyon. Elles sont présentes dans la moitié des cas environ et présentent certains caractères spéciaux qui les font rattacher d'abord au rein, puis au néoplasme.

1. **Caractères d'ordre rénal.** — *a.* Ce sont des hématuries *totales.*

b. Les urines sont rouge vif ou le plus souvent *noires*. Plus rarement, les urines sont à peine teintées, et dans certains cas rares ce n'est qu'au microscope qu'on décèle les hématies.

c. Le plus souvent ce sont des hématuries *sans caillots.* Dans quelques cas on peut observer de longs caillots allongés, cylindriques, mesurant plus de 15 centimètres, ou bien des petits caillots rouges ou jaunes, ressemblant à des filaments blennorragiques (Israël).

2. **Caractères qui révèlent le néoplasme.** — *a.* Ce sont des hématuries *spontanées*, survenant sans violence, sans fatigue.

b. Elles sont *insidieuses*, survenant plus souvent le *matin* que le soir.

c. Elles sont *indolores, silencieuses.* Ce n'est que rarement qu'on peut voir des crises douloureuses uretérales survenant à l'occasion de la migration d'un caillot.

d. Elles sont aussi *capricieuses*, influencées ni par le repos, ni par le mouvement. Elles surviennent *par crises*, à tel point que Tuffier a pu décrire une forme intermittente et périodique.

L'*abondance* des hématuries est variable; tantôt elle est bénigne, tantôt grave amenant de l'anémie par leur répétition; tantôt foudroyante et provoquant la mort.

L'examen des urines au microscope montre des cylindres épithéliaux et hématiques; du pus, des hématies, des cellules épithéliales déformées.

La *pathogénie de ces hématuries* est discutée : Pour Rowsing, c'est le rein opposé congestionné qui saigne. C'est tantôt un signe précoce (signal-symptôme de Guyon); et tantôt un signe tardif, au niveau d'ulcérations avec rupture des capillaires néoformés de la tumeur. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Dupire, Bournoville (Pierre), Feuchère, Soulez, Buffon, Herlem, Mlle Gillon, MM. Gellé, Lapchin, Swynghedauw (Jean), Gernez, Masson, Vankemmel, de Lauwareyns, Savaete, Mlle Dumont, MM. Lambret, Swynghedauw (André), Ducrocq, Gravelle, Duterne, Mizon, Halle, Lefebvre, Marchand.

LA MISSION CHIRURGICALE POLONAISE SUR LA TOMBE DU SOLDAT INCONNU. — Vendredi dernier, nous avons assisté à une manifestation touchante sur la tombe du soldat inconnu; nos collègues de la mission chirurgicale polonaise, ayant à leur tête M. le ministre de Pologne, ont déposé une magnifique couronne de fleurs naturelles sur la tombe du soldat inconnu. Le docteur Auvray, secrétaire général du Congrès de chirurgie, qui assistait à cette cérémonie, a adressé au nom des membres de l'Association française de chirurgie à M. le ministre de Pologne, ses sentiments de reconnaissance pour la délicate pensée de nos collègues polonais.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — A la réunion, du 9 octobre 1924, à propos du programme de l'examen d'aptitude à l'agrégation, l'assemblée a demandé que dans le programme, 1re division, section A, le mot histologie fut remplacé par celui d'anatomie microscopique, et que dans la section C il soit tenu compte de la situation des candidats purement bactériologistes.

Pour les épreuves, l'assemblée a demandé que dans toutes les sections sans exception il y ait une épreuve pratique ou clinique.

En ce qui concerne la durée des fonctions d'agrégés, l'assemblée a demandé que même les agrégés payant patente puissent être prorogés ou perennisés.

L'Assemblée a approuvé le rapport de M. Mauclaire concernant l'amélioration du stage hospitalier au point de vue de la pratique; les stagiaires feraient fonction d'externes bénévoles pendant un ou plusieurs mois dans les services et à la consultation. Il y aurait des stagiaires de garde l'après-midi dans les grands hôpitaux.

Ces vœux ont été transmis à M. Coville, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique. D'accord avec lui il a été décidé qu'à la prochaine réunion du Comité la situation des agrégés chefs de travaux serait discutée et modifiée au point de vue du traitement.

FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS D'AGRÉGÉS DE PARIS ET DE PROVINCE. — A la réunion du 9 octobre, le bureau de la Fédération a demandé que les agrégés fussent assimilés à tous les points de vue aux maîtres de conférence des facultés des sciences.

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — La première pierre du Sanatorium des étudiants sera posée le dimanche 26 octobre 1924 à 11 heures du matin à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

La cérémonie sera présidée par M. Honnorat, vice-président du Comité National de défense contre la tuberculose. Auteur de la loi sur les sanatoriums.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE. — Le Congrès annuel de stomatologie aura lieu cette année du 20 au 25 octobre.

La séance d'ouverture se tiendra le lundi 20 octobre à 2 h. 45, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. François Albert, ministre de l'Instruction publique.

Les jours suivants, des démonstrations et opérations auront lieu chaque matin à l'Ecole française de stomatologie et dans les différents services de stomatologie des hôpitaux.

L'après-midi, les communications auront lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

Le banquet du Congrès aura lieu jeudi 23 octobre à l'Hôtel Lutetia.

Enfin, l'Assemblée générale du Syndicat des médecins stomatologistes français se tiendra samedi 25 octobre à 2 heures au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

INFIRMIÈRES DIPLOMÉES. — Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le brevet de capacité professionnelle parmettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 400 infirmières attachées à divers établissements appartenant à l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. (*J. O.*, 15 oct. 1924.)

ÉCRIVONS LISIBLEMENT. — A tort ou à raison les médecins passent pour écrire d'une manière illisible.

Il est certain que beaucoup d'ordonnances sont beaucoup plus difficiles à déchiffrer que les hiéroglyphes les plus compliqués et il faut que les pharmaciens soient des « as » en cryptographie pour arriver à les traduire.

Dans la presse médicale nous éprouvons souvent de véritables difficultés à déchiffrer non seulement les manuscrits, mais même la signature de leurs auteurs, et cela ne va pas sans faire perdre beaucoup de temps à nos rédacteurs et à nos dévoués typos.

Beaucoup de médecins prennent heureusement la bonne habitude de dactylographier leurs lettres ou leurs articles, mais combien signent encore d'une façon illisible au bas d'une feuille magnifiquement dactylographiée?

Le secrétaire général d'un récent Congrès nous faisait remarquer, il y a peu de jours, combien sa tâche est compliquée. En fin de séance des orateurs remettent des résumés de leur communication très lisiblement écrits à la machine, et ils signent en travers d'une façon tout à fait informe.

En dehors des Congrès il arrive fréquemment que des auteurs envoient à des confrères, notamment à l'étranger, des exemplaires dactylographiés de tel ou tel de leurs travaux, leur signature illisible leur fait perdre tout le bénéfice de leur légitime propagande.

Il serait si simple de toujours faire taper à la suite des communications ainsi envoyées non seulement le nom de l'auteur et son adresse, mais aussi l'indication de la Société et la date de la séance à laquelle a eu lieu la communication. Cela se fait couramment en Amérique, mais trop rarement en France.

Est-ce trop demander aux auteurs?

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Lucet (de Paris), Maire-Amero, maire adjoint du VIe arrondissement, à Paris; Etienne Morin (de Paris).

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE (54, rue Saussure, 17e). — M. Rubinstein fera son cours de sérologie appliquée à la clinique du 18 novembre au 18 décembre. Les conférences suivies de travaux pratiques auront lieu les mardis, jeudis et samedis à 14 heures.

Le cours comporte l'étude des réactions en vue du sérodiagnostic de la syphilis (Bordet-Wassermann et ses modifications, procédés de floculation, étude du liquide céphalorachidien), de la tuberculose (antigène de Besredka, antigènes méthyliques), de l'échinococcose, de la gonococcie, etc.

Le nombre des élèves est limité.

Les inscriptions sont reçues tous les jours de 14 à 18 h.

Droit d'inscription : 200 fr.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 20 OCTOBRE AU 25 OCTOBRE 1924)

THÈSES

Vendredi 24 octobre. — Jury : MM. Sebileau, président; Hartmann, Broca (Aug.) et Ombrédanne. — M. DUBOIS (H.). Traitement des adénites cervicales. — M. WEISSMANN (Moïse). Un cas de tuberculose de l'astragale. — M. BOURMOUSSIS (A.). Etude radiologique de deux cas de trodactylie. — M. CORNET (Pierre). Traitement chirurgical des tumeurs malignes. — M. SCHŒNGRUN. L'amygdalectomie subtotale chez l'adulte.

Samedi 25 octobre — Jury : MM. Gilbert, président; Bernard, Cunéo et Mondor. — M. FATOU (E.). L'éventration diaphragmatique. — M. JOANNON (M.). Les bases de la prophylaxie antimorbilleuse. — M. BLANCHAUD (Lucien). Traitement chirurgical de l'encéphalocèle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924 (1)

34. BRIAL. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte.
35. COSTES. — Syndrome de désorientation dans l'espace par lésion du lobe frontal.
36. LE BAIL. — La mortalité des pupilles des Bouches-du-Rhône au cours de leur première année. Ses causes. Ses remèdes.
37. TOUBERT. — Contribution à l'étude de l'héliothérapie. Des résultats obtenus par la cure solaire sur des tuberculeux traités à Palavas.
38. DUNAN. — Contribution à l'étude des kystes congénitaux lymphoïdes de la base du cou.
39. QUILICHINI. — Essai de synthèse des signes musculaires dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.
40. AUGÉ. — Un cas de paragangliome carotidien chez un enfant.
41. VERGIER. — Contribution à l'étude des plicatures du cuir chevelu et en particulier de la pachydermie vorticellée.
42. CHIAPPE. — Recherches cliniques sur la réaction de Daranyi (réaction de floculation). Sa valeur diagnostique et pronostique, notamment dans la tuberculose.
43. LOISEAU. — L'inspection oculistique des écoles communales à Montpellier de 1896 à 1922.
44. GUY. — Contribution à l'étude des fausses coxalgies. L'ostéomyélite atténuée de la hanche.
45. APPIETTO. — Diagnostic de la fièvre méditerranéenne chez l'homme par l'intradermo-réaction de Burnet.
46. STEFANI. — A propos de la grossesse tubaire. De la localisation anté-utérine du produit d'avortement.
47. DACHEUX. — Sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.
48. CAMPIONET. — A propos de deux cas de maladie de Friedreich.
49. PLANCHON. — Contribution à l'étude du syndrome des hallucinations lilliputiennes.
50. AMBIALET. — Essai sur les indications des cures hydrominérales dans les affections chirurgicales des voies urinaires.
51. MILSON. — Quelques aperçus sur la pathogénie de l'épilepsie autotoxique dite essentielle.
52. DECOUX. — Essai sur le rôle du chlorhydrate d'émétine dans le diagnostic des hépatites amibiennes.
53. LAUZE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma adamantin.
54. MARINI. — Contribution à l'étude clinique étiologique et thérapeutique de la fièvre de Malte en Corse.
55. BALOUX. — Les acquisitions modernes sur la bilharziose urinaire.
56. ROURE. — De la stérilisation de l'eau de mer et de l'épuration des huîtres par le chlore.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 83, p. 1366.

REVUE GÉNÉRALE

ACQUISITIONS RÉCENTES

SUR LES

TROUBLES NERVEUX DU MAL DE POTT

Par le docteur Louis ALQUIER.

A la description, depuis vingt ans, classique, des troubles nerveux du mal de Pott, rien d'essentiel n'a été changé, il est donc parfaitement inutile de répéter ce qu'on trouve partout (1). Mais à nos connaissances anciennes, sont venus s'ajouter les résultats de travaux récents, presque tous Français. Ils apportent, surtout en clinique, des précisions que nous allons résumer.

I. Anatomie pathologique. — La condition nécessaire des troubles nerveux est l'irruption, dans le canal rachidien, du tuberculome. Il envahit l'espace épidural et, comme la texture dense des arcs vertébraux postérieurs s'oppose à leur tuberculisation, tout à fait exceptionnelle, l'épidurite tuberculeuse, pratiquement consécutive à la tuberculose des corps vertébraux, se développe au-devant du sac dural, puis sur ses côtés. Renvoyant à l'excellent livre de Lance (2) pour tout ce qui concerne la lésion osseuse, nous résumerons seulement ce qui est facteur de troubles nerveux, en reproduisant les figures qui, représentant mes constatations personnelles, ont servi de démonstration au laboratoire de la Salpêtrière.

L'épidurite tuberculeuse apparaît, d'abord, comme un tissu inflammatoire, lardacé, ramolli ou s'étalant au-devant de la dure-mère, d'ordinaire complètement respectée, souvent même, séparée du tuberculome par un plan de clivage (Ménard). Histologiquement, on trouve les caractères d'une inflammation lente à leucocytes poly et mononucléés, et éléments conjonctifs plus ou moins revenus à l'état mésenchymateux. Les altérations dégénératives ou formatives (cellules plasmatiques, vaisseaux néoformés, tissu fibreux) peuvent renseigner sur le degré de l'évolution inflammatoire, sur l'existence d'une poussée inflammatoire terminale, mais le diagnostic histologique de tuberculose ne peut se faire que par la constatation de cellules géantes ou de nodules

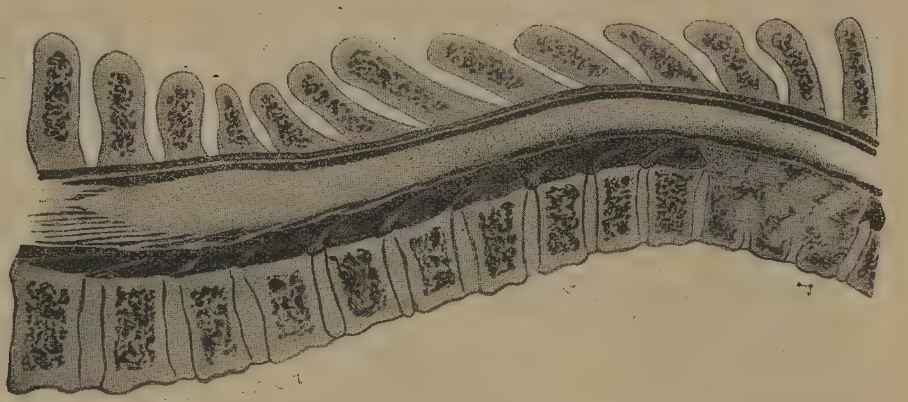


FIG. 1. — Coupe antéropostérieure médiane du rachis des méninges et de la moelle, montre le mode de propagation de la tuberculose des vertèbres dorsales en avant des méninges dans l'espace épidural.

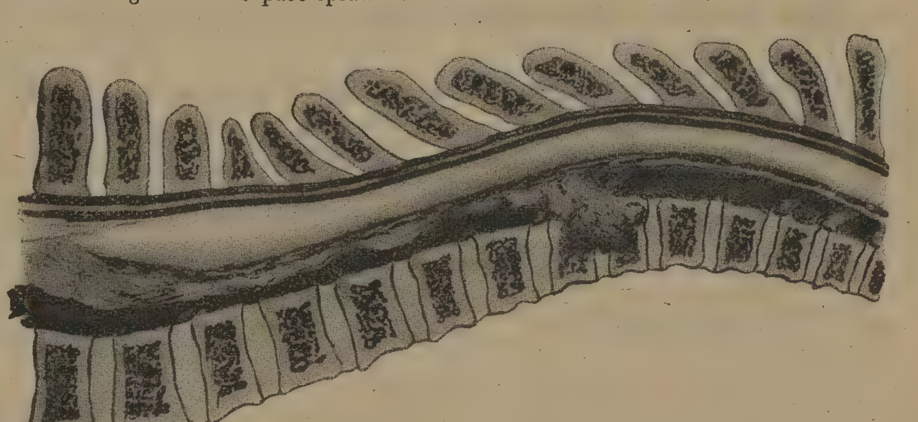


FIG. 2. — Coupe analogue dans un mal de Pott dorso-lombaire, montre l'infiltration des méninges molles en coulée de bougie ; la dure-mère est restée intacte, la propagation n'a pu se faire que le long des racines.

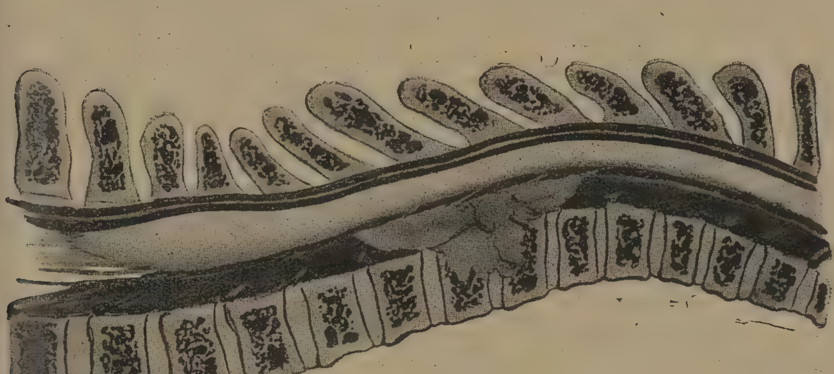


FIG. 3. — Aspect analogue bien que plus limité dans un mal de Pott dorso-lombaire.

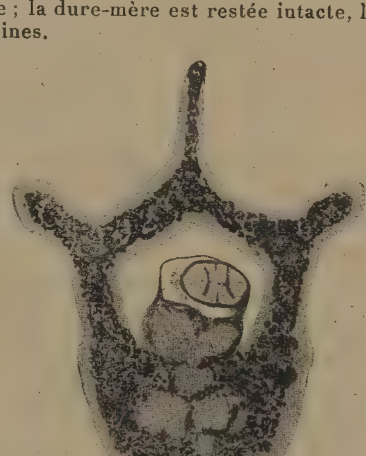


FIG. 4. — La même lésion vue sur une coupe transversale.

(1) Voir, pour détails, mes deux Revues générales. « Mal de Pott sans signes rachidiens », *Gaz des hôpit.*, 19 mai 1906; « Accidents nerveux du mal de Pott chez l'adulte », *Encéphale*, 1907, p. 48-71.

(2) LANCE. *La Tuberculose vertébrale. Mal de Pott.* Un volume de la Collection Apert, Paris 1923, Flammarion.

tuberculeux. Or, on sait combien souvent on les recherche en vain dans des lésions évidemment tuberculeuses, même avec bacilles, colorables sur les coupes histologiques.

L'infiltrat, ainsi constitué, gagne dans tous les sens, même en remontant (ce qui rend très difficile cliniquement le diagnostic du siège de la lésion osseuse, d'après la topographie en hauteur des signes de localisation nerveuse). Mais, la propagation se fait surtout vers le bas, en coulées de bougie, ou vers les trous de conjugaison, dont l'atteinte se traduit par les signes d'irritation radiculaire, avec ensuite altération de la conductibilité nerveuse.

Il est rare que la dure-mère n'oppose pas à l'épidurite une barrière suffisante jusqu'au bout de l'évolution morbide. Quelquefois, cependant, elle se laisse infiltrer, et même, perforer et l'inflammation gagne, directement, les méninges molles.



Fig. 5. — Coupe longitudinale du rachis cervical montrant la propagation du foyer tuberculeux dans l'espace épidural.

Mais, d'ordinaire, celles-ci sont envahies par les trous de conjugaison, le long des racines, la lepto-méningite diffuse bien plus facilement que l'épidurite, elle peut, très rapidement, s'étendre à toute la hauteur de la moelle et aux méninges de la base du crâne.

Ce qui précède paraît admis sans conteste, voici maintenant ce qui fut, ou, reste encore, en partie, matière à discussion.

Comment s'expliquent les troubles nerveux ?

Les troubles radiculaires s'interprètent assez facilement : Il faut peu de chose pour irriter les racines sensitives, et on comprend que de violentes douleurs puissent exister alors même que l'infiltrat des racines en cause est difficile à déceler.

Lorsque des troubles moteurs et sensitifs indiquent nettement l'atteinte d'une racine, on trouve celle-ci envahie par l'infiltrat. Mais, notamment, en présence d'une amyotrophie du membre supérieur à type radiculaire, on peut se trouver embarrassé, pour l'attribuer soit à l'atteinte radiculaire, soit à la lésion des cornes antérieures de la moelle, si souvent associées.

Il y aurait intérêt à reconnaître l'amyotrophie radiculaire qui peut ne pas être définitive.

L'interprétation des troubles médullaires soulève encore bien des discussions. Les cas à lepto-méningite mis à part, l'anatomie pathologique doit résoudre deux problèmes. Le premier consiste à déterminer l'agent de la compression médullaire.

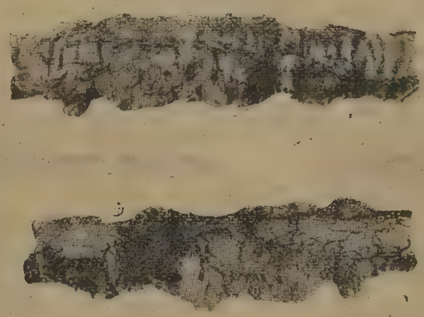


Fig. 7 et 8. — Mêmes lésions que dans la figure précédente.

Or, des gibbosités considérables, et même, très anguleuses, peuvent exister sans le moindre trouble nerveux, la lésion osseuse est, quelquefois chez l'adulte, minime, avec un gros tuberculome épidural, il existe même quelques faits où un examen minutieux du canal rachidien scié en longueur, n'a permis de déceler aucune altération osseuse, avec un gros tuberculome épidural qui alors était manifestement la seule cause possible de compression médullaire. D'autres fois, surtout encore chez l'adulte, on a constaté, avec une fréquence variable suivant les séries d'autopsies, soit des esquilles, soit des portions de corps vertébraux, en saillie dans le canal rachidien. La compression osseuse, évidente dans certains cas, discutable dans d'autres, s'accompagne d'autres facteurs morbides, épidurite, lepto-méningite, etc. qui rendent difficile l'appréciation exacte de son importance. A remarquer qu'il ne s'agit pas, sauf dans quelques cas exceptionnels, d'écrasement de la moelle contre l'arc vertébral postérieur; la moelle, fixée latéralement par ses racines et par le ligament dentelé, ne peut fuir en arrière, et se trouve écrasée et déformée par l'os ou le tuberculome épidural, soit d'avant en arrière, soit latéralement, sans toucher en arrière les arcs vertébraux.

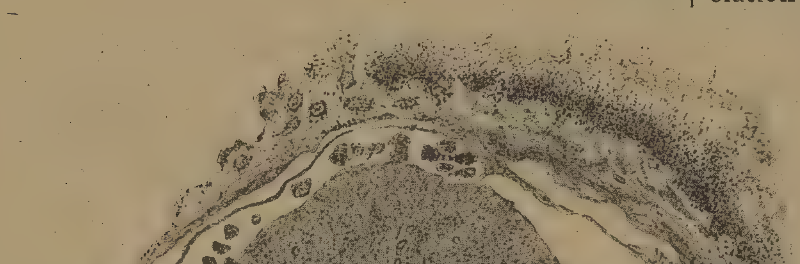


Fig. 6. — Coupe transversale de la moelle et des méninges. Masse de fongosités et de tissu lardacé autour de la dure-mère.

Le second problème à résoudre est l'explication des variations de la paraplégie. La paraplégie peut guérir, alors que la moelle est très réduite de volume, d'autres fois une paraplégie fixe s'explique par des lésions artérielles, ou par la myélomalacie totale, dans laquelle la moelle ne présente plus d'éléments nerveux distincts, sur une étendue variable avec, au-dessus et au-dessous, lésions dégénératives équivalentes à celles d'une section. D'autres fois, enfin, à une paraplégie variable, correspond une moelle sans lésions dégénératives. On trouve alors l'œdème, surtout constaté par les chirurgiens aux opérations, et des dilatations veineuses. Dans

son rapport à la Réunion neurologique de 1923, Ryddoch (1) écrit : « L'ischémie et l'engorgement veineux peuvent exister des mois, sans lésions dégénératives. L'oblitération artérielle est tardive, et donne des lésions dégénératives. Les processus pathologiques affectant la moelle, non-seulement au niveau de la compression, mais depuis le point le plus haut de la compression, jusqu'en bas, ils résultent surtout de l'engorgement des veines et capillaires, par oblitération mécanique des veines longitudinales de la moelle et des méninges par la force compressive. L'œdème joue un rôle insuffisamment démontré. »





Fig. 9 et 10. — Compression osseuse de la moelle, séquestre détaché du corps vertébral et faisant saillie dans le canal rachidien.

Rappelons que : 1° les lésions histologiques attribuées à l'œdème (tuméfaction irrégulière des gaines de myéline et cylindraxes) sont aujourd'hui considérées comme sans valeur, parce qu'existant dans des conditions trop différentes; 2° qu'on n'a pas encore réussi à mettre en évidence les lésions toxiques qu'on est en droit de supposer. A. Thomas (2), ayant dans un cas trouvé de grosses lésions du sympathique, insiste sur l'importance de celles-ci. Elles peuvent chez les pottiques déterminer des douleurs, des troubles viscéraux et altérer le régime circulatoire du névraxe.

II. **Symptomatologie**. — L'attention est d'ordinaire attirée par des douleurs, les unes attribuables à une lésion inflammatoire du rachis (douleur à la pression des apophyses épineuses, aux déplacements latéraux, aux chocs à distance, chute sur les talons, les ischions). Elles incitent à l'examen radiologique, au sujet duquel nous renvoyons au livre de Lance. D'autres douleurs irradient en direction radiculaire plus ou moins nette. Si elles n'ont ni le caractère, ni tout au moins la bande d'hyperesthésie radiculaire, toutes les erreurs de diagnostic sont possibles. En particulier, la lymphangite chronique atténuée, pararachidienne ou des membres, aujourd'hui connue sous le nom de cellulite (3) représentent d'innombrables causes d'erreur, surtout si elles sont liées à une affection vertébrale : l'insuffisance vertébrale par petite infection

(1) Ryddoch. Rapport sur les compressions de la moelle, *Revue neurol.*, juin 1923.

(2) A. Thomas. *Revue neurol.*, 1924, t. I, p. 342.

(3) L. Alquier. Art. cellulite du *Traité de médecine* Sergent, Babonneix, Ribadeau-Dumas, 2e édition, t. VI, Maloine 1924.

avec troubles ostéo-articulaires rachidiens (1), l'arthrite vertébrale chronique avec signes pyramidaux récemment étudiée par Barré et Gunsett, le cas de pseudo-Pott par spina bifida de Lance, etc.

Plus tard, la radiculite, plus intense, engendre des syndromes radiculaires caractérisés par une bande d'hyper ou hypoesthésie à topographie radiculaire, avec possibilité d'une amyotrophie à caractère également radiculaire. Ces signes, localisés dans le domaine du plexus brachial, indiquent une lésion assez profonde, qui n'existe guère sans, au moins, une légère paraplégie de la partie sous-jacente du corps ; j'ai publié un cas de syndrome syringomyéliforme, quelques autres cas ont été relatés par divers auteurs. Il s'agit, en général, de lésions radiculo-médullaires, assez profondes pour atteindre les parties centrales de la moelle.

Le mal de Pott lombo-sacré peut ne se traduire que par les signes d'une lésion de la queue de cheval ou du cône terminal, de diagnostic, parfois fort difficile. Heureusement, ces faits sont rares en pratique courante.

Dans son Rapport sur les compressions de la moelle, Ch. Foix (2) donne, des divers types de la myélite pottique, une vue d'ensemble que nous pouvons résumer ainsi. Dans les cas typiques, le début de la paraplégie pottique est progressif, et précédé par une longue période de phénomènes douloureux radiculaires. Mais, très souvent, les événements se précipitent : la paraplégie se constitue en quelques semaines, parfois, brusquement, l'attaque de paraplégie n'est pas rare au cours du mal de Pott. Une fois constituée, la paraplégie pottique se présente sous des aspects cliniques fort variables, parmi lesquels il faut, tout d'abord, distinguer des formes légères et des formes graves. Dans les formes légères, parfois, le malade ignore sa paraplégie, il se plaint de douleurs radiculaires, il a remarqué une gibbosité, et c'est à peine s'il avoue une certaine fatigue des membres inférieurs. L'examen clinique montre, cependant, l'existence d'une para-parésie avec phénomènes spasmodiques et signe de Babinski, cette forme est éminemment curable. D'autres fois, les troubles, plus accentués, consistent en troubles moteurs modérés et troubles sensitifs légers, mal délimitables. Ces formes légères présentent parfois des intermittences, ou mieux, des récidives. Les formes plus graves, quoique, souvent curables, sont :

1° Paraplégie spasmodique avec troubles des réservoirs, et automatisme, contracture modérée, douleurs radiculaires, troubles sensitifs marqués. Mais, à limite supérieure variant au cours d'un même examen, ce qui est un signe de bénignité relative. Une fixité plus grande de la limite supérieure, se rapprochant de ce qu'on trouve en cas de tumeur médullaire, indique des lésions plus graves. La curabilité, est la règle chez l'enfant, l'exception chez l'adulte.

2° Paraplégie flasque avec signes pyramidaux, soit, comme début, après l'attaque de paraplégie, à laquelle fera place, après quelques semaines, la paraplégie en flexion, soit, paraplégie flasque définitive, avec automatisme, troubles des réservoirs, troubles sensitifs marqués, contracture nulle, signe de Babinski, réflexes d'automatisme, clonus modéré réflexes rotuliens variables. Cette dernière variété

(3) V. Rœderer et Lance. Insuffisance vertébrale, in *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1923, p. 116.

(2) Foix. *Revue neurol.*, 1923, t. I, p. 617.

est grave, et comporte l'atteinte étendue de la moelle et la non-intégrité du segment sous-lésionnel.

3° Paraplégie hyperspasmodique, rare, par compression localisée par tubercule ou abcès avec intégrité relative du segment inférieur. Si la pachyméningite n'est pas trop étendue, on peut trouver une limite supérieure fixe des troubles sensitifs, et l'aspect clinique devient celui d'une tumeur.

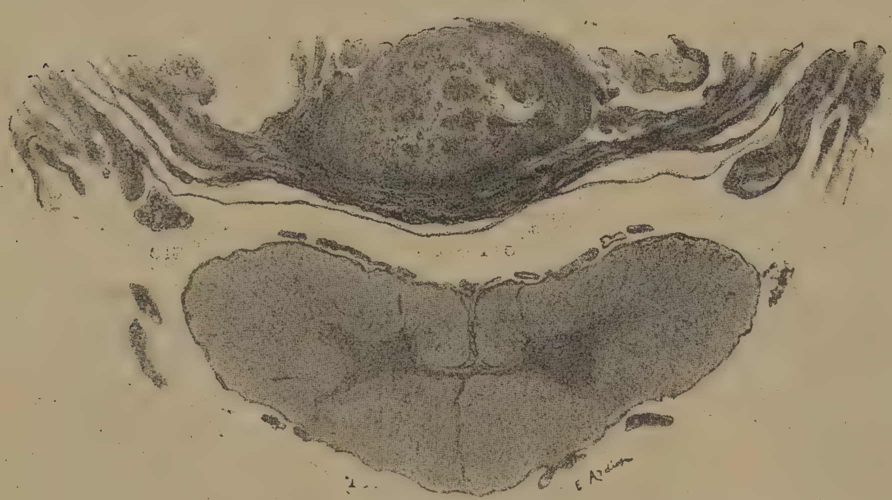


FIG. 11. — Coupe transversale de la moelle cervicale; elle est élongée dans ses racines, très élargie sur les côtés, avec une véritable dislocation de la substance grise.

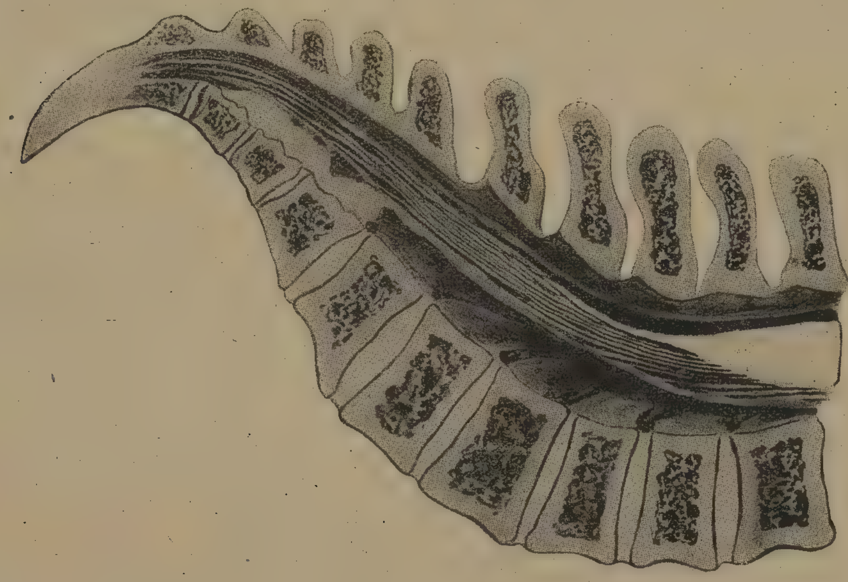


FIG. 12. — Coupe longitudinale de la région lombo-sacrée montrant la compression de la queue de cheval par un amas de fongosités tuberculeuses.

4° Paraplégie spasmodique en flexion : c'est l'aboutissant de la précédente, et des formes spasmodiques avec automatisme très développé. Les douleurs peuvent être intenses. Pronostic grave, avec possibilité d'une certaine amélioration.

Le Brown-Séquard est rare, la dissociation syringomyélique des troubles sensitifs non exceptionnelle.

Au point de vue de l'évolution, il faut distinguer des formes transitoires, ne durant que quelques semaines, et récidivantes attribuables à l'œdème, aisément curables par le repos. M. et Mme Sorel-Dejerine (1) distingue, surtout deux formes : précoce et curable, d'une part, de l'autre, forme tardive et persistante, qui lui semblent répondre à deux types anatomiques, abcès intra-rachidien et pachyméningite. Certaines paraplégies, rares, sont presque complètes d'emblée et ne rétrocèdent pas, elles seraient dues à l'abcès avec, peut-être, envahissement de la dure-mère au contact de l'abcès.

(1) Mme SOREL-DEJERINE. *Revue neurol.*, 1924, t. I, p. 401.

III. Recherches de laboratoire pour aider au diagnostic. — 1° EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Son étude ne peut trouver place ici; renvoyant au livre de Lance, nous insisterons seulement sur ce fait, indiqué par les neurologistes, et moins bien connu des chirurgiens, que, si la lésion osseuse et les signes radiologiques sont, d'ordinaire, nets chez l'enfant, chez l'adulte il est des cas où la radiologie est absolument négative. Ceci se comprend puisque la lésion osseuse peut être impossible à déceler, et que son absence a été admise, dans quelques cas de tuberculome épidural considéré comme primitif. D'autres fois, et j'en ai rapporté des exemples, la lésion osseuse est évidente, mais non décelable radiologiquement. M. Cl. Vincent (1) a observé des adultes et vieillards chez lesquels l'examen radiologique, négatif au premier examen, ne devint positif que six à huit mois plus tard; chez un vieillard, atteint d'un mal de Pott cliniquement latent, la radiographie ne put déceler une cavité grosse comme une noisette dans le corps de la IIIe dorsale. M. et Mme Sorel-Dejerine (2) apportent une pièce anatomique où, même sur le rachis débarrassé des parties molles, une cavité de 1 centimètre de profondeur reste invisible aux rayons X. Même invisibilité radiologique d'un double foyer dorsolombaire avec destruction d'un disque intervétébral chez un enfant de douze-treize ans.

2° INJECTION DE LIPIODOL DANS LA CAVITÉ RACHIDIENNE AVEC CONTRÔLE RADIOSCOPIQUE. — Cet important moyen de diagnostic est dû à MM. Sicard, Forestier et Laplane (3). Il consiste en injection de un à un 1/2 centimètre cube de lipiodol dans la cavité arachnoïdienne, au-dessus du siège présumé de la compression, l'examen radioscopique pratiqué aussitôt, permet de suivre la descente du lipiodol et son arrêt s'il y a cloisonnement de la cavité. Le libre passage indique l'absence de compression, l'arrêt indique seulement un obstacle, et M. Sicard s'élève avec raison contre toute interprétation plus précise : par exemple, dans un cas de M. Babinski, l'arrêt en dôme du lipiodol coïncidait avec l'existence d'une tumeur, mais, il ne

(1) Cl. VINCENT. *Soc. de neurol.*, fév. 1924.
(2) M. et Mme SOREL-DEJERINE. *Revue neurol.*, 1924, p. 323.
(3) SICARD. *Revue neurol.*, janv. 1924. — LAPLANE. *Th. de Paris*, 1924.

faudrait pas trop compter sur cette particularité. Avec un outillage radiologique spécial, on peut obtenir un transit lipiodolé à rebours, c'est-à-dire faire l'injection dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien inférieur et, le malade étant placé en position déclive, observer la chute du lipiodol de bas en haut, c'est-à-dire de la région sacrée vers la région cervicale.



Fig. 13. — Coupes transversales de la moelle; en *B*, myélite transverse correspondant au point comprimé; en *A*, au-dessus de la lésion, dégénération ascendante du cordon postérieur; en *C*, au-dessous de la myélite, dégénération descendante du faisceau pyramidal.

Ponction lombaire. — On sait que, dans les compressions médullaires, il y a dissociation albumino-cytologiqne du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire, hyperalbuminose, sans leucocytes. La présence d'hémoglobine donne la xantochromie (syndrome de Frouin). Mais, ces modifications ne sont pas propres aux compressions médullaires, elles s'observent notamment dans certaines myélomalacies. Les différences de composition entre le liquide retiré au-dessus de la compression, et celui retiré au-dessous, peut tenir simplement (Foix) à la concentration de l'albumine, au point déclive, de la cavité.

IV. **Diagnostic.** — Il n'est facile que si l'on trouve, réunis, les signes d'une compression des racines ou de la moelle, et ceux du mal de Pott. Sans revenir sur les multiples erreurs causées par les douleurs et la contracture du début, rappelons le fait signalé par MM. Mozer et Parturier (1) des crises de douleurs lombaires avec contracture, firent porter le diagnostic du mal de Pott. Au bout de deux ans survint, au flanc droit une tuméfaction qui, prise pour un abcès froid, fut ensuite reconnue comme un cholécyste dont le traitement fit disparaître tous les signes.

MM. Clovis Vincent et Chavanay (2) estiment que, dans certains cas, les caractères cliniques de la rigidité rachidienne peuvent aider au diagnostic entre mal de Pott et tumeur intrarachidienne, dans le second cas, elle serait étendue à une certaine longueur du rachis, pas absolue dans les mouvements, celle du mal de Pott est localisée au segment malade, ne permet aucun mouvement et le doigt ne peut s'insinuer entre les lames vertébrales.

Dans sa thèse, M. Laplane décrit, à la suite de M. Sicard, une forme pseudo-pottique des tumeurs intrarachidiennes, à la période préparaplégique.

Cette forme est caractérisée par : 1° Des douleurs d'origine radiculaire ou cordonale, auxquelles s'ajoute une rachialgie localisée qui donne au syndrome douloureux une allure spéciale; 2° une contracture des muscles paravertébraux absolue ou relative, habituellement limitée à la région douloureuse. Dans certains cas, un syndrome méningé de douleurs et de contractures diffuses d'hyperesthésie musculaire, peut s'adjoindre aux signes précédents ; 3° des modifications importantes du liquide céphalo-rachidien habituelles au blocage de l'espace sous-arachnoïdien.

Une réserve est peut-être à faire sur la précocité du syndrome humoral dans les tumeurs cervicales; 4° l'arrêt du lipiodol avec forme, le plus souvent, caractéristique de l'image; 5° les signes neurologiques objectifs sont tardifs, surtout dans les tumeurs de la queue de cheval. Si l'examen clinique laisse l'incertitude, il faut passer aux épreuves de laboratoire.

Examen radiologique. — Il faut des épreuves parfaitement centrées sur le point à étudier, et multiplier les examens, de face et de profil, le malade couché ou debout. M. et Mme Sorel (1) insistent sur le fuseau paravertébral que peut donner, sur les épreuves de face, un abcès par congestion antéro-latérale.

MM. Sicard, Hagueneau et Coste (2) donnent, entre les signes radiologiques du mal de Pott et du cancer métastatique vertébral, les signes différentiels suivants : Le cancer, laissant intacts les disques intervertébraux, par lesquels commence la lésion pottique, s'attaque aux corps vertébraux qu'il rend transparents et amincit, d'abord en coin, puis en galette, la diminution de hauteur étant des plus nettes en position verticale. La déformation des trous de conjugaison explique l'étranglement de leur contenu. Ces renseignements, dit l'auteur, priment ici l'étude du transit lipiodolé et celle du liquide céphalo-rachidien, puisque, dans les six premiers mois, le cancer ne donne qu'à peine albuminose.

Interprétation de l'épreuve du lipiodol : Des indications fournies par M. Sicard, retenons ce qui suit : L'injection peut réveiller des douleurs, surtout en cas de compression médullaire, et si on injecte plus d'un centimètre et demi. La descente peut être retardée chez les alités, elle est ralentie dans la région dorsale supérieure, aussi doit-on, si nécessaire, répéter l'exploration radiologique plusieurs jours de suite, et ne considérer l'arrêt du lipiodol comme définitif que s'il persiste trois jours au moins.

L'existence de plaques calcaires méningées donne des taches lipiodolées qu'il faut connaître. Enfin, pour que la chute du lipiodol s'amorce bien, il faut que l'injection se fasse dans une partie large de la cavité sous-arachnoïdienne, distendue au maximum. Donc, ne pas la faire précéder de ponction lombaire évacuatrice. De plus, le sujet doit, immédiatement après, rester plusieurs heures dans la position verticale. M. et Mme Sorel (3) ont étudié le transit lipiodolé dans les diverses formes de paraplégie pottique. Ils distinguent deux formes principales : celle par abcès épidural, donnant une paraplégie précoce, guérissant en quelques mois, sans séquelles, après guérison, le transit lipiodolé redevient normal. Une seconde forme est due à la pachyméningite, les accidents, plus lents se développent en plusieurs mois, avec rémissions, sont plus progressifs, guérissent mal, avec importantes séquelles, le transit lipiodolé reste troublé même alors. Enfin, plus rarement, on assiste à une paraplégie transitoire, que les auteurs attribuent, sans

(1) Mozer et Parturier. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 mars 1924.
(2) Cl. Vincent et Chavanay. *Revue neurol.*, 1924, t. I, p. 692.

(1) M. et Mme Sorel. *Revue neurol.*, 1924, t. I, p. 323.
(2) Sicard, Hagueneau, Coste. *Revue neurol.*, 1924, t. I, p. 72.
(3) M. et Mme Sorel. *Revue neurol.*, 1924, t. J II, p. 88.

vérification anatomique, aux troubles vasculaires, à l'œdème, ici, le transit lipiodolé redevient normal après guérison clinique. Les faits de compression osseuse, qu'ils croient rares, sont à part; notons que, dans les gibbosités considérables, sans troubles nerveux, le lipiodol peut accrocher au niveau de la déformation osseuse, et ne descendre que lentement, difficilement.

V. Traitement. — L'amélioration du décubitus est telle qu'on en tient le plus grand compte pour le diagnostic des cas embarrassants. Quelques auteurs cherchent encore à remplacer, chez l'adulte, l'immobilisation par les méthodes américaines d'anxylose surtout par le procédé d'Albee (Estor, IVe Congrès d'orthopédie, 6 oct. 1922).

M. Calvé a obtenu quelques succès par sa méthode (ponction à l'aide d'un trocart spécial, de l'abcès épidural à travers le trou de conjugaison). On lui préfère, en général, la costo-transversectomie de Ménard, qui donne une voie d'accès plus large, et assurerait une évacuation meilleure. Enfin, puisque la photothérapie locale peut aider à la résorption d'abcès froids, peut-être y a-t-il lieu de l'essayer dans les accidents nerveux du mal de Pott. On trouvera les détails techniques de l'immobilisation dans les ouvrages de Lance et de Rœderer (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1924)

Greffes ovariennes et ovulaires. — M. Tuffier. Ces greffes sont de deux sortes : 1° *greffe proprement dite*, comprenant la translation de l'ovaire libre, sans pédicule vasculaire dans l'utérus ou dans un point quelconque de l'organisme; 2° *transposition* de la glande restant en communication avec son pédicule vasculaire et nerveux.

Les greffes simples ont une influence heureuse sur l'état général, la menstruation se rétablit en trois à cinq mois et persiste cinq à six ans. Elles peuvent être suivies de grossesses.

C'est au second procédé qu'a eu recours M. Tuffier. Il a pratiqué 35 transpositions de juillet 22 à juillet 24. Il estime que c'est une opération logique et utile. L'ovaire se nourrit parfaitement par son pédicule, la fécondation est possible, l'accouchement peut se produire normalement, 15 grossesses et 10 accouchements normaux ont été observés.

Dans tous les cas l'opération est utile, dit M. Tuffier, puisque l'ovaire vit et fonctionne de suite et que la menstruation n'est le plus souvent troublée ni dans son rythme ni dans sa durée et que la femme échappe ainsi aux accidents de la ménopause.

Cette communication soulève une petite discussion, MM. Bar et Wallich font quelques réserves sur les indications des greffes.

La responsabilité lointaine de la syphilis en pathologie nasale. — M. Jacques. A côté des lésions nécrosantes il existe dans l'appareil nasopharyngien des lésions d'origine trophique qui doivent se rattacher à la syphilis et non à une syphilis en activité, mais à une lésion lointaine souvent d'origine héréditaire. Dans ces conditions les réactions sérologiques et les anamnèses ordinaires sont en défaut. On ne peut établir le diagnostic que par la constatation réitérée de tous les petits signes d'hérédo-syphilis.

(1) Rœderer. *Traitement du mal de Pott*, 1 broch. 76 pages, « Petite collection orthopédique », Paris, 1922, Maloine.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET PORTANT RÉORGANISATION DES ÉTUDES EN VUE DU DOCTORAT EN MÉDECINE

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu les décrets et arrêté des 31 mai et 22 juillet 1902, relatifs au baccalauréat de l'enseignement secondaire;

Vu les décrets et arrêtés des 31 juillet et 31 décembre 1893 et l'arrêté du 20 février 1907, relatifs au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Vu les lois des 30 novembre 1892, 27 février 1880, 18 mars 1880 et 10 juillet 1896;

Vu les décrets des 21 juillet 1897 et 31 juillet 1920;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

DURÉE DES ÉTUDES. — CONDITIONS DE GRADES INSCRIPTIONS. — LIVRET INDIVIDUEL

Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non comprise l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Pendant les cinq années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

A l'expiration de chacune des cinq années d'études, les étudiants sont tenus de satisfaire à un examen pour être autorisés à continuer leurs études.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

La première inscription de l'année scolaire doit être délivrée au plus tard le 15 novembre de chaque année, sauf dans les cas prévus au paragraphe 2 de l'article 9 du décret du 21 juillet 1897.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives qne dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, modifié par le décret du 8 juillet 1914, et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret individuel au nom de chaque étudiant, dans les conditions prévues au décret du 31 juillet 1920.

Le livret, tenu à jour par les soins de l'administration de l'établissement où l'étudiant est inscrit, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens.

TITRE II

ENSEIGNEMENT

Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend :

1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine;

2° Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique;

3° L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programmes d'enseignement.

Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la faculté. Le doyen présente sous une forme sommaire un rapport d'ensemble au recteur sur l'organisation de

l'enseignement et ses programmes pendant la nouvelle année scolaire.

ART. 7. — Le doyen ou le directeur est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut, à cet égard, se faire aider par la commission scolaire.

ART. 8. — Dans chaque faculté ou école, il est fait, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

L'enseignement théorique, pratique et clinique est réparti entre les cinq années d'études, conformément aux indications du tableau ci-après :

RÉPARTITION DES ENSEIGNEMENTS

ANNÉES	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE	ENSEIGNEMENT CLINIQUE
1re année..	Embryologie.	Anatomie. Histologie.	Sémiologie appliquée dans les services généraux de médecine ou de chirurgie.
2e année...	»	Physiologie (cours, démonstrations ou travaux pratiques). Physique médicale. Chimie médicale (y compris la chimie pathologique). Bactériologie.	Stages de médecine générale et chirurgie générale.
3e année...	Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale.	Anatomie pathologique. Obstétrique. Médecine expérimentale (cours et démonstrations). Eléments de parasitologie.	3e, 4e et 5e années. Stages de médecine générale et chirurgie générale. Stage d'accouchement (3 mois) et stages de spécialités. Ophtalmologie. Oto-rhino-laryngologie Maladies cutanées et syphilitiques; psychiatrie; maladies contagieuses Clinique de médecine infantile (2 mois).
4e année...	Pathologie chirurgicale. Pathologie médicale. Pathologie générale.	Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	
5e année...	»	Hygiène (avec démonstrations). Médecine légale (y compris la déontologie). Thérapeutique (y compris l'hydrologie), pharmacologie. (Cet enseignement peut aussi être donné au cours du semestre d'été de la 4e année.)	

Enseignement technique (travaux pratiques). — ART. 9. — Les exercices pratiques sont répartis ainsi qu'il est indiqué au tableau ci-dessus.

Chaque période d'exercices pratiques donne lieu, pour chaque étudiant, à l'attribution de deux notes inscrites au livret individuel, l'une pour le travail, l'autre portant sur une interrogation subie devant le chef des travaux à la fin de chaque période d'exercices pratiques.

L'échelle des notes est la suivante :

Très bien. — Bien. — Assez bien. — Passable. — Mal.

L'enseignement pratique de la médecine expérimentale et de la physiologie comprend des démonstrations au cours desquelles les étudiants, réunis par petits groupes, peuvent suivre les opérations exécutées par le professeur et ses aides.

Enseignement clinique. — ART. 10. — L'enseignement clinique, tel qu'il est indiqué au tableau ci-dessus, comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de la sémiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de première année ;

2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale ;

3° Les enseignements cliniques de spécialité : dermatologie et syphiligraphie, psychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, clinique médicale infantile, maladies contagieuses. Les stages afférents à ces enseignements sont de deux mois. Ils sont effectués au cours des trois dernières années d'études. Durant ces mêmes années et dans le temps laissé libre par les stages de spécialités sont accomplis, en outre, au moins un semestre de stage de médecine générale et au moins un semestre de chirurgie générale qui s'ajoutent, pour ces deux ordres d'enseignement, aux stages accomplis en deuxième année.

ART. 11. — Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études.

Il doit être accompli au siège de la faculté ou école pendant les quatre premières années.

Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant, en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.

ART. 12. — Chaque année, la période de stage est de neuf mois. En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances, sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

ART. 13. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'administration générale de l'Assistance publique, est tenu pour équivalent du stage de médecine ou de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque faculté ou école.

Des facilités seront accordées aux internes et externes des hôpitaux pour l'accomplissement du stage obstétrical et des stages spéciaux.

ART. 14. — Les stagiaires de première année sont groupés dans les services qui leur sont réservés.

Sous réserve d'une entente entre la faculté ou école et l'administration de l'Assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, obligatoirement, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital dans la mesure et avec les moyens propres à chaque faculté.

ART. 15. — Au cours de chaque période de stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.

A la fin de chaque période de stage, il lui est délivré un certificat comprenant une note d'assiduité et une note de travail. Tout étudiant ne justifiant pas de l'assiduité aux stages et aux travaux pratiques ne peut être autorisé à prendre l'inscription trimestrielle.

TITRE III

DES EXAMENS

ART. 16. — Les examens qui déterminent la collation du grade de docteur en médecine sont de deux sortes :

1° Cinq examens de fin d'année;

3° Trois examens de clinique, comportant trois épreuves distinctes de clinique médicale, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Examens de fin d'année.

ART. 17. — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées, conformément au tableau inséré à l'article 8. Ils comprennent des épreuves pratiques et des épreuves orales réparties comme ci-dessous :

EXAMENS	ÉPREUVES PRATIQUES	ÉPREUVES ORALES
1er examen de fin d'année...	Anatomie. Histologie.	Anatomie. Histologie et embryologie.
2e examen de fin d'année....	Physique médicale. Chimie médicale (avec une épreuve de chimie pathologique). Bactériologie.	Physiologie. Physique. Chimie. Bactériologie.
3e examen de fin d'année....	Anatomie pathologique. Eléments de parasitologie	Anatomie pathologique. Médecine expérimentale. Parasitologie.
4e examen de fin d'année....	1re partie. — Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	Pathologie chirurgicale. Accouchements. Pathologie médicale.
	2e partie..	Pathologie générale.
5e examen de fin d'année....	Pharmacologie.	Hygiène. Médecine légale et déontologie. Thérapeutique et hydrologie. Pharmacologie.

Dispositions générales.

Art. 18. — La première session d'examens a lieu en juin-juillet de chaque année; la deuxième en octobre-novembre.

Les dates des examens sont fixées par le doyen ou le directeur.

Sauf pour les examens de clinique, aucun examen individuel ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 19. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen ou du directeur, après avis de la commission scolaire, subir l'examen correspondant à son année d'études à la première session de juin-juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre-novembre les candidats ajournés à la première session ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 20. — Les jurys des examens de fin d'année comprennent chacun trois ou quatre membres.

Leur composition est fixée par le doyen ou le directeur en tenant compte des compétences spéciales.

Peuvent en faire partie les professeurs titulaires, les professeurs sans chaire, les agrégés en exercice, les agrégés libres, les chargés de cours et, dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les suppléants en exercice et les anciens suppléants pourvus du grade de docteur en médecine.

Art. 21. — Pour les épreuves pratiques et orales, le nombre de candidats à admettre par série sera réglé par le doyen ou le directeur, sur l'avis des professeurs intéressés.

Art. 22. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble du programme de l'enseignement correspondant.

L'examen est public.

L'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury complet.

Les épreuves orales donnent lieu, pour chaque matière, à une note variant de 0 à 10 qui se combine, s'il y a lieu, avec celle de l'épreuve pratique correspondante.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement ou des travaux pratiques. Il est attribué à chaque candidat une note variant de 0 à 10. L'ensemble de ces notes est soumis à l'approbation du jury d'examen de fin d'année.

Tout candidat n'ayant pas obtenu, dans un examen, au moins 5 points pour une matière, est ajourné, pour cette matière, à la session d'octobre-novembre. Il est renvoyé à la session de juillet suivant en cas de nouvel échec.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre du cinquième examen de fin d'année, n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session de juin-juillet suivant; le bénéfice des autres épreuves reste acquis.

Dispositions spéciales aux examens de clinique.

Art. 23. — Les jurys des examens de clinique sont composés de trois juges appartenant à l'enseignement de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique. L'un des juges peut être choisi parmi les représentants des cliniques spéciales.

Le professeur de gynécologie et d'hygiène de la première enfance peut faire partie du jury de l'épreuve de clinique obstétricale.

Peuvent faire partie des jurys des examens de clinique les chargés de cours de clinique annexe désignés dans les conditions prévues au décret du 26 janvier 1909.

Art. 24. — Les examens de clinique ne peuvent être subis qu'après validation de tous les stages obligatoires et après accomplissement de la scolarité.

Chaque examen est subi dans l'ordre choisi par le candidat.

Pour la clinique chirurgicale et pour la clinique médicale, chaque série comprend, au maximum, quatre candidats.

Pour la clinique obstétricale, chaque série comprend six candidats au maximum.

Chacun des trois examens de clinique comprend :

1° Un stage dans les services de clinique de la faculté ou dans les services hospitaliers désignés à cet effet;

2° Un examen récapitulatif.

Le stage est de un jour dans le service d'au moins deux juges.

Au cours de chacun de ces stages, le candidat est tenu d'examiner, sous la surveillance du juge, un malade pendant un quart d'heure. Le malade est désigné par le juge. Ensuite, le candidat est enfermé dans un local spécial. Il lui est accordé une demi-heure pour la rédaction de l'observation relative à ce malade.

Chacune de ces observations est mise sous une enveloppe contresignée par le juge et le candidat.

Les observations servent de base à l'examen récapitulatif.

A l'occasion des visites, le juge peut, en outre, interroger le candidat et lui faire examiner d'autres malades, exécuter toute manœuvre clinique (application d'appareils, de pansements, etc.), exécuter toutes recherches de laboratoire jugées opportunes.

Il est constitué, par chaque juge, un dossier qui est soumis à l'approbation du jury réuni pour l'examen récapitulatif.

L'examen récapitulatif a lieu au siège de la faculté ou école; il porte sur la lecture des observations, les interrogations au sujet des malades examinés et sur les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance les salles où il aura à subir les épreuves cliniques.

Tout candidat ajourné à un des examens de clinique ne peut s'y représenter qu'après avoir accompli un nouveau stage d'une durée de trois mois, ou de deux mois, suivant le cas.

Les notes sont attribuées après délibération du jury.

Art. 25. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de clinique et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Le sujet de la thèse doit être déposé au secrétariat de la faculté, par le candidat, deux mois avant l'époque de sa présentation, avec approbation du sujet par le futur président de la thèse. Elle consiste en un mémoire de longueur quelconque, rédigé en français. La thèse est admise ou refusée. Il peut être attribué la mention honorable ou la mention très honorable. Les thèses ayant été l'objet de la mention très honorable peuvent concourir pour un prix ou une récompense spéciale.

La thèse se passe à une époque quelconque de l'année; le jury comporte quatre juges.

Art. 26. — Les quatrième et cinquième examens de fin d'année, les examens de clinique et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

ART. 27. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent, devant ces écoles, les examens correspondant aux trois premières années d'études.

Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent, devant ces écoles, les examens correspondant aux deux premières années d'études.

ART. 28. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examens sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur le résultat des examens.

ART. 29. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

ART. 30. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret.

ART. 31. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Rambouillet, le 10 septembre 1924.

GASTON DOUMERGUE.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
FRANÇOIS-ALBERT.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DENTISTE. EXPLOITATION COMMERCIALE

AGENCE. GÉRANTS

La profession de dentiste, exercée normalement, est une profession libérale et non commerciale. Mais si le dentiste transforme sa profession en une véritable exploitation, la situation est modifiée; et en ce cas le dentiste devient un véritable commerçant, et comme tel sujet à la faillite. On peut en dire autant du médecin qui transformerait sa profession en une exploitation commerciale.

La Cour d'appel de Paris a eu à examiner la question et a donné une solution, dans le sens indiqué, par son arrêt du 10 mai 1924.

Un dentiste avait été déclaré en état de faillite par le Tribunal de Commerce; devant la Cour, il soutenait que c'était à tort que les premiers juges en avaient ainsi décidé, la profession de dentiste étant essentiellement libérale. Mais les circonstances de fait étaient telles que la Cour a dû maintenir la décision des premiers juges :

« Considérant que s'il n'est pas démontré que X... se livrait habituellement à la vente au public de produits pour les soins de la bouche, il résulte des documents et des débats que X... avait installé à Paris plusieurs cabinets dentaires à la tête desquels il avait placé des gérants ne possédant pas toujours les diplômes indispensables à l'exercice de l'art dentaire;

Considérant que si le dentiste qui exerce exclusivement son art ne peut être considéré comme un commerçant, il en est autrement lorsqu'il sort des limites de sa profession pour organiser en différents endroits des agences où il n'exerce pas lui-même et où il place des gérants sur lesquels il prélève une part de bénéfices; que tel est le cas de X... ;

Considérant que X... avait, le 6 décembre 1919, formé avec O..., artiste lyrique, un contrat d'association en participation pour l'exploitation d'un de ses cabinets et le partage des bénéfices; qu'aux termes de cet acte O... versait à X... 150.000 fr. « pour les besoins de l'exploitation commerciale », avec cette clause que les bénéfices appartiendraient pour 2/3 à X... et 1/3 à O... ;

Considérant que la nature commerciale de l'exploitation résulte de nombreux nantissements que X... a consenti sur l'un de ses cabinets dentaires, nantissements régulièrement inscrits au Tribunal de Commerce;

Considérant que le caractère commercial de l'exploitation résulte encore des nombreuses traites tirées par X... et acceptées par lui, notamment pour frais d'affiches et de publicité lumineuse. »

Il est bien évident que toutes les circonstances de fait relevées par la Cour ne permettaient aucun doute sur le caractère commercial de l'entreprise organisée par le dentiste; s'étant conduit comme un commerçant, il ne pouvait échapper aux obligations imposées aux commerçants par la loi; l'une d'elles est que, cessant ses paiements, il devait être déclaré en état de faillite. La décision de la Cour d'appel est donc justifiée en fait dans l'espèce qui lui était soumise.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hypertension artérielle (1), par Camille LIAN et André FINOT.

Après l'ouvrage maintenant classique de Gallavardin, après l'article magistral du professeur Vaquez dans le *Traité de médecine et de thérapeutique*, il fallait quelque hardiesse pour exposer à nouveau dans son entier la question de l'hypertension artérielle. MM. C. Lian et A. Finot n'ont pourtant pas reculé devant cette entreprise et c'est justice de dire qu'ils y ont pleinement réussi. La première qualité de leur livre est qu'il est d'une lecture extrêmement facile; l'intérêt ne fléchit pas un instant et c'est sans aucun effort qu'on suit la pensée des auteurs jusque dans les détails les plus minutieux de la technique et dans les problèmes les plus ardus de la physiologie pathologique.

Ils ont eu ce talent, qui appartient seul à ceux qui sont doués de véritables qualités didactiques, de se mettre à la portée de tous et d'écrire aussi bien pour les débutants que pour les cliniciens expérimentés. Les premiers peuvent acquérir facilement, dans ce petit livre, l'ensemble des connaissances que nous possédons actuellement sur l'hypertension artérielle. Les seconds y trouveront la coordination des faits qu'ils observent chaque jour et une orientation vers des investigations nouvelles.

Historique, physiologie normale et pathologique, procédés d'exploration, séméiologie, formes cliniques, complications, étiologie, anatomie pathologique, thérapeutique, rien n'a été laissé dans l'ombre.

Mais la sélection a été faite si ingénieusement entre ce qui est certain, essentiel, et ce qui est douteux ou accessoire, que nulle part on ne se trouve rebuté par des longueurs inutiles. Malgré cela les auteurs ont su éviter tout dogmatisme et n'ont pas craint de faire toucher du doigt les points où règne l'incertitude et qui réclament encore des recherches.

Il faut donc féliciter MM. Lian et Finot de l'effort couronné de succès qu'ils ont accompli et du service qu'ils ont rendu en publiant dans une forme si claire et si attrayante un volume qui mérite d'être mis entre les mains de tous.

A. LEMIERRE.

Au village pendant la guerre. Sentiments, idées et caractères par un médecin de campagne (2), par le docteur Louis ANTOINE.

Parmi les nombreux livres écrits sur la guerre, il convient de faire une place à part à ces notes d'un médecin de campagne sur la vie dans un village du centre de la France pendant la grande guerre. Ces notes, écrites au jour le jour avec simplicité, mais dans un style alerte et avec esprit, montrent que s'il y a eu des canailles à l'arrière il y a eu aussi de bien braves gens.

L. G.

(1) Un vol. in-16, 247 p. — Paris, 1924, Ernest Flammarion.
(2) Un vol. in-8. Prix : 6 fr. 75. — Paris, Editions de la « Revue mondiale », 45, rue Jacob.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 85. — MARDI 21 & JEUDI 23 OCT. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 21 & JEUDI 23 OCT. 1924. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lortat-Jacob, Florand, Labey, Louis Bazy, qui acceptent; et de MM. Léri, Lesage, Guillemot, Descomps, Moulonguet et Brindeau, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Liste des candidats admis à l'épreuve orale :

1. Mlle Abricossoff, MM. Albot, André, Armingeat, Arviset, Auclair, Augier, Avril, Azalbert, Mlle Bach,

11. MM. Bagot, Baillis, Baize, Barbé, Baron (Pierre), Barragué, Barthes, Mlle Baudry, MM. Beaugeard, Béclère,

21. Benoist, Béraudy, Berdat, Bernheim, Bidoire, Mlle Boegner, MM. Boiffin, Bompart (Henri), Bordas, Boussée,

31. Bouillié, Bourgeois, Mlles Boyer, Braun, MM. Breuillé, Bucquoy, Buisson, Bureau (Robert-Marie-Joseph), Burnouf, Büsser,

41. Busson, Cadilhac, Cahen (Robert), Calmels, Camail, Canonne, Caroli, Carvaillo, Carteaud, Casaubon,

51. Castéran, Cattan, Chaperon, Chartier, Chassagnac, Chazel, Chêne, Chevereau, Chomereau-Damotte, Mlle Choquart,

61. M. Cohen (René), Mlle Corbillon, MM. Corman, Cossa, Cournand, Couturat (Jacques), Crama, Mlle Cros, MM. Darré, David (Marcel),

71. Delage, Delagenière, Delafontaine, Delalande, Delarue, Deraux, Derot, Mlle Debrousse, MM. Descomps, Dessaint,

81. Diatmantberger, Drouineau, Dublineau, Dupuy, Duruy, Duval, Faraut, Fénal, Ferey, Fesquet,

91. Filliol, Flahaut, Flandrin, Fleury, Folliasson, Mlle Fontaine, MM. Foubert, Fouquet, Frantz, Fredet,

101. Frémiot, Ganem, Garnier (Georges), Georges, Gerson, Godel, Goldberg, Gouvenot, Grandperrin, Grinda,

111. Grognot, Guedé, Guérin (Maurice), Guérin (Paul), Guérin (Philippe), Mlle Guérin, MM. Guillot, Guisoni, Hébert (Jean), Mlles Hébert,

121. Henry, M. Hesse, Mlle Hirsch, MM. Hudelo, Hussenstein, Hurez, Jacquemaire, Jonesco, Jubé, Kanony,

131. Kenzinger, Laborde, Mlle Lacan, MM. Lacapère, Lacassie, Lacroix, Laënnec, Lafont, Lallemant, de Langenhagen,

141. Lapeyre, Launay, Laval, Layani, Leblecq, Mlle Leblond, MM. Lechaux, Lecœur, Lefèvre (Pierre-Marie-Jules), Mlle Leffilliatre,

151. MM. Lejeune, Lemière, Lemoyne, Lenormant, Leroy, Levassor, Levaxelaire, Lévy (André), Lévy (Jean), Lévy (Pierre),

161. Lichtwitz, Lifschitz, Lonjumeau, Lotte, Loubeyre, Louvel, Luzuy, Mlle Maas, M. Mabille, Mlle Maldan,

171. MM. Mâle, Marco, Marmasse, Martin (Félix-Victor-Henri), Martin (Henri-Victor-Joseph), Martin (Jacques), Maximin (Maurice), Maximin (René), Merklen, Méry,

181. Meurisse, Mével, Michaux (Léon), Michel-Béchet, Mirallié, Mollaret, Moret (Marcellin), Mornet, Moruzé, Mugnier,

191. Nativelle, Nedelec, Ombredanne, Pannier, Pàris (Pierre), Pascal, Patel, Périn, Perono, Perrin,

201. Petit (Pierre), Pétrignani, Pichard, Pinoche, Mlle Pithon, MM. Plessier, Poumailloux, Puech, Querneau, Racine,

211. Ravier, Renard, Retal, Ripert, Rivoire, Robert (Paul), Rochette, Mlle Rosembaum, MM. Rossert, Roy,

221. Mlle Saint-Laurent, MM. Saint-Pierre, Salavert, Salmon, Sarles, Mlles Sazerac de Forge, Schoeller, MM. Servel, Sicard, Sigwald,

231. Sourdille, Stehelin, Suzor, Tailhefer, Tambareau, Tariel, Theillier, Thiébaut, Thiolat, Thirion,

241. Thiroloix, Topart, Tournilhac, Vadon, Vanbockstael, Vanier (Jean), Mlle Vasseur, MM. Vergez-Honta, Vermorel, Vibert,

251. Violet (Jacques), Mlle Vogt, MM. Vonder-Horst, Vuillième, Wahl, Weill (Jean), Weill (Léon-Robert), Willemin (Louis), Wolff (André), Mlle Wolff,

261. M. Worms, Mlle Zimmer.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1924-1925) — *concours de médecine* — aura lieu le lundi 19 janvier 1925, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administra-

tion, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 17 au 29 novembre 1924 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé, au plus tard le samedi 29 novembre 1924, à 17 heures, dernier délai.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1924-1925) — *concours de chirurgie et d'accouchement* — aura lieu le jeudi 15 janvier 1925, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 17 au 29 novembre 1924 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 29 novembre 1924, à 17 heures, dernier délai.

— PRIX FILLOUX. — Le jury est composé de MM. Le Mée, Sebileau, Bloch, Carnot et Arrou.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Un concours sera ouvert le lundi, 3 novembre prochain, en vue de la nomination à une place de vénéréologiste adjoint des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Hôtel-Dieu.

CONGRÈS DE CHIRURGIE DE 1925. — Le bureau du prochain Congrès, *qui aura lieu à Paris le 5 octobre 1925*, est ainsi composé :

Président : M. Bérard (de Lyon); vice-président : M. J.-L. Faure (de Paris); secrétaire général : M. Auvray; secrétaire général adjoint : M. Lenormant; secrétaires des séances : MM. Chifoliau, Mouchet, Péraire et Wiart.

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° « Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum. » Rapporteurs : MM. A. Schwartz (de Paris) et Gaudier (de Lille).

2° « Traitement de la tuberculose du genou, à partir de l'adolescence (quinze ans). » Rapporteurs : MM. Fredet (de Paris) et Vignard (de Lyon).

3° « De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. » Rapporteurs : MM. Guyot (de Bordeaux) et Rouvillois (de Paris).

INFIRMIÈRES VISITEUSES. — Sont nommés membres des jurys des examens de l'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose).

Pour Nancy. — MM. les docteurs Schmitt, Spillmann, Parisot et Winstel.

Pour Nantes. — MM. les docteurs Pouzin-Malègue, Viel, Rouillier et Ballet.

Pour Lille. — MM. les docteurs Breton, Vanstenberg, Pierret, Lemière et Combemale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pelthier (de Plombières-les-Bains) et de M. Henry Aubry, interne provisoire des hôpitaux de Nantes.

INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE. — ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE AU BREVET DE TECHNICIEN SANITAIRE. — L'Institut de technique sanitaire, destiné à la formation des techniciens de l'assainissement, reprend son enseignement, au Conservatoire National des Arts et Métiers, le 1er décembre prochain.

Son enseignement intéresse autant les médecins qui ont la responsabilité des mesures d'hygiène que les agents de réalisation des mesures d'assainissement : ingénieurs, architectes, constructeurs.

Cet enseignement se différencie de celui des Instituts d'hygiène des Facultés de médecine, en ce point essentiel que ce sont moins les principes de l'hygiène qui y sont enseignés que les méthodes de réalisation des desiderata de l'hygiène.

Le programme général comprend : la technique sanitaire urbaine, la technique sanitaire des constructions, celle des usines et ateliers, les techniques sanitaires rurale et coloniale, enfin un enseignement pratique complète les leçons théoriques.

Parmi les conférenciers sont MM. les docteurs Léon Bernard, Calmette, Desgrez, Dujarric de la Rivière, Haas, Heim, Imbeaux, Marchoux, Louis Martin, Mauclaire, Jules Renault et Thierry.

Le brevet de technicien sanitaire est décerné aux élèves qui ont subi, avec succès, les épreuves de l'examen final.

Le nombre des places est limité.

L'inscription doit être demandée au professeur F. Heim, Directeur de l'Institut, Direction du Conservatoire National des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivie, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie humaine descriptive et topographique (1), par H. ROUVIÈRE, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris.

L'exposé de l'anatomie par systèmes (système squelettique, musculaire, nerveux, etc.), tel qu'il est fait dans les traités classiques, conduit à propos des rapports à des descriptions incomplètes et à des répétitions nombreuses qui augmentent sans profit le volume de l'ouvrage.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Rouvière présente l'anatomie sous une forme nouvelle plus pratique, mieux adaptée aux besoins des étudiants et des praticiens.

Il divise l'anatomie en trois parties principales : 1° tête et cou; 2° tronc; 3° membres.

Un chapitre spécial est consacré au système nerveux central.

Chaque partie fait l'objet d'une double étude : une étude descriptive et analytique et une étude topographique et synthétique.

Ainsi en quelques pages le lecteur peut trouver tous les renseignements concernant un organe.

D'une lecture facile, illustré avec un luxe de dessins et de planches de toute beauté, ce traité est appelé à la plus brillante des carrières.

Le traité est complet en 2 volumes, le tome I est consacré à la tête, au cou et au tronc; le tome II comprend les membres et le système nerveux central. L. G.

(1) 2 vol. gr. in-8 relié. — Prix : 180 francs. — Paris 1924, Masson et Cie.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

TÊTE

Note sur l'anatomie chirurgicale de la portion intracranienne de l'artère méningée moyenne. (H. Billet. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 4, 11 et 18 mai 1924.) — Les descriptions que les traités d'anatomie, depuis Cloquet, donnent de l'artère méningée moyenne, quoique exactes dans leur ensemble, sont un peu succinctes et les travaux de Gérard-Marchant, de Le Fort, l'article récent de Allen B. Kannavel et Loyal E. Davis, en ajoutant quelques détails aux notions classiques, n'ont pas encore rendu assez précise une question fort intéressante au point de vue chirurgical. L'auteur a donc repris l'étude de l'artère méningée moyenne d'une façon très complète et voici les constatations qu'il a faites.

La portion intracranienne de l'artère comporte deux segments : un *segment basal* et un *segment temporo-pariétal*.

Le *segment basal*, long de 2 centimètres à 2 centimètres et demi, est horizontal ou légèrement ascendant suivant que le bord supérieur du zygoma est au même niveau que le trou petit rond ou à une distance variable au-dessus de lui. Dans ce segment, l'artère se porte en avant en se rapprochant insensiblement de la paroi externe du crâne et imprime dans la paroi supérieure du rocher un sillon qui n'est jamais transformé en un canal osseux. Elle peut se bifurquer et même souvent émettre une collatérale postérieure supplémentaire.

Le *segment temporo-pariétal* monte plus ou moins verticalement, à 2 ou 3 centimètres en arrière, de l'apophyse orbitaire externe, suivant le bord antérieur de l'écaille du temporal et chevauchant presque toujours l'extrémité de la grande aile du sphénoïde avant d'aborder le pariétal au niveau duquel il se creuse une gouttière très accusée quelquefois un canal complet. Les branches terminales naissent à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'arcade zygomatique, marquant de leur empreinte la face interne du pariétal, mais adhérant intimement à la dure-mère dont il est très difficile de les séparer.

La *distribution* de l'artère méningée moyenne est sujette à de nombreuses variations. Abstraction faite des anomalies, on peut, d'après l'auteur, reconnaître trois types principaux.

Dans le *type A*, dit type classique, l'artère comporte un tronc unique qui, dans la fosse temporale, à des niveaux du reste très variables, se divise en deux branches, antérieure et postérieure, quelquefois en trois branches antérieure, moyenne et postérieure.

La branche antérieure semble continuer directement le tronc; son territoire vasculaire est situé en avant et en arrière de la suture fronto-pariétale. La branche postérieure horizontalement dirigée irrigue la région occipitale des méninges et la moitié postérieure de la région pariétale.

Il y a des *sous-variantes* du type classique dues à la hauteur de la bifurcation, qui oscille entre 0 et 4 centimètres et demi, au-dessus du bord supérieur du zygoma et aux variations de la distribution terminale.

Le *type B* est caractérisé par la bifurcation prématurée de l'artère qui se fait dans le segment basal, au voisinage du trou petit rond. Les deux branches antérieure et postérieure remontent toutes deux dans la fosse temporale où elles ont habituellement la même destinée que celles du type précédent.

Le *type C* se différencie des deux autres par l'adjonction d'une deuxième branche postérieure qui naît au niveau du segment basal de l'artère et se porte aussitôt en arrière, restant au contact de la base du crâne sur laquelle elle imprime un sillon.

Parmi les *anomalies* de la méningée moyenne, déjà étudiées par Rocher, l'auteur en cite une, particulièrement intéressante, qu'il a observée deux fois. L'artère, dès sa sortie du trou petit rond, se dirige en arrière sans donner de branche antérieure et se dirige vers la région occipitale, passant à 5 centimètres au-dessus du conduit auditif externe. La branche antérieure absente est remplacée par une artère de calibre important qui vient de l'artère ophtalmique.

Contrairement aux classiques qui, pour *découvrir l'artère* méningée moyenne, recherchent des branches antérieure et postérieure, Billet pense qu'il est plus sûr de rechercher le tronc et de se diriger, par conséquent, vers le segment basal du vaisseau. A cet effet, le lieu d'élection de la trépanation paraît devoir siéger au ras de l'arcade zygomatique, dans la portion du temporal qui correspond à la moitié postérieure de cette apophyse.

TRONC ET APPAREIL DIGESTIF

Contribution à l'étude topographique de la loge sous-phrénique gauche et de l'espace semi-lunaire de Traube. (Dan Berceanu. *Presse méd.*, 23 juillet 1924, p. 622.) — La topographie viscérale ne peut plus être étudiée aujourd'hui sans le concours de la radioscopie. Aussi l'auteur a-t-il jugé nécessaire de revoir et au besoin de corriger, à l'aide de ce moyen d'exploration, les descriptions classiques et déjà anciennes de l'espace de Traube. Voici les conclusions que ses recherches lui ont permis de poser :

L'espace semi-lunaire de Traube est limité : *En bas*, par le rebord costal gauche depuis l'extrémité antérieure du VIIIe cartilage costal jusqu'à la ligne axillaire antérieure, c'est-à-dire, en général, jusqu'à l'extrémité antérieure de la XIe côte ; *en haut*, par une ligne courbe concave en bas et en dedans qui répond au bord antérieur du foie entre le VIIIe cartilage costal et la VIe articulation chondro-costale, longe ensuite le bord antérieur du poumon gauche jusqu'à l'intersection du VIIIe espace intercostal et de la ligne axillaire antérieure, descend enfin la ligne axillaire, en avant de la rate, jusqu'à l'extrémité libre de la XIe côte.

Contrairement à l'opinion classique, cœur et péricarde sont un peu au-dessus de l'espace semi-lunaire de Traube.

La sonorité tympanique que donne la percussion de l'espace de Traube peut être : gastrique, gastro-colique ou colique suivant l'état physiologique du tube digestif.

Les rapports de l'estomac et du côlon avec la paroi abdomino-thoracique sont à peu près invariables, quel que soit leur état de réplétion ou la position du sujet, dans trois régions qui sont les points fixes de ces organes : la région cardio-tubérositaire, la région pyloro-duodénale, l'angle splénique.

A l'exception de ces points fixes, toutes les autres parties de l'estomac et du côlon sont mobiles et leur position est variable. L'estomac vide attire à lui le côlon qui peut occuper la moitié et même plus de l'espace semi-lunaire. L'estomac distendu occupe jusqu'aux trois quarts de cet espace et réduit d'autant la paroi colique.

Les mouvements respiratoires et les déplacements imposés surtout à la région duodénale par la colonne vertébrale, selon les positions du sujet, ne modifient pas d'une manière importante la topographie de l'espace de Traube.

Ce sont les états pathologiques des organes contenus dans l'espace de Traube et des organes voisins de cet espace qui apportent, à la topographie de la région sous-phrénique gauche, les modifications les plus profondes : atonie gastrique, ptose viscérale, hypertrophie du foie, de la rate, kyste du pancréas, hypertrophie du cœur, grands épanchements

pleuraux et péricardiques, tumeurs bénignes ou malignes des régions citées, etc.

Note sur un cas de tronc cœliaque intrapancréatique, et de trajet intrapancréatique de ses branches. (M. MILIANITCH. Communication à la *Société d'anatomie de Paris*, séance du 29 mars 1924, in *Bull. et mém.*, 1924, n° 3, p. 244.) — Cette anomalie, constatée au cours d'une dissection, paraît n'avoir jamais été signalée.

Le tronc cœliaque, unique, mesure 15 millimètres de long et 6 de large. Il se dirige obliquement de bas en haut et de gauche à droite, et se termine par bifurcation en artères hépatique et splénique. Il se détache de l'aorte un peu au-dessus du bord supérieur du pancréas et pénètre aussitôt dans cet organe.

La coronaire stomachique apparaît comme une collatérale du tronc cœliaque et se sépare de lui vers la partie moyenne de son flanc gauche. Sensiblement au même endroit, mais plus près de l'aorte, une autre collatérale nait du tronc cœliaque : une pancréatique supérieure. La coronaire stomachique se dirige en haut et à gauche. Elle présente une première portion intrapancréatique, longue de 1 centimètre, et une deuxième portion qui soulève le repli falciforme et va se terminer au voisinage du bord droit du cardia en donnant naissance à trois branches : deux branches gastriques descendantes, une branche cardio-œsophagienne.

L'artère splénique, sur une longueur de 3 centimètres et demi est également franchement intrapancréatique. Dans l'épaisseur de la glande, sa direction est d'abord horizontale, puis légèrement oblique en haut et à gauche. A 2 centimètres et demi de son origine, elle donne naissance, par son bord inférieur à une pancréatique supérieure.

L'artère hépatique s'incline en bas et à droite sur un trajet de 1 centimètre et demi pendant lequel elle est aussi intrapancréatique ; puis elle perfore la glande d'arrière en avant et de gauche à droite. Sa portion extraglandulaire mesure de 7 à 8 millimètres. Ce vaisseau se termine à 1 centimètre du bord supérieur du duodénum par bifurcation en hépatique propre ascendante et en gastro-duodénale descendante. Il n'y a pas de branche collatérale.

En résumé, le tronc cœliaque presque en entier, la portion initiale de la coronaire stomachique, de la splénique et de l'hépatique sont sculptés dans le tissu même du pancréas.

Notons enfin, que la distribution des branches du tronc cœliaque répond à un schéma qu'on rencontre assez souvent.

Les relations lymphatiques entre l'appendice et la région duodéno-pancréatique. (DAN BERCEANU. In *Revue de chir.*, 1924, n° 5, 4 fig., p. 357.) — L'auteur a étudié les voies lymphatiques de l'appendice sur des cadavres de nouveau-nés en suivant la technique de Gérota, au bleu de Prusse, éther et térébenthine.

Les lymphatiques efférents cheminent le long des vaisseaux mésentériques et se jettent derrière le corps du pancréas dans les troncs coliques droits.

Le premier relai ganglionnaire occupe une situation variable ; on distingue ainsi suivant les sujets : un groupe de ganglions iléo-cæcal contenu dans l'épaisseur du méso-appendice, un groupe mésentérique entre l'origine de l'artère appendiculaire et le bord inférieur de la troisième portion du duodénum ; enfin, un groupe duodéno-pancréatique. Sur 51 préparations, la première disposition fut rencontrée 30 fois, la seconde 18 fois, la troisième 3 fois seulement.

De ces constatations découlent une série d'hypothèses cliniques dont quelques-unes déjà ont été contrôlées. Braithwaite notamment a pu démontrer l'origine appendiculaire de quelques ulcères duodénaux ou gastriques et de certaines cholécystites calculeuses.

Sur un cas de foie double. (CAUSSADE et J. SURMONT. Communication à la *Société anatomique de Paris*, séance du 22 mars 1924. In *Bull. et mém.*, 1924, n° 3, p. 209.) — Il s'agit d'une surprise d'autopsie chez un sujet ayant présenté, quelque temps avant sa mort, d'abord une crise appendiculaire, puis un syndrome mixte abdominal et thoracique assez confus cliniquement.

On découvrit un abcès hépatique à contenu verdâtre, fétide et mal lié ainsi qu'un gros infarctus splénique et de multiples infarctus pulmonaires. Mais l'intérêt de la publication tient à la présence de deux glandes hépatiques, l'une volumineuse, l'autre plus petite, toutes deux juxtaposées sous la coupole diaphragmatique droite.

Le « foie principal » a la forme d'un jambon dont la grosse extrémité serait formée par le lobe droit aplati et élargi ; le lobe gauche arrondi prend l'aspect d'un boudin. L'organe mesure 25 centimètres dans le sens transversal, 19 dans le sens sagittal. Sa hauteur maxima est de 8 centimètres. Il pèse 1.518 grammes. La vésicule, les voies biliaires extra-hépatiques et la veine porte sont normales.

Le « foie accessoire » affecte la forme d'un coin enfoncé entre le diaphragme et la face supérieure du foie principal. Il mesure 20 centimètres d'arrière en avant, 10 dans le sens transversal. Sa hauteur maxima est de 7 centimètres et son poids de 518 grammes. Son bord libre est abordé par une veine porte de la grosseur du petit doigt. Il n'y a pas de vésicule biliaire. On n'a pas rencontré de canal hépatique accessoire ; celui-ci existait sûrement, car les coupes histologiques pratiquées dans l'organe ont montré une fonction biliaire normale.

De l'élévation du taux diastasique dans l'urine, comme moyen diagnostique des affections aiguës du pancréas. (Carl PERMIN. *Revue de chir.*, 1924, n° 5. p. 341.) — Le diagnostic des affections du pancréas est toujours difficile. Le plus souvent, on ne fait que des hypothèses, et la véritable nature du mal n'est reconnue qu'à l'operation. La raison en est, que les affections pancréatiques relevant de l'intervention chirurgicale, n'ont pas de traits cliniques pathognomoniques. En outre, certaines lésions des voies biliaires et de l'estomac présentent une symptomatologie identique.

Pour aider au diagnostic, il était donc logique de s'adresser aux procédés de laboratoire susceptibles de mettre en évidence les troubles sécrétoires de la glande. Ainsi sont entrés dans la pratique : l'épreuve de Schmidt, la réaction de Cammidge, le sondage duodénal, la recherche, dans les urines, des graisses, des sucres, de l'acétone.

Mais ces procédés ne donnent que des résultats relatifs, infidèles souvent ; ils n'ont de valeur que s'ils se superposent et se confirment. De plus, leur réalisation exige un laps de temps appréciable, alors que la décision opératoire doit être souvent immédiate.

L'auteur attire l'attention sur une autre méthode de diagnostic qui lui paraît plus constante et, dans tous les cas, plus rapide puisqu'on peut l'exécuter en trois quarts d'heure ; c'est la recherche de l'augmentation de la teneur en diastase du sang et surtout de l'urine.

La présence de la diastase dans l'urine a été démontrée pour la première fois par Cohnheim. Les quantités varient avec les espèces animales ; et pour chaque espèce, on note de légères différences individuelles.

Ayant provoqué chez le chien des lésions inflammatoires superficielles du pancréas par massage de la glande, après laparotomie, l'auteur constata une augmentation manifeste du taux diastasique dans l'urine. La même recherche faite chez des malades atteints de pancréatite montra que la teneur en diastase qui oscille normalement pour l'homme entre les chiffres 8 et 16, pouvait s'élever considérablement, jusqu'à 1.024 pour l'un d'eux.

La technique du dosage est largement décrite. Elle repose sur l'action destructive qu'exerce l'urine examinée sur une quantité connue d'amidon pendant trente minutes et sous une température constante de 38 degrés.

Une cause d'erreur est possible en cas de lésions simultanées du pancréas et des glandes salivaires, car la diastase ptyaline passe aussi dans l'urine et se comporte vis-à-vis de l'amidon à la façon de la diastase pancréatique.

Sur un muscle chondro-sterno-claviculaire. Variation du petit pectoral non encore décrite. (P. HECKER. *Soc. anat. de Strasbourg*, séance du 14 fév. 1924. *Strasbourg méd.*, 5 mars 1924, p. 39.) — Ce muscle supplémentaire, relevé sur un sujet adulte, siégeait au-dessous du grand pectoral, sur le même plan que le petit pectoral et se détachait des IIIe et IIe cartilages costaux au niveau de leur tiers interne. Il était absolument indépendant du sous-clavier. Son nerf était une branche de celui du petit pectoral.

Ce muscle anormal chez l'homme et le singe (mis à part le Gibbon de Hepburn) représente l'équivalent de la portion sterno-chondro-claviculaire du pectoral profond observée chez certaines espèces claviculées de la série des mammifères : les rongeurs, les chéiroptères et les insectivores.

GLANDES ENDOCRINES

Action des extraits pancréatiques (insuline) dans la coagulation du sang. (Jean La Barre. In *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1924, n° 13, p. 531.) — Sous le nom d'insuline, on désigne des extraits alcooliques de pancréas préparés dans des conditions diverses. On utilise en thérapeutique deux variétés de ces extraits : « L'insuline non purifiée, obtenue par la méthode de Chabanier et contenant de la choline, de la cholestérine, de l'azote et des sels, et l'insuline purifiée. »

Etant donné que certains chirurgiens préconisent avant l'opération, l'administration d'insuline chez les diabétiques, il a paru intéressant à l'auteur d'étudier l'action de ces deux produits sur la coagulation du sang. Voici les résultats de ses recherches.

In vitro l'emploi d'insuline impure détermine des retards considérables dans la formation du caillot. L'insuline purifiée n'amène, au contraire, aucun trouble dans le mécanisme habituel de la coagulation.

In vivo des expériences faites chez le lapin ont permis les mêmes constatations.

C'est la présence de la choline qui semble surtout responsable de ces retards de coagulation. L'auteur propose un procédé de purification qui, sans nuire aux propriétés thérapeutiques de l'insuline de Chabanier, supprimerait dans son emploi le danger des hémorragies.

Il existe encore très peu d'observations de malades diabétiques soumis au traitement insulinique avant d'être opérés. Dans l'une d'elles cependant, Vernieuwe a relaté une forte hémorragie en nappe.

Etudes sur la physiologie des parathyroïdes. (Herald A. Salvesen. M. D. In *Acta medica Scandinavica*, 6e suppl., 1923.) — Cet article s'ouvre par un exposé récapitulatif des travaux publiés jusqu'à ce jour concernant la physiologie des parathyroïdes. L'auteur s'applique à son tour à étudier les modifications sanguines consécutives à l'ablation partielle ou totale de ces glandes.

Ses expérimentations ont porté sur des chiens de taille moyenne. Il a évité de s'adresser à des animaux trop petits, de peur que les fréquentes saignées pratiquées en vue des examens de sang ne les anémient considérablement. Entre deux séries d'expériences, ces animaux ont reçu une alimentation réparatrice riche en fer et en albuminoïdes.

L'opération a toujours été faite sous anesthésie générale, à l'aide d'un mélange d'éther et de chloroforme.

Dans les cas d'ablation partielle, on enlevait à la fois un lobe thyroïdien et les parathyroïdes correspondantes après ligature des vaisseaux aux deux pôles. Secondairement, on pratiquait l'extirpation de la parathyroïde externe de l'autre côté ; de la sorte on ne laissait à l'animal qu'une moitié du corps thyroïde avec une seule parathyroïde.

S'il s'agissait d'une extirpation complète, on se servait généralement d'un chien ayant subi antérieurement une ablation partielle, et l'opération se réduisait à la suppression du lobe thyroïdien conservé et de la quatrième parathyroïde. Exceptionnellement, l'ablation totale était faite en un temps.

Le nombre des parathyroïdes extirpées était toujours contrôlé par un examen microscopique. Quelques animaux succombèrent à l'opération ; mais aucun des survivants ne présenta jamais de cachexie strumiprive.

Les modifications relevées dans la composition du sang sont identiques qu'il s'agisse d'une suppression totale ou d'une suppression partielle. On note une diminution temporaire de l'alcalinité coïncidant avec une augmentation du taux de l'acidité urinaire ; la teneur en sucre ne varie pas. Mais la modification essentielle réside dans la diminution du calcium dans le sérum. Pour 100 centimètres cubes, cette substance passe de 10 milligrammes, quantité normale, à 7 milligrammes.

Contrairement, à ce que certains auteurs ont avancé il ne semble pas que cette diminution du calcium soit sous la dépendance plus ou moins directe de l'anesthésie. Elle paraît être la conséquence de l'insuffisance parathyroïdienne.

En cas d'ablation totale, à ces modifications du sang s'ajoute l'apparition rapide de tétanie aiguë, et l'intensité de ces accidents est d'autant plus marquée, que la diminution du calcium dans le sérum est elle-même plus accusée. Il semble donc qu'entre les deux phénomènes il y ait une relation de cause à effet. La preuve en est peut-être donnée par ce fait qu'une injection intraveineuse d'une solution de chlorure de calcium fait disparaître, pour un temps, ces manifestations de tétanie. Il en va de même si l'on soumet l'animal à une alimentation riche en calcium, au régime lacté par exemple.

Les parathyroïdes apparaissent ainsi comme l'organe régulateur du taux du calcium dans le sang. Leur insuffisance ou leur suppression entraîne la defficience de cette substance dont le rôle dans l'économie est considérable ; de sa présence en quantité suffisante dépend le fonctionnement de tous les organes et peut-être de toutes les cellules.

Action des extraits mammaires sur le système circulatoire et contribution à l'étude du mécanisme de son action sur l'organisme animal. (F. Spirito. *Archivio di obstetricia e gynecologia*, sept. 1923.) — Après avoir exposé les travaux antérieurs touchant l'action des extraits mammaires sur la fibre utérine et sur la circulation, l'auteur expose ses propres recherches. Celles-ci lui ont montré, comme aux précédents expérimentateurs, que l'extrait de glande mammaire normale ou en fonctionnement a une courte action vasoconstrictive et hypotensive et une légère action tonique sur le muscle utérin.

Il semble peu probable que l'effet de l'extrait mammaire sur les métrorragies soit dû à ces modifications peu importantes de la pression sanguine, de la vasomotricité et de la tonicité utérine. L'auteur pense que l'ischémie utérine résulte plutôt indirectement de l'action que la sécrétion interne de la mamelle exerce sur les autres glandes endocrines et particulièrement sur les ovaires et les surrénales.

Action des extraits mammaires sur les capsules surrénales vérifiée par les variations de leur contenu en adrénaline. (L. Manzi. *Archivio di obstetricia e gynecologia*, juillet-sept. 1923.) — L'auteur a étudié par les méthodes chimiques employées histologiquement, la teneur en adrénaline des capsules surrénales de chiens ayant reçu des injections d'extrait mammaire et a constaté une augmentation notable de l'adrénaline dans ce cas. De même, il a pu mettre en évidence l'augmentation de l'adrénaline en circulation, par la méthode biologique de New basée sur les variations que le taux de l'adrénaline sanguine imprime aux réactions pupillaires causées par la cocaïne mise au contact de la conjonctive.

APPAREIL URINAIRE

Rein en fer à cheval. Anomalie de l'azygos. (P. Parzy et Colson. In *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1924, n° 11, p. 169) — Ces deux malformations ont été observées sur un même sujet.

Le rein est unique, concave en haut, situé plus bas que ne le sont les reins normaux. On peut le considérer comme formé de trois portions : l'une droite, l'autre gauche, toutes deux verticales, la troisième horizontale, unissant les précédentes à la façon d'un isthme.

La portion droite mesure 13 centimètres de haut, la portion gauche 10 seulement; leurs rapports sont respectivement décrits avec force détails. Aucun sillon au niveau de l'isthme ne permet de soupçonner le point de rencontre de ces deux portions. Deux empreintes sont nettement marquées sur la face antérieure de cet isthme et traduisent le passage, à droite de l'uretère et des veines spermatiques, à gauche, de l'artère mésentérique inférieure.

Le pédicule vasculaire aboutissant aux portions verticales se dédouble de bonne heure, formant de chaque côté un pédicule supérieur et un pédicule inférieur. En outre, l'isthme reçoit une artère médiane venue de l'aorte et donne issue à une veine unique aboutissant à la veine cave inférieure. Il existe donc pour l'isthme un système vasculaire autonome, et les auteurs considèrent cette portion de l'organe comme l'ébauche d'un rein surnuméraire né précocement et qui, dans

la suite, se serait soudé aux reins droit et gauche, les transformant ainsi en une masse unique.

Indépendamment de ces vaisseaux, existent deux artères polaires surnuméraires ; l'une aboutissant à l'extrémité inférieure de la portion verticale gauche provient de l'iliaque primitive gauche ; l'autre, gagnant l'extrémité supérieure de la portion verticale droite, provient de l'artère capsulaire inférieure.

A noter également la présence d'une veine spermatique surnuméraire droite. Accolé pendant presque tout son trajet aux veines spermatiques normales, ce vaisseau s'en détache 2 centimètres avant sa terminaison et se jette dans la veine cave inférieure.

La grande azygos offre au niveau de sa partie initiale une curieuse anomalie. Elle se branche à plein canal sur le flanc gauche de la veine cave inférieure. Il en résulte que les deux veines caves sont ainsi largement anastomosées. Le segment abdominal et le segment thoracique sont, par ailleurs, normaux.

Un cas d'uretère double avec rapports anormaux de l'autre uretère. (Dumas et Parthiot. *Lyon méd.*, t. CXXXIII, 30 mars 1924, p. 404.) — Le rein gauche, normal quant à ses rapports et à la disposition de ses vaisseaux, donne naissance à un uretère double dans toute son étendue. Les deux canaux qui ont des territoires distincts étaient accolés mais séparables et présentaient avec les organes voisins des rapports normaux. Quoiqu'ils fussent distincts jusqu'à la vessie, on n'a pas pu vérifier s'il y avait deux orifices uretéro-vésicaux.

Cette anomalie n'est pas très rare, on en trouve plusieurs exemples dans la thèse de Delaboulinière, mais joints le plus souvent à d'autres malformations. Debierre a publié un cas d'uretère double bilatéral avec vagin et utérus doubles.

Chez le sujet étudié par les auteurs, l'uretère droit présentait une anomalie de rapports, il était non en dehors mais en avant de la veine cave inférieure dans une étendue de 5 à 6 centimètres décrivant une courbe à concavité externe qui représente probablement l'exagération de la courbe lombaire décrite par Tourneux.

La physiologie de la miction. (G. Lemoine. *Bruxelles méd.*, 6 et 9 mars 1924, p. 513 et 529.) — Les nerfs qui se rendent à la vessie proviennent en partie du sympathique thoraco-lombaire, du parasympathique sacré et du système nerveux spinal. Il existe, en outre, un système nerveux viscéral, appareil autonome analogue à celui de l'intestin.

La vessie présente une *sensibilité au contact*, normalement assez diffuse mais plus marquée au niveau du col vésical et des méats uretéraux, une *sensibilité fonctionnelle* qui siège dans le muscle lui-même, soumis à des variations de dimensions au cours de la réplétion vésicale et une *sensibilité à la distension* qui n'est probablement qu'une modalité de la précédente.

Le *besoin d'uriner* est reporté aux territoires cutanés (dermatomères) correspondant aux segments nerveux axiaux (neuromères) d'où émergent les nerfs destinés à la vessie, le besoin survient, plus ou moins vite, suivant les habitudes et suivant d'autres causes qui sont : la sécrétion plus ou moins rapide d'urine, la qualité du contenu vésical, l'action du chaud et du froid et celle de diverses substances médicamenteuses. Le besoin d'uriner siège dans la vessie elle-même.

La *capacité physiologique* de la vessie dépend de la sensibilité de l'organe et particulièrement de la sensibilité à la distension, alors que la capacité anatomique est en rapport avec le degré d'extensibilité dont la vessie est capable.

En ce qui regarde les *moyens de contention de l'urine*, il faut noter d'abord que chez l'animal vivant, la vessie est capable de maintenir son contenu sous une pression beaucoup plus forte que chez l'animal mort, différence qui s'efface quand chez l'animal vivant en expérience, on détruit la moelle lombaire.

D'autre part, la résistance au passage de l'urine qui subsiste après section des nerfs ou de la moelle dorso-lombaire, montre qu'il faut tenir compte d'autres causes que de la tonicité sphinctérienne : fibres élastiques de l'urètre prostatique et membraneux, prostate chez l'homme, courbure de l'urètre.

L'*extensibilité* de la vessie est limitée par sa *rétractilité* et l'adaptation au contenu est dû à des réactions d'allongement et de raccourcissement qui correspondent à la contraction d'attitude.

Le *tonus d'attitude* est indépendant du système nerveux central, à l'encontre du tonus des muscles du squelette, mais, comme lui, il permet aux fibres musculaires vésicales de conserver la même tension avec des longueurs différentes. En d'autres termes, grâce au tonus, le contenu vésical peut varier sans que la pression qu'il supporte soit influencée.

Il y a chez l'homme adulte et l'animal domestiqué un *contrôle de la miction* par la volonté. D'abord les muscles vésicaux s'allongent, permettant une augmentation de la capacité. Puis les muscles du col vésical et du périnée se contractent. Finalement, pour retarder encore la miction, le constricteur et le sphincter strié de l'urètre refoulent, par leur contraction, dans la vessie les gouttes d'urine qui avaient franchi le col.

Le *mécanisme de l'évacuation vésicale* a été particulièrement bien étudié par Barrington expérimentant sur le chat. D'après cet auteur, il existe un *tonus moteur* gagnant la vessie à travers les nerfs pelviens ; la section de la moelle dans la région thoracique inférieure abolit le réflexe de la miction ; la section transversale de la moelle dans la région thoracique inférieure abolit la miction d'une façon permanente ; la « miction automatique », qui reparaît au bout de quelques semaines, diffère de la miction normale en ce sens que la contraction vésicale et le relâchement urétral ne sont pas coordonnés, l'évacuation est, en effet, incomplète.

Le *tonus moteur* prend naissance dans le cerveau au milieu de la protubérance annulaire.

La *miction réflexe* dépend de l'intégrité d'une partie du cerveau située entre le sommet du calamus et le cerveau moyen, et des connexions de cette région cérébrale avec le système nerveux central sous-jacent.

Barrington a étudié, en outre, les *réflexes composant le réflexe de la miction* et il en décrit cinq :

Un réflexe de contraction par distension de la vessie ;

Un réflexe de contraction dû au passage de l'urine par l'urètre ;

Un réflexe de contraction dû à la distension de l'urètre postérieur ;

Un réflexe de relâchement de l'urètre dû au passage du liquide à travers ce canal ;

Un réflexe de relâchement dû à la contraction vésicale ;

Ces cinq réflexes se suivant automatiquement.

La *miction volontaire « sur demande »*, celle qu'on peut effectuer à n'importe quel moment, dès que la vessie contient une certaine quantité d'urine, est un acte dans lequel la volonté intervient à l'aide d'un mécanisme particulier. D'abord en concentrant son attention sur l'acte mictionnel, le sujet inhibe tous les territoires cérébraux qui ne sont pas en rapports avec ce genre d'activité et exalte la réceptivité des centres mésencéphaliques de la miction. D'autre part, la volonté fait contracter les muscles abdominaux qui excitent la paroi vésicale par compression. Enfin le facteur le plus effectif est constitué par le relâchement volontaire du col de la vessie.

Dans les affections médullaires accompagnées de troubles de la miction, c'est la miction sur demande qui disparaît la première, avant la miction par besoin.

APPAREIL GÉNITAL

Sur l'utérus didelphe, ou mieux l'utérus double avec double vagin. (François Hue. In *Normandie méd.*, 1er mars 1924, n° 3, p. 80.) — L'auteur a rencontré trois fois cette anomalie. La première observation se rapporte à une fillette de quatorze ans dont les règles étaient à la fois fréquentes et douloureuses. La palpation de l'abdomen laissait percevoir au-dessus du pubis une tuméfaction dont le volume atteignait celui d'une tête de fœtus à terme.

On aurait pu croire à une vessie en rétention, mais le cathétérisme ne donnait que quelques gouttes d'urine et ne modifiait nullement l'aspect de la tumeur. Le toucher rectal permettait d'arriver à 6 ou 7 centimètres de l'anus sur la face postérieure de cette masse qui paraissait ainsi remplir le bassin.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire fut posé, et comme l'état général périclitait, on opéra.

Il s'agissait d'un utérus double dont chaque portion portait une trompe et son ovaire. Le vagin était double également.

On pratiqua l'ablation de l'utérus gauche, de la trompe et de l'ovaire correspondant. On supprima aisément la cloison vaginale, et les suites opératoires furent excellentes.

L'examen histologique montra des tissus normaux dans les trois organes prélevés; l'ovaire présentait cependant une légère transformation scléro-kystique.

La seconde observation a trait à une femme qui jusqu'à l'âge adulte n'avait jamais eu le moindre trouble génital. Le diagnostic fut fait à l'occasion d'un examen pratiqué lors d'une grossesse au début. Cette femme présentait deux utérus dont l'un, le droit, était gravide depuis deux mois et demi, et deux vagins séparés par une cloison antéro-postérieure dont le bord libre, un peu concave se confondait en avant et en arrière avec les caroncules myrtiformes.

La troisième observation est celle d'une femme de vingt-trois ans venue consulter pour de vagues douleurs abdominales et des règles trop fréquentes. Chez elle aussi on trouvait deux utérus avec deux cols distincts et deux vagins, le droit beaucoup plus extensible que le gauche. Il n'y avait jamais eu de grossesse.

Les ligaments utéro-sacrés dans la statique utérine. (R. Pollart. *Bruxelles méd.*, 17 janv. 1924, p, 245.) — L'utérus est maintenu en place par des appareils de suspension, ligaments larges et ronds et par des appareils de soutien qui sont les deux plans du diaphragme pelvien. De ces deux plans, l'inférieur est constitué par les releveurs de l'anus, le supérieur comprend les gaines fibro-conjonctives vésicale et utérine et particulièrement le fascia utéro-pubien en avant, les ligaments utéro-sacrés en arrière.

En outre, il existe un facteur souvent méconnu qui est la dispersion des forces agissant sur l'utérus, sous l'effet de la pression abdominale et qui dépend de la position normale en antéversion du corps utérin. Quand l'utérus est antéversé, la poussée abdominale s'exerce sur une large surface représentée par la section longitudinale du corps utérin, ce qui n'arrive pas quand l'utérus vertical ou rétroversé offre à la pression sa section transversale.

Or, les ligaments utéro-sacrés, formés de muscles lisses, de vaisseaux et de nerfs jouent un rôle très important dans le maintien de l'antéversion physiologique. Toute traction en arrière de ces ligaments a pour effet immédiat d'amener le col en haut et en arrière, s'appuyant sur le fond utérin, la vessie et de relever en même temps le cul-de-sac postérieur. L'expérience montre que la distension du rectum par de l'eau provoque une traction vers le haut de la paroi vaginale postérieure et en même temps une inclinaison plus forte vers l'avant du fond de l'utérus.

La rétroversion ne peut se produire que s'il y a relâchement des ligaments utéro-sacrés. Normalement quand, après avoir attiré le col vers la vulve avec une pince, on le relâche, le col remonte immédiatement et va reprendre sa place dans le cul-de-sac postérieur, en effectuant un double mouvement : le premier de bas en haut dû à l'élasticité de la base du ligament large, le second en arrière causé par l'élasticité des ligaments utéro-sacrés. Chez une femme atteinte de rétroversion, seul, le mouvement de bas en haut a lieu.

De ces considérations anatomo-physiologiques, on déduit la nécessité du raccourcissement opératoire des ligaments utéro-sacrés dans le traitement de la rétroversion.

Considérations sur les causes anatomiques de la frigidité chez la femme. (A. E. Narjani. *Bruxelles méd.*, 27 avril 1924, n° 42, p. 768.) — Certaines femmes sont insensibles dans les rapports sexuels, bien que leurs désirs soient normaux ou même violents. Cette frigidité, en dehors des cas où elle est due à une inhibition psychique, serait causée, suivant l'auteur, par une conformation particulière de la vulve et il faudrait rejeter définitivement la théorie des habitudes vicieuses, celle des innervations variables et celle du réflexe imaginatif déficient.

Le vestibule urétral, région triangulaire délimitée latéralement par les petites lèvres, en arrière par le méat et l'orifice vaginal, en avant par le clitoris est, suivant les auteurs classiques, haut de 2 centimètres à 2 centimètres et demi.

Or, les variations de la hauteur du triangle urétral mesurée du bord postérieur du clitoris au centre du méat urinaire sont très grandes. Cette dimension peut s'abaisser jusqu'à 1 centimètre un quart et s'élever jusqu'à 3 centimètres et demi.

Sur 200 sujets de la région parisienne, 61 p. 100 ont présenté un diamètre méato-clitoridien moyen (de 1 centimètre trois quarts à 2 centimètres un quart), 8 p. 100 un diamètre raccourci (de 1 centimètre un quart à 1 centimètre trois quarts), 10 p. 100 un diamètre un peu allongé (2 centimètres et demi), 21 p. 100 un diamètre très allongé (2 centimètres et demi à 3 centimètres et demi). Les femmes ayant un diamètre moyen ou petit ont déclaré réagir normalement dans les rapports normaux. Mais l'allongement du diamètre au-dessus de 2 centimètres et demi interdit à la femme, dans le rapport normal, toute réaction voluptueuse. Ainsi environ 70 p. 100 des femmes que l'auteur appelle « paraclitoridienne », sont normales anatomiquement et physiologiquement, 20 p 100 environ « téléclitoridiennes » sont frigides et 10 p. 100 « mésoclitoridiennes » sont placées sur le seuil de la frigidité.

Ces variations anatomiques n'ont guère été étudiées jusqu'ici par les anatomistes et en tout cas elles ont été mal interprétées au point de vue de leur origine. Il n'y a pas, dans la téléclitoridie, glissement de la vulve sur la symphyse, mais allongement du vestibule urétral sous le toit de la symphyse, allongement conditionné par un allongement anormal du corps clitoridien, le méat demeurant toujours en place au bord du vagin.

Pour l'auteur, toutes les objections à sa théorie tombent devant ce fait : un rapport constant existe entre le diamètre méato-clitoridien et la réaction de la femme dans le coït normal et pas un seul cas de téléclitoridie n'a été rencontré où la volupté dans le rapport normal fut possible.

Parmi les facteurs qui peuvent influer sur les dimensions du diamètre méato-clitoridien, un seul, en raison de sa fréquence, mérite d'être retenu, c'est la taille générale du sujet : au-dessous de 1m64 on a toutes les chances de rencontrer des paraclitoridies et au-dessus de 1m68 des téléclitoridies. Ainsi cette dernière conformation serait plus habituelle dans les races septentrionales dont la taille moyenne est plus élevée que celle des races du sud.

Les considérations qui précèdent permettent d'envisager un traitement chirurgical de la frigidité par téléclitoridie. Dans les cas de téléclitoridie peu marquée, il suffirait peut-être de libérer le clitoris par une simple section de ses ligaments suspenseurs et de maintenir le genou clitoridien abaissé à l'aide d'une greffe adipeuse placée dans la cavité sus-clitoridienne. Dans le cas de grande téléclitoridie, il faudrait sans doute faire davantage et abattre par une résection cunéiforme le segment postéro-inférieur de la symphyse pubienne.

Un cas de triorchidie vraie chez l'homme. (P. Lecène. *Ann. d'anat. pathol.*, t. I, janv. 1924, p. 71.) — Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans présentant une hernie inguinale droite congénitale et deux testicules normaux à leur place dans le scrotum. Au cours de l'opération, on fit les constatations suivantes :

Le sac communiquait largement avec la vaginale. Il contenait, appendue au canal déférent, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du testicule et de l'épididyme sains et libres, une formation grosse comme une petite olive qui avait la forme et la couleur d'un petit testicule et qui était reliée au cordon spermatique par un pédicule formé de vaisseaux et d'un cordon ayant l'aspect d'un canal excréteur.

Ce noyau, ayant été enlevé dans la cure de la hernie, fut examiné histologiquement. Il présentait la structure caractéristique du testicule ectopique de l'adulte.

Les cas de testicule surnuméraire vérifiés histologiquement sont très rares, au contraire des cas d'ovaire surnuméraire. Il n'en a été publié jusqu'ici que dix observations qui sont celles de Lossen, Turner, Mariotti, Marsh, Widhelm, Merkel, Lerat, Haas, Oudendal, Jeannin et Delater. Seul, le testicule surnuméraire observé par ces derniers auteurs offrait à l'examen microscopique des figures de spermatogenèse active avec spermatozoïdes.

Il est probable que les glandes génitales surnuméraires sont dues au développement d'un îlot aberrant, anormalement

isolé, de l'épithélium germinatif interne, au niveau du revêtement cœlomique du rein primordial.

MEMBRES

Anomalie vasculo-nerveuse de la paume de la main. Etude topographique. (A. Marquez Ramos, J. C. Rodriguez Aguirre, B. Zuluetta et M. Corvison. *Rev. d. med. y cir. de la Habana*, fév. 1924, t. XXIX, p. 128.) — *Anomalies vasculaires.* — La radio-palmaire est remplacée par une volumineuse *artère du nerf médian* qui descend à l'avant-bras, collée au nerf entre le grand et le petit palmaires et, passant dans la gouttière radio-carpienne, arrive à la paume de la main où elle se divise en trois branches.

La branche externe, petite, se perd dans les muscles thénariens.

La branche interne descend dans le deuxième espace interosseux, traverse une boutonnière nerveuse qui sera décrite plus loin, donne un rameau au premier interosseux palmaire et se bifurque pour former la collatérale interne de l'index et la collatérale externe du médius.

La branche moyenne descend en bas et en dehors vers le premier espace interosseux, donne divers rameaux aux muscles de cet espace et à l'éminence thénar, après quoi elle se divise en deux branches qui sont la collatérale interne du pouce et la collatérale externe de l'index.

Il n'y a aucune anastomose entre l'artère du nerf médian et la cubitale.

Celle-ci, sensiblement normale dans son trajet et ses rapports, fournit les collatérales des deux derniers doigts et la collatérale interne du médius.

Anomalies nerveuses. — Le *nerf médian* se divise à la partie supérieure du poignet en deux branches, externe et interne.

La première, qui est la plus volumineuse, se trifurque au niveau de l'éminence thénar. Le rameau externe innerve les muscles thénariens superficiels et forme les nerfs collatéraux externe et interne du pouce. Le rameau moyen émet un filet anastomotique pour le rameau interne et forme les collatéraux dorsal et palmaire externes de l'index. Le rameau interne se divise en deux branches, une externe qui reçoit le filet anastomotique précédemment signalé et forme les collatéraux palmaire et dorsal interne de l'index, une interne qui présente une boutonnière traversée par la branche interne de l'artère du nerf médian et forme les collatéraux palmaire et dorsal externe du médius.

La branche de division interne du nerf médian fournit les collatéraux palmaire et dorsal internes du médius. Elle envoie trois anastomoses au cubital : une au-dessous du ligament carpien, une autre à la partie moyenne de la paume de la main, la troisième au-dessus de la racine de l'annulaire.

Le *cubital* fournit le collatéral interne de l'auriculaire et les collatéraux dorsaux et palmaires internes et externes de l'annulaire.

L'auteur, en terminant, rappelle les principales anomalies vasculaires et nerveuses de l'avant-bras et de la main et les déductions chirurgicales qu'on en peut tirer.

Un cas d'absence congénitale des deux tibias. (A. R. Castro et V. E. Anaya. *An. de la Fac. de med.* (Montevideo), fév. 1924, t. IX, p. 148.) — L'absence congénitale du tibia est rare. A. Bertaux, dans sa thèse (Paris 1920), n'en mentionne que 75 cas dont 25 seulement avec malformation bilatérale. L'observation de Castro et Anaya offre des particularités intéressantes.

L'enfant de huit ans qui en fait l'objet n'avait aucun antécédent héréditaire ni personnel et il s'était développé normalement, sauf en ce qui regarde les membres inférieurs. Ceux-ci présentaient les caractères suivants :

Côté droit. — Hanche normale. La cuisse, au-dessus du genou, a la forme d'une fourche avec une branche antéro-interne et une branche postéro-externe sur lesquelles le sujet s'appuie dans la marche. La jambe continue la branche postéro-externe à laquelle elle est reliée par une jointure lâche. Elle est mince et courte, en flexion forcée et permanente sur la cuisse. Le pied en varus équin n'a que trois orteils, un libre et deux soudés. On ne sent pas de rotule. Le squelette de la jambe n'est constitué que par un seul os dont l'extrémité inférieure s'articule par son côté interne avec le squelette du pied. Le tarse semble formé seulement de deux os et le métatarse de trois. Les métatarsiens absents semblent être le premier et le deuxième.

Côté gauche. — La hanche et la cuisse ont un aspect normal. Au niveau du genou le condyle externe s'articule avec le péronée et le condyle interne avec un noyau osseux terminé en pointe à sa partie inférieure qui est sans doute l'épiphyse tibiale atrophiée. En dehors un autre noyau osseux figure la rotule. La jambe gauche est comme la droite, mince, courte, fortement fléchie sur la cuisse et pourvue d'un seul os ayant les apparences du péronée. Le pied est semblable à celui du côté opposé, mais les trois orteils sont libres.

L'étude radiographique de la malformation confirma en les précisant les renseignements fournis par l'examen clinique.

Les auteurs se demandent quel traitement doit être appliqué à cette infirmité et estiment qu'ici le mieux serait de désarticuler les deux genoux pour supprimer les jambes et les pieds non seulement inutiles mais gênants et de faire marcher le malade sur deux jambes artificielles.

Un cas de muscle soléaire surnuméraire. (Milianitch. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1924, p. 234.) — Au niveau de la région jambière postérieure se voit, au-dessous du soléaire, un muscle supplémentaire ayant la forme d'un Y. Les branches supérieures en sont lamelleuses; le pied est tendineux, la portion moyenne charnue. Les branches s'insèrent; l'interne à l'aponévrose jambière superficielle; l'externe à l'aponévrose qui recouvre le fléchisseur propre du gros orteil et à la cloison intermusculaire externe qui le sépare du long péronier latéral.

De la convergence de ces deux branches résulte un corps charnu aplati d'avant en arrière qui côtoie le bord interne du tendon d'Achille et se termine par un tendon adhérent à la face interne du calcanéum.

Il ne peut s'agir d'une variété du plantaire grêle; ce dernier muscle existe sur la préparation avec sa position normale et ses insertions classiques.

Il ne s'agit pas davantage d'un cas de duplicité du soléaire telle que celle notée par Cruveilhier, Pye Smith, Testut, Bianchi et Nicolas, car le tendon d'insertion inférieur ne se confond point avec le tendon d'Achille.

L'hypothèse la plus vraisemblable est en faveur d'une « variété surnuméraire » du soléaire, sur laquelle Le Double, autrefois, attira l'attention.

Os surnuméraire rare du tarse. (Paul Carlier. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1924, n° 3, p. 272.) — Cet os, gros comme une noisette, a été enlevé chez un jeune homme de dix-neuf ans ne présentant par ailleurs aucune anomalie du squelette.

Au dire du malade cet os existait depuis la naissance, mais assez rapidement le volume s'en serait accru récemment au point de gêner la marche et de provoquer des douleurs. Il n'y a jamais eu de traumatisme au niveau du tarse.

Cliniquement, la présence de l'os déterminait une voussure du bord interne du pied, en arrière de la base du premier métatarsien.

A la palpation on sentait un corps dur sur lequel la peau glissait aisément. Ce corps dur obéissait lui-même à quelques mouvements de latéralité. Le tendon du jambier antérieur passait sur son bord externe.

A l'écran, l'os paraissait appliqué contre la face interne du premier cunéiforme et séparé de lui par une mince zone transparente.

L'opération révéla que cette zone répondait à une interligne articulaire. L'os surnuméraire et le premier cunéiforme unis par une capsule serrée présentaient un cartilage d'encroûtement typique sur les deux surfaces articulaires. Entre la peau et l'os s'était développée une petite bourse séreuse.

Il semble qu'on n'ait jamais signalé semblable anomalie.

Déconstipation. Cure radicale de la stase intestinale par régime et soins spéciaux, par Phusis. — Paris, Editions Phos, 11 *bis*, rue du Val-de-Grâce.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1924)

M. VAQUEZ annonce la mort du docteur Bergé, membre de la Société. Il rend compte ensuite de son voyage en République argentine et fait part de l'accueil enthousiaste dont il a été l'objet.

Syphilis et troubles psychiques. — M. MARIE (de Sainte-Anne) montre des crânes d'aliénés de l'asile de Villejuif qui présentent des hyperostoses permettant de penser que la syphilis a pu jouer un rôle dans leurs troubles psychiques.

Arthrite puriforme du genou survenue huit ans après une fièvre typhoïde et guérison par vaccin T. A. B. — MM. H. DUFOUR et BARUK. La symptomatologie articulaire, seule, est souvent incapable d'aiguiller le diagnostic sur sa cause, cependant c'est de l'étiologie que dépend le traitement efficace.

Les auteurs viennent d'observer un fait des plus instructifs dans lequel la guérison fût obtenue grâce au dépistage d'une étiologie rarement observée en pareil cas. Un jeune homme de vingt-quatre ans entré à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire subaigu intéressant plusieurs grosses articulations. Le traitement salicylé amène une amélioration très rapide. Mais au onzième jour survient un incident qui ne rentre plus dans le cadre du rhumatisme articulaire. Le genou droit devient le siège d'une énorme tuméfaction et est très douloureux. Il s'agit d'une arthrite probablement en voie de suppuration. Malgré une fièvre peu élevée et bien que le malade soit sous l'influence d'une dose quotidienne de 2 grammes de salicylate de soude, on augmente cette dose de 2 grammes, sans d'ailleurs obtenir aucun résultat. L'échec de cette épreuve thérapeutique montre bien qu'il ne s'agit plus de rhumatisme articulaire aigu.

Le liquide augmente dans la synoviale. Les douleurs deviennent intolérables. La température cependant ne s'élève pas au-dessus de 38 degrés.

La blennorragie ne peut être incriminée; la tuberculose pas davantage. La radiographie est muette sur l'existence de lésions osseuses articulaires. La ponction du genou ramène un liquide puriforme très riche en poly et sans microbes. Les cultures sur milieux usuels sont négatives.

Mais par l'interrogatoire du malade, on apprend qu'il a été soigné en 1916, c'est-à-dire, il y a huit ans, pour une typhoïde grave. L'examen du sang montre que celui-ci agglutine le seul bacille d'Eberth au 1/100 au bout d'une demi-heure. Le liquide articulaire agglutine l'Eberth instantanément et très fortement au 1/50 et au bout d'une demi-heure au 1/100. La culture du liquide du genou sur bile a été négative.

En présence de ces renseignements et pensant qu'il s'agissait d'une reviviscence éberthienne sur une articulation peu résistante, par suite d'une poussée rhumatismale, les auteurs ont pratiqué quatre injections de vaccin T. A. B. à trois et quatre jours d'intervalle. Très rapidement, on a vu les douleurs disparaître, le genou a dégonflé, la guérison était obtenue.

Une nouvelle radiographie exécutée deux mois plus tard a montré l'intégrité des surfaces articulaires.

Les auteurs insistent sur la rareté de faits semblables et sur l'efficacité de la médication bien adaptée à la cause.

M. SICARD n'a obtenu aucun résultat par la vaccination, notamment dans un cas de spondylite typhique.

Urticaire par ingestion de pain. — MM. PAGNIEZ et COSTE rapportent le cas d'un malade qui présentait des poussées d'urticaire par ingestion de pain et désensibilisée par l'ingestion de pain complet.

Sensibilisation au pain. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et A. R. BARRIEU ont pu étudier, pour ainsi dire expérimentalement, pendant plus d'une année le cas d'un enfant de onze ans qui, depuis l'âge de dix-huit mois, était atteint d'urticaire. Ils ont constaté que cette urticaire était due à l'ingestion du pain et de la farine qui entre dans la composition des pâtes alimentaires. Après une phase de plus de neuf années où l'enfant fut sensibilisé uniquement à la farine de blé, survint une seconde phase où l'enfant fut sensibilisé à des protéines variées : ce sont les cutiréactions qui ont mis sur la voie de ces sensibilisations secondaires. Dans une dernière phase, l'enfant se désensibilisa spontanément.

Un fait est particulièrement digne de remarque : le pain complet ne provoquait pas d'urticaire; bien plus, lorsque l'enfant, en même temps que du pain ordinaire, ingérait du pain complet (qui est fabriqué avec le grain de blé et son cortex), l'urticaire n'apparaissait pas. Le cortex du grain de blé s'est donc comporté comme s'il renfermait une substance empêchant l'urticaire provoquée par la farine de grain de blé décortiqué. Cette constatation de l'action empêchante d'une substance agissant comme une vitamine semble devoir éclairer la pathogénie et la thérapeutique de certaines urticaires dont l'origine et le traitement sont actuellement si obscurs.

M. LESNÉ insiste sur la nocivité du pain chez les petits enfants.

M. FLANDIN rapproche les cas observés pendant la guerre où des poussées d'urticaire et d'eczéma étaient causés par l'ingestion de pain complet.

Deux cas de tétanos guéris par la sérothérapie massive. — MM. THABAUD et BAUR (de Beyrouth) rapportent deux nouveaux cas de tétanos guéris par la sérothérapie massive. Ils insistent sur l'intérêt qu'il y a dans les gros fracas osseux à renoncer à la sérothérapie préventive qui n'évite pas l'éclosion du tétanos, lequel souvent se localise, évolue à bas bruit et devient alors de diagnostic très difficile. Dans ce dernier cas, la discordance entre le pouls élevé et la température ôte le masque à l'infection latente et atténuée.

Goitre exophtalmique. Poussées concomitantes d'hyperthyroïdie et de diabète parallèlement améliorées par l'insuline. — MM. Pr. MERKLEN, WOLF et C. KAYSER. Une malade âgée de trente-sept ans, basedowienne, entre à l'hôpital en proie à une poussée d'hyperthyroïdie coïncidant avec des signes de diabète : polydipsie, polyurie, glycosurie et glycémie. Le traitement par l'insuline a facilement raison de l'élément diabète. Le sucre urinaire disparaît en six jours; la glycémie plus lente à se réduire, tombe néanmoins de 2g80 à 1g80; les symptômes subjectifs cèdent rapidement. Mais, en même temps que se notent ces faits aujourd'hui classiques, on observe une rétrocession évidente des accidents d'hyperthyroïdie; le pouls se ralentit, les palpitations cessent, l'état général se remonte, le facies perd son aspect hagard et anxieux, les bouffées de chaleur et les sudations ne se manifestent plus, le psychisme revient à la normale, la poussée basedowienne en un mot s'apaise.

Il ne s'agit pas d'ajouter aux nombreux traitements du goitre exophtalmique un traitement nouveau. Les déceptions sur ce point doivent rendre circonspect. Le repos, les soins, le rôle de la suggestion, tout cela est à prendre en considération. Il n'en demeure pas moins que, avant et après les injections d'insuline, la malade n'était plus la même.

Depuis longtemps on connaît l'antinomie entre le pancréas et la thyroïde. Cette donnée ne peut pas ne pas être rappelée en la circonstance. Mais, en dépit de ce qu'on a écrit, il n'est pas démontré que la glycosurie et le diabète des basedowiens soient d'origine thyroïdienne. Cependant l'insuline dans cette observation est apparue comme l'antagoniste de la sécrétion exagérée de la grande thyroïde.

Endocardites infectieuses subaiguës curables. — M. LIBMAN (de New-York) à propos d'une série d'observations insiste sur l'étude clinique, les lésions anatomiques de l'endocarde dont il montre plusieurs films et surtout sur la lésion de la rate.

L'ictère toxique par les moules. — MM. Noël FIESSINGER et André RAVINA résument plusieurs observations d'ictères aigus dus à l'ingestion de moules. Ces ictères surviennent deux à trois jours après le repas qui les a provoqués. Souvent précédée de vomissements ou de diarrhée, parfois d'urticaire, leur évolution clinique demeure bénigne et présente tous les caractères de l'hépatite aiguë connue sous le nom d'ictère catarrhal.

Après avoir étudié les différentes substances toxiques iso-

lées de Mytilus edulis, les auteurs résument leurs propres expériences. Celles-ci ont porté sur la souris et surtout sur le cobaye. L'injection d'extraits glycérinés ou mieux d'extraits alcooliques provoque chez ces animaux des altérations marquées du chondriome de la cellule hépatique autour de l'espace porte ou au centre du lobule.

De telles expériences témoignent de la présence d'une substance hépato-toxique chez la moule. Cette substance paraît faiblement toxique et différente soit au point de vue qualité, soit au point de vue dose, de celle qui détermine les grandes intoxications par les moules. Elle est loin d'agir d'une façon aussi massive et semble favorisée par une sensibilité viscérale spéciale du sujet atteint.

Néphrite d'origine rhinopharyngée. Intervention. Guérison. — MM. Léon KINDBERG et A. BLOCH rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans pris subitement dans la nuit d'une crise épileptiforme. Celle-ci, en relation avec une forte hypertension artérielle et de l'albuminurie, fut mise sur le compte d'une lésion rénale, elle-même entretenue par une infection chronique du rhinopharynx. Une intervention locale, en guérissant celle-ci, entraîna la disparition définitive de tous les autres accidents. Cette thérapeutique étiologique des néphrites ne doit jamais être perdue de vue, surtout chez un sujet jeune : l'intervention du spécialiste peut empêcher l'évolution ultérieure d'un mal.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CANCER DU REIN [1]

B. **Les douleurs.** — Les douleurs sont peu caractéristiques et inconstantes. Quoique ayant une moindre valeur que l'hématurie, elles peuvent cependant aider au diagnostic.

Elles siègent dans la région lombaire, présentant des irradiations vers le thorax, des membres inférieurs, etc. ; leurs caractères sont variables.

Au *début*, il peut survenir une douleur sourde, continue (douleur de congestion rénale) ; d'autres fois, ce sont des douleurs par crises et survenant au cours de l'hématurie, par suite de la migration d'un caillot.

Tardivement, il s'agit d'une douleur lombaire avec irradiation dans la cuisse, la hanche, la paroi abdominale. Il s'agit de douleurs liées à l'envahissement ou à la compression de troncs nerveux par la tumeur.

C. **La tumeur rénale.** — La tumeur rénale n'est pas un signe constant. Mais quand il existe, il est d'une grande valeur. La tumeur rénale n'est pas perceptible si elle se développe en haut vers la région thoracique.

C'est ainsi que les hypernéphromes, qui se développent à la partie supérieure du rein, sont difficilement perceptibles.

Avec Guillet, on peut distinguer trois périodes, pendant lesquelles l'examen du rein donne des renseignements variables :

Première période. — La tumeur est peu développée. A l'inspection, le sujet étant couché sur le côté, le siège tourné vers la fenêtre, on voit quelquefois une légère voussure de la région lombaire.

La percussion ne donne aucun renseignement.

La palpation est pratiquée suivant le procédé de Guyon : On obtient le ballottement rénal qui montre une tumeur mobile, un peu douloureuse, s'abaissant pendant l'inspiration.

Deuxième période. — La tumeur est facilement appréciable par tous les procédés :

A l'inspection, les côtes et le flanc sont plus ou moins soulevés. La tumeur fait saillie à la région lombaire.

Par la palpation bimanuelle, on sent une tumeur profonde, indolente, ferme et rénitente, avec de grosses bosselures à surface lisse.

Rarement, on peut percevoir des pulsations isochrones au pouls.

Par la percussion, on découvre au-devant du rein une zone sonore due au côlon ascendant ou descendant. L'insufflation de gaz dans l'intestin est parfois utile pour montrer l'origine rétro-colique de la tumeur perçue.

Troisième période. — La tumeur est volumineuse, elle est devenue abdominale. Quel que soit le procédé employé, la tumeur volumineuse a envahi toute la cavité abdominale, qu'elle déforme ; il n'y a plus de ballottement rénal. La tumeur perceptible est mate, on peut voir une circulation collatérale superficielle très développée.

A droite, on peut constater souvent la continuité de la matité de cette tumeur avec celle du foie.

A gauche, il y a interposition de la bande sonore du côlon entre le rein et la rate (insufflation du côlon).

D. **Autres symptômes.** — Ce sont les troubles de *compression*, en général tardifs.

1. La **varicocèle à droite** est caractéristique d'une tumeur rénale droite. Il a une très grande valeur, s'il apparaît chez des sujets âgés.

Son apparition est rapide. Il est indolore et en général tardif (signe de J. L. Petit-Guyon). Il serait dû à la compression tardive des veines spermatiques par le rein (Guyon), ou par les ganglions (Legueu), ou par les lymphatiques accolés au niveau de la veine cave inférieure.

Pour Grégoire, la congestion périrénale des veines adipeuses augmente en même temps le calibre des veines spermatiques. Enfin, dans certains cas, on a pu invoquer l'envahissement de la veine rénale ou de la veine caveinférieure par des bourgeons néoplasiques.

2. Les **compressions nerveuses** sont tardives, soit par l'envahissement de la tumeur, soit par les masses ganglionnaires. De là, des névralgies rebelles et violentes au niveau des derniers nerfs intercostaux, soit des abdomino-génitaux. On a pu voir des paraplégies par compression médullaire.

3. La **compression de l'uretère** peut amener la production d'une hydronéphrose, d'une hématonéphrose ou même d'une anurie.

Elle est, soit d'origine externe par compression, soit d'origine interne par formation d'un bourgeon néoplasique obstruant l'uretère.

4. La **compression du côlon** est peu marquée. Elle peut provoquer assez souvent de la constipation, exceptionnellement de l'obstruction intestinale.

5. Enfin, très rarement, on peut voir survenir une complication **ascite, anasarque, dyspnée** avec **pleurésie, œdème des membres inférieurs**.

6. **Symptômes urinaires.** — On a noté de la pollakyurie, de la rétention d'urine.

Plus souvent, on a pu constater la *néphrite des cancéreux* (Albarran et Léon Bernard) ; elle est caractérisée par :

Une diminution globale de la sécrétion urinaire (oligurie) par une diminution du taux de l'urée et par de l'albuminurie.

Cette néphrite peut exister aussi au niveau du côté sain par suite de l'action des néphrotoxines.

Pour Cathelin, deux cas peuvent se présenter :

a. Quelquefois, le taux de l'urée peut rester bon, car il n'y a alors que refoulement et non destruction de l'appareil glomérulo-canaliculaire.

b. D'autres fois, le taux de l'urée est abaissé, malgré un parenchyme relativement bon. Cela tient à un phénomène d'inhibition (néphrotoxines) ou action réflexe d'une tumeur du bassinet ou d'un pôle sur la sécrétion rénale voisine.

Pour certains auteurs, la présence de carbonate de chaux abondant dans l'urine serait un signe presque certain de néoplasme rénal.

Enfin, au microscope, on pourrait, dans certains cas, découvrir des cellules cancéreuses qui permettraient de faire le diagnostic.

Le *cathétérisme bilatéral* des uretères sera utile surtout au point de vue de rechercher quel est le fonctionnement du rein, qui n'est pas cancéreux.

Ce n'est que dans le cas où le fonctionnement semblera suffisant qu'on sera autorisé à conseiller une néphrectomie.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 83, p. 1378.

R. C., 263, Cosne (Nièvre).

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est définitivement composé de MM. Lortat-Jacob, Florand, Labey, Louis Bazy, Léri, Lesage, Guillemot, Descomps, Moulonguet et Devraigne.

Oral. — La première séance de l'épreuve orale du concours de l'internat est fixée au mardi 4 novembre, à 16 h., 49, rue des Saints-Pères.

— Concours de l'externat. — *Composition écrite.* — Séance du 20 octobre. — Questions données : *Anatomie.* — 1° Décrire l'extrémité du radius dans l'architecture de l'ossification.

2° Muscle ptérygoïdien externe. Anatomie descriptive et innervation sans les rapports.

3° Citer les noms des muscles innervés par le nerf cubital.

4° Description morphologique et insertion des ligaments croisés et des ménisques du genou.

5° Décrire le trou déchiré postérieur et énumérer les organes qui le traversent.

Pathologie médicale. — 1° Caractère de la douleur dans la colique hépatique.

2° Quels sont les caractères cliniques des fausses membranes diphtériques?

3° Caractères du pouls dans l'insuffisance aortique.

4° Caractères cliniques, topographie et évolution de l'éruption cutanée de la rougeole normale.

5° Les crachats dans la tuberculose pulmonaire cavitaire.

6° Enumérer sans les décrire les complications qui peuvent être annoncées par une chute brusque de la température, au cours de la fièvre typhoïde.

Pathologie chirurgicale. — 1° Signes physiques de la fracture type de Dupuytren, sans la radiographie.

2° Signes physiques et fonctionnels de l'étranglement d'une hernie crurale.

3° Enumérer, sans les décrire, les différentes variétés de panaris.

4° Signes fournis par l'inspection et la palpation dans la forme habituelle du cancer du sein, avant la période d'ulcération.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sanatoriums. — Le *Journal officiel* du 22 octobre publie un décret modifiant le décret du 10 août 1920, relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums. Ce nouveau décret prévoit notamment des quartiers séparés pour les malades adultes des deux sexes et les enfants âgés de plus de quatorze ans.

Chaque sanatorium devra posséder, en outre, des lits d'isolement dans la proportion de 10 p. 100, pour les contagieux, les septiques chirurgicaux et les opérés. Des laboratoires de bactériologie et radiologie, un service dentaire, un service de désinfection et une salle d'opération avec des salles de pansement et de stérilisation devront être également prévus.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un décret, inséré au *Journal officiel* du 22 octobre 1924, complète l'article 13 du décret du 3 janvier 1922, en ce qui concerne les remplacements et suppléances.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire en pharmacie des Asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'Hospice Départemental Paul Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris, le lundi 12 janvier 1925. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service de l'Assistance Départementale, deuxième bureau, Annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 447, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 15 au 27 décembre 1923.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1925.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont inscrits au tableau d'avancement pour 1924 (réserve) :

Pour le grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Richaud (A.-A.-L.), 8e C. A.; Besson (C.-A.-F.), 11e C. A.; Lambert (M.-S.), 20e C. A.; Abelous (J.-E.), 17e C. A.; Finck (C.-J.), 20e C. A.; Bérard (L.-E.), 14e C. A.; Carrière (G.-L.), 1er C. A.; Chatin (P.-M.-F.), 14e C. A.; Humbel (L.-P.-X.), 5e C. A.; Frey (L.) et Sauvez (E.-G.-R.-B.), G. M. P.; Montalescot (G.-J.-D.-O.), 13e C. A.

Pour le grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Izard (G.), G. M. P.; Barthélemy (H.-A.-J.) et Hemery (E.-S.), 6e C. A.; Spindler (P.-M.-H.-A.), G. M. P.; Chaufour (E.-C.-E.), 2e R.; Gallouin (L.-M.), 3e C. A.; Tillier (M.-J.-H.-E.), G. M. P.; Schmitt (F.-C.-A.), 20e C. A.; Michel (V.-G.), G. M. P.; Guglielmi (M.-J.), 2e R.; Abt (E.-F.-J.), 20e C. A.; Emeric (E.-F.), 13e C. A.; Dedieu-Anglade (D.), 18e C. A.; Goidin (G.-A.-A.), G. M. P.; Ledoux (F.-P.-E.), 7e C. A.; Raynaud (M.-A.-F.) et Roux de Badilhac (J.-B.), 19e C. A.; Aveline (P.-M.-F.-E.), 4e C. A.; Barbin (A.-A.), 2e R.; Bassaget (J.-G.-M.-H.), 15e C. A.; Cantonnet (A.-L.-H.) et Coutelas (H.-C.-G.), G. M. P.; Dugue (P.-A.), 4e C. A.; Erlanger (E.-V.), G. M. P.; Lançon (C.-E.-J.), div. d'occ. Tunisie; Liautey (M.-D.-V.), 7e C. A.; Loyer (P.-E.), 5e C. A.; Mathieu (P.-A.), 11e C. A.; Perari (A.-F.-C.), tr. d'occ. Maroc; Porot (A.-M.-J.), 14e C. A.; Vurpas (C.), G. M. P.; Euzière (J.-G.), 16e C. A.; Guillemard (J.-M.-V.-H.), 19e C. A.; Mandoul (A.-H.) et Parcelier (A.-J.), 18e C. A.; Robert (H.-F.-J.), 20e C. A.; Camus (Jean), G. M. P.; Boutavant (L.-E.-J.), 8e C. A.; Costa (T.-L.-A.), 19e C. A.; Fredet (P.-A.), G. M. P.; Laquerrière (A.-T.-P.-V.), 10e C. A.; Magitot (P.-E.-A.), G. M. P.; Nandrot (A.-F.-C.-J.), 5e C. A.; Tarnaud (J.-J.-R.), Weill dit Weil-Hallé (B.) et Barret (G.-M.-J.), G. M. P.; Casalta (C.-M.-L.), 15e C. A.; Chevret (F.-A.-M.), 10e C. A.; Clermont (D.-T.-B.), 17e C. A.; Coffart (C.-S.), 6e C. A.; Polaillon (H.-J.), 9e C. A.; Soule (J.), 18e C. A.; Triqueneaux (L.-E.-F.), 1er C. A.; Barotte (C.-F.), 12e C. A.; Lavenant (L.-M.-A.), 11e C. A.; Poissonnier (M.-E.-F.-G.), 13e C. A.; Brechot (A.-H.), 10e C. A.; Emanaud (G.-P.-V.), 12e C. A.; Gabriault (L.-P.), 9e C. A.; Lefeuvre (C.-J.-F.), 10e C. A.; Leo (G.-A.-F.), 3e C. A.; Pinard (M.), 6e C. A.; Constans (A.-H.-M.), 17e C. A.; Dupic (E.-A.-F.-A.), 12e C. A.; Le Blaye (J.-M.-R.), 9e C. A.; Pettit (A.), 4e C. A.; Satre (A.-P.), 14e C. A.; Validire (F.-F.-A.), 9e C. A.; Charles (R.-L.-J.), 1re R.; Chiray (M.-L.-M.), 12e C. A.; Ehrenpreis (L.), 10e C. A.; Hautefeuille (J.-F.), 2e R.; Ledoux-Lebard (H.-E.-A.-R.), 20e R.; Nordmann (C.-B.), 13e C. A.; Abrami (P.-L.), 6e R.; Bonhoure (J.-H.-M.), 8e C. A.; Delherm (L.-C.-J.-B.), 17e C. A.; Friedel (F.-G.) et Monier-Vinard (H.-R.), 5e C. A.; Ott (C.-E.), 3e C. A.; Petitjean (J.-J.-G.), 8e C. A.; Pradel (M.-A.-E.), 9e C. A.; Joyeux (C.-E.), G. M. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eduardo Bassini, chirurgien à Pavie, sénateur, auteur du procédé classique utilisé pour la cure radicale des hernies; Jean Benassy (d'Arfeuilles), Léon Dethier-Busine (de Wasmes); Ferdinand Fraipont, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de Liége, directeur de la Maternité, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, et Jean Slizewicz (de Rochefort-Montagne).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE du docteur LORTAT-JACOB. — Démonstrations et présentations de malades les premiers et troisièmes lundis de chaque mois, du 3 novembre 1924 au 15 juin 1925, à 10 heures, à la polyclinique de la salle Alibert, avec la collaboration de MM. Legrain, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis; Roberti, assistant du dispensaire de syphiligraphie, et le concours de M. Fernet, médecin de Saint-Lazare.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

CONTRÔLE : RADIOGRAPHIE

Mme Vve D... s'est blessée, le 7 février 1921, à la main droite en nettoyant le plancher du bureau de M. H... Etant allée trouver le jour même le docteur X... celui-ci ne l'envoya à la radiographie que le 11 mars, c'est-à-dire plus d'un mois après la première visite. Il fut alors révélé que la Vve D... avait une aiguille dans la main.

Le médecin, actionné dans la suite par la malade en raison de complications survenues, déclara qu'il avait donné ses soins à celle-ci à une époque où personne, pas même l'intéressée, ne soupçonnait qu'elle eût une aiguille dans la main. Il a reconnu que la patiente lui avait déclaré s'être blessée avec une écharde en nettoyant le plancher du bureau.

Le Tribunal du Havre avait à examiner si le médecin avait commis une imprudence; dans son jugement du 22 mars 1924 il répondit affirmativement.

Il commence par dire que « la responsabilité du médecin peut procéder à la fois d'une faute de droit commun, résultant de l'inobservation des règles élémentaires et générales de prudence applicables dans toutes les professions et d'une faute médicale, celle-ci devant avoir le caractère de faute lourde pour être retenue et pouvant être la conséquence, soit d'une ignorance en matière médicale, soit de la méconnaissance des règles de bon sens et de prudence qu'un médecin soucieux de la santé du malade, ne saurait ignorer ou négliger d'observer. »

« Attendu, dit le Tribunal, que sans examiner les faits au point de vue théorique et technique, dans le but de faire ressortir la faute du médecin, le Tribunal estime que la faute ordinaire du droit commun est d'ores et déjà établie. » *Il eût été prudent*, ajoute-t-il, en présence de la persistance et même de la recrudescence de la douleur, *de ne pas attendre un mois* pour faire radiographier la main de la dame D... dont la souffrance « faisait souhaiter qu'on lui ouvrît la main ».

La faute commise a été, pour le Tribunal, une négligence que le médecin avait commis, en ne recourant pas aux procédés de contrôle et d'investigation que la science mettait à sa disposition pour éclairer sa religion, et en ne s'entourant pas de tous les renseignements nécessaires, et même simplement utiles qui lui eussent permis d'établir un diagnostic plus sérieux. Le Tribunal a, en conséquence, fait application de l'article 1.382 du Code civil; au point de vue de la réparation du dommage, la dame D... ayant dû subir l'amputation de l'avant-bras droit, le médecin fut condamné à lui payer une rente annuelle et viagère de 360 francs.

On ne saurait trop attirer l'attention sur ce jugement; il en résulte que le Tribunal se réserve le droit d'examiner si le médecin a employé tous les moyens mis à sa disposition, même les plus modernes, pour établir son diagnostic. On peut se rendre compte par cette décision que devient restreinte la règle suivant laquelle les tribunaux s'interdisent de pénétrer dans le domaine scientifique : la distinction faite par le tribunal permet tout contrôle. Le médecin et le chirurgien doivent être prudents et vigilants.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

VIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(*Paris, 10 octobre 1924*)

Le 10 octobre s'est tenu à la Faculté de médecine la Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. L'affluence était encore plus considérable que l'année précédente, beaucoup d'orthopédistes étrangers étaient présents; la salle des thèses n° 2, remarquable par son éclairage défectueux, ne tardera pas à devenir trop petite pour contenir les membres de la Société.

M. Ombrédanne, vice-président, ouvre la séance. Il rappelle combien l'année a été dure pour la chirurgie infantile et pour la Société d'orthopédie. Après Fouillond-Buyat jeune orthopédiste d'avenir, c'est le professeur Denucé de Bordeaux, vice-président de la Société, qui vient de disparaître, puis Jalaguier qui laisse tant de regrets après lui. Enfin en quelques jours Hallopeau, un des rapporteurs de cette année, et le professeur Auguste Broca, président de la Société, ont été emportés brusquement. Pour rendre hommage à la mémoire de son président, la Société décide de lever la séance en signe de deuil.

PREMIÈRE QUESTION

LE SPINA BIFIDA OCCULTA

Rapporteur : M. Mutel (de Nancy).

Le rapport, très clair et très documenté, est divisé en trois parties :

Première partie. — C'est une étude anatomique. De l'examen de squelettes et de clichés radiographiques de sujets normaux le rapporteur conclut que la non soudure des arcs vertébraux postérieurs n'est pas toujours pathologique, et, lorsqu'elle est pathologique, n'est pas toujours l'indice d'une lésion médullaire primitive (spina bifida vrai). On peut la rencontrer dans trois cas :

1° *Elle constitue une disposition normale* : à la naissance il existe une déhiscence de l'arc postérieur, sur toute la hauteur du rachis. Puis la fermeture s'effectue progressivement en partant de la région dorsale moyenne, pour gagner vers les extrémités.

Aussi faut-il admettre que « l'image radiographique d'une solution de continuité au niveau des arcs vertébraux est normale chez l'enfant; elle s'étend sur un plus ou moins grand nombre d'arcs selon l'âge du sujet; elle est particulièrement persistante : au niveau de la région cervicale, sur l'atlas; jusqu'à l'âge de quatre ans; au niveau de la région lombo-sacrée, sur l'arc de la Ire sacrée, très longtemps, jusque vers huit, dix ans et plus ».

Chez l'adulte, il existe des variations morphologiques nombreuses, en particulier à la région lombo-sacrée : l'hiatus lombo-sacré, plus ou moins vaste, est limité en bas par l'apophyse épineuse de S^1 bifide dans 54 p. 100 des cas; cette déhiscence est asymétrique sur 19 p. 100 des pièces; en plus de cette déhiscence de l'arc postérieur de S^1 on trouve dans 4 p. 100 des cas la non-fusion des arcs postérieurs de S^1 et de S^2 (métamérisation), dans 8 p. 100 des cas il y a accolement des lames de S^1 sans soudure complète, dans 13 p. 100 des cas au contraire il y a absence totale de ces lames, et enfin la déhiscence complète de tous les arcs sacrés a été noté sur 2 p. 100 des pièces. On peut donc conclure que chez l'enfant comme chez l'adulte, cet hiatus vertébral « n'a aucune signification pathologique et n'a donc aucune relation avec les troubles organiques que peut présenter le sujet ».

2° *Il s'agit d'un rachischisis dû à un spina bifida occulta véritable.* La déhiscence osseuse n'est alors qu'un phénomène secondaire. La lésion est avant tout une malformation médullaire et nerveuse pouvant se traduire par des lésions variées de la moelle (aplasie, étranglement, syringomyélie), des racines nerveuses et des nerfs (adhérences, compressions), par la persistance de la lame épithélio-séreuse (adhérences profondes et superficielles, néoformations), par des lésions du revêtement cutané (cicatrices, adhérences, fossettes, hypertrichose, télangiectasies).

3° *L'image radiographique est celle d'une malformation osseuse pure* intéressant soit le rachis seul, soit d'autres pièces squelettiques du voisinage. Ces déhiscences vertébrales, parfois très étendues, peuvent siéger sur le rachis à n'importe quel niveau et n'entraînent pas de troubles fonctionnels. Au total, trois variétés de déhiscence du rachis postérieur, pour lesquelles le rapporteur propose la terminologie suivante : 1° *hiatus*, indice d'une ossification normale encore inachevée ou d'une simple variation morphologique; 2° *fissure*, indice d'une malformation osseuse pure; 3° *rachischisis*, indice d'une malformation osseuse sous la dépendance d'une malformation médullaire primitive (spina bifida).

Deuxième partie. — Le rapporteur passe en revue la série des syndromes cliniques qui ont été rattachés, de près ou de loin, au spina bifida occulta.

Il montre tout d'abord que le *syndrome de Klippel-Feil* (syndrome de réduction numérique des vertèbres du cou) est une malformation essentiellement osseuse. La déhiscence des arcs postérieurs qu'on y rencontre souvent n'a la valeur que d'une fissure osseuse n'ayant rien à voir avec le spina bifida. Il en est de même des fissures observées dans la *surélévation congénitale de l'omoplate*.

Dans la *région cervicale* et *cervico-dorsale*, on rencontre deux ordres de déhiscences des arcs vertébraux postérieurs. Le rapporteur les oppose l'une à l'autre : 1° les unes « remarquables par leurs variétés de position, car on les trouve à toutes les hauteurs, par leur largeur, le grand nombre de vertèbres qu'elles peuvent intéresser, le bouleversement coexistant de l'architecture rachidienne; et cependant, elles ne s'accompagnent d'aucune altération cutanée, d'aucune déficience médullaire; ce sont des lésions congénitales purement squelettiques », des fissures osseuses; 2° « Les autres sont toujours des déhiscences étroites, touchant au maximum trois vertèbres, toujours localisées à la région cervicale inférieure, sans déformation rachidienne, accompagnées de troubles trophiques, sensitifs, moteurs, indices d'une profonde atteinte nerveuse et qui sont la conséquence d'une lésion médullaire primitive : ce sont des rachischisis symptomatiques du spina bifida ». Ces dernières sont bien plus rares et l'auteur n'a pu en relever que six observations.

A la région dorsale, le spina bifida vrai est excessivement rare, on observe assez souvent l'absence d'une apophyse épineuse à la région dorsale inférieure (trou épineux de Denucé et Gourdon), mais M. Mutel croit qu'il s'agit de « séquelles provenant de la cicatrisation plutôt d'une fissure vertébrale par malformation osseuse pure que d'un rachischisis par malformation médullaire ».

Des affections multiples ont été rapportées étiologiquement à la *non fermeture des arcs de la Ve lombaire et de la Ie sacrée*, et aux troubles de développement de la terminaison de la moelle qui peuvent être la cause du rachischisis.

Tout d'abord se pose le problème des rapports du spina bifida lombo-sacré avec la *scoliose*.

Le rapporteur rappelle que depuis longtemps (Recklinghausen) on sait que le spina bifida vrai lombo-sacré peut entraîner des déformations vertébrales plus ou moins marquées. Ces descriptions se rapportent à des squelettes de fœtus monstrueux, ou à des nouveau-nés porteurs de spina bifida avec tumeurs (observations dans le livre de Denucé).

Plus récemment on a publié des cas isolés (Frœlich, Kirmisson) de scoliotiques porteurs de spina bifida occulta avec tumeurs, lésions nerveuses ou cutanées. Enfin dans une série de publications, Lance a recherché systématiquement « si certaines scolioses dites essentielles n'étaient pas des scolioses congénitales à manifestation retardée, précisément en rapport avec un spina bifida latent ». Le résultat de ses recherches publié en 1920 nous a montré que dans la scoliose dite essentielle on trouve une déhiscence vertébrale dans la proportion énorme de 44,26 p. 100. D'après Lance, le spina bifida peut être la cause d'une déviation du rachis de deux manières différentes : 1° par atrophie de l'un des membres

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

inférieurs résultant de l'aplasie médullaire due au spina bifida, cette inégalité des membres inférieurs entraînant une scoliose statique. Cette aplasie du membre siège presque toujours à gauche et peut s'accompagner de pied creux; 2° scoliose lombaire par asymétrie vertébrale au niveau de la Ve lombaire ou des Ires sacrées. La fissure est le plus souvent accompagnée de malformations vertébrales plus ou moins complexes (soudure de corps vertébraux, vertèbres supplémentaires, sacralisation, lombarisation, etc.).

Depuis lors de nombreuses observations analogues ont été rapportées et Mouchet et Rœderer, dans leur rapport au Congrès des pédiatres de langue française (1922), ont admis la fréquence des scolioses congénitales par malformations de la région lombo-sacrée.

Si le rapporteur admet que la première variété décrite par Lance (scoliose statique par inégalité de longueur des membres inférieurs) puisse être rattachée à une aplasie médullaire avec rachischisis vrai, il pense que dans la deuxième variété scolioses par anomalies osseuses lombo-sacrées, la fente des arcs postérieurs n'a que la valeur d'une fissure et reste une malformation purement osseuse.

On a depuis longtemps signalé la fréquence des hiatus vertébraux dans la *luxation congénitale de la hanche*. Quelquefois, il y a concomitance d'un spina bifida vrai et d'une luxation congénitale de la hanche; bien plus souvent, avec la luxation, on note la présence d'un simple hiatus lombo-sacré.

Le rapporteur pense que dans le premier cas il y a coexistence « sur le même sujet de deux malformations indépendantes »; « tout au plus, dit-il, pourrait-on admettre que le spina bifida, par le déséquilibre qu'il apporte dans la tonicité des muscles péri-articulaires, soit une cause prédisposante des hanches subluxables. »

Dans le deuxième cas, il s'agit très rarement d'un rachischisis, en rapport avec une malformation nerveuse, le plus souvent il s'agit d'un simple hiatus osseux.

Les rapports du spina bifida avec les *déformations des pieds* sont très complexes.

Le rapporteur examine d'abord les *pieds bots congénitaux*. Il démontre que les plus fréquents sont d'origine ostéo-articulaire. Mais « il existe des pieds bots d'origine nerveuse dus, par exemple, à un spina bifida occulta ». De nombreux auteurs ont admis leur existence. Ils sont « toujours accompagnées de symptômes en rapport avec la malformation médullaire : artérations cutanées, tumeurs sous-cutanées maux perforants, symptômes discrets de déficience musculaire. La déhiscence osseuse aurait dans ces cas la valeur d'un rachischisis.

Mais à côté du pied bot congénital, des publications multiples dans ces dernières années ont mis hors de doute l'existence de pieds bots acquis, en rapport avec la présence d'un rachischisis apparaissant dans l'enfance. Ces déviations du pied s'exagèrent à l'adolescence et sont de caractère nettement progressif. Il s'agit parfois de varus, de valgus, mais surtout de *pied creux*. (Voir le rapport et la discussion sur le pied creux, *Congrès d'orthopédie*, 1923.)

Il y a un rapport certain entre certaines *incontinences essentielles d'urine* et le spina bifida occulta révélé à la radiographie par l'existence d'un rachischisis, mais ceci surtout chez l'adulte. « La moyenne des statistiques, dit le rapporteur, montre que chez l'adulte 50 p. 100 et chez l'enfant 4 p. 100 des incontinences seraient dues à un spina bifida occulta. » Chez l'enfant l'incontinence essentielle est donc le plus souvent d'origine réflexe névropathique.

On a rattaché de même au spina bifida occulta certains *troubles trophiques* : ulcères, maux perforants des pieds, surtout les trophœdèmes et peut-être la sclérodermie en bande.

Le *syndrome douloureux lombo-sciatique* peut être attribué dans certains cas à un spina bifida occulta « causant une méningo-radiculite chronique avec des phénomènes d'irritation ou de déficience sensitivo-motrice ». Peut-être dans certains cas a-t-on attribué à tort à la sacralisation de la Ve lombaire des douleurs lombo-sciatiques en rapport avec le spina bifida latent qui accompagne si souvent cette malformation.

Troisième partie. — Le rapporteur y expose l'évolution, le diagnostic et le traitement des accidents dus au spina bifida occulta.

Ils peuvent exister à la naissance ou n'apparaître que plus tard. On dit alors qu'ils sont progressifs.

« L'apparition des accidents progressifs est due à une traction sur les centres nerveux par des bribes cicatricielles, à une striction par des tractus fibreux, à une compression par le développement d'une tumeur, à une diminution de la capacité fonctionnelle de la moelle, à des troubles syringomyéliques. »

Pour poser le diagnostic de spina bifida occulta l'examen radiographique ne suffit pas. Le rapporteur établit que « ni le siège, ni l'aspect, ni l'étendue d'une déhiscence ne permettent de préjuger de sa nature à la lecture d'un cliché. La radiographie ne permet pas de poser le diagnostic entre le rachischisis et le spina bifida, il doit être confirmé par d'autres investigations, basé sur d'autres signes cliniques ». Ce sont, soit des signes locaux (lésions des parties sus-jacentes), soit des symptômes à distance : signes de déficience nerveuse, nutritive, motrice, trophiques telle qu'on l'observe dans les pieds bots progressifs, certaines formes de pied bot congénital, d'incontinence d'urine, de lombo-sciatiques, de scoliose statique, de trophœdème, de sclérodermie.

M. Mutel signale l'importance de l'exploration au lipiodol sous-arachnoïdienne ou épidurale pour le diagnostic du siège et de la nature de la lésion. Il pense que dans les cas où le lipiodol chemine sans arrêt, démontrant l'intégrité anatomique probable, il faut penser à une aplasie nerveuse. L'arrêt du lipiodol révèle au contraire une compression et la localise.

« Le diagnostic de spina bifida occulta étant posé, un traitement chirurgical dit causal peut avoir pour but de guérir ou d'atténuer les accidents en intervenant au niveau du spina même. » Le rapporteur a réuni 46 interventions avec 2 morts (par infection; cas anciens) dont 6 explorations négatives; soit 38 interventions avec 9 échecs, 9 améliorations, 20 guérisons, donc 63 p. 100 de résultats favorables.

On ne peut donc pas dire « que la plupart du temps le traitement chirurgical sera nul ». M. Mutel pense que les statistiques iront en s'améliorant au fur et à mesure que les indications se préciseront. On évitera de plus en plus les interventions inutiles. C'est ainsi que l'exploration au lipiodol constitue un grand progrès. « L'intégrité des espaces sus et sous-dure-mériens révèle une aplasie au-dessus de l'art chirurgical. L'arrêt du lipiodol révèle l'existence d'une formation anormale, la localise et devient une indication opératoire.

Discussion.

MM. Ombrédanne et Lance (de Paris). Sur 226 scolioses essentielles de l'adolescence on a trouvé un hiatus de l'arc postérieur de la Ve lombaire ou Ire sacrée dans 40 p. 100 des cas, chiffre très supérieur à celui que l'on constate chez les sujets normaux (25 p. 100). Chez les scoliotiques, la déhiscence est asymétrique chez 23,5 p. 100 des malades, tandis que cette disposition ne se trouve que dans 5 p. 100 des sujets sains. Lorsque l'hiatus est asymétrique, le corps vertébral est le plus souvent asymétrique. Ces déformations primitives jouent un rôle important dans la genèse de la scoliose. Plus rarement, l'inflexion vertébrale est due à une inégalité de développement des membres inférieurs ; l'aplasie du membre (le gauche le plus souvent) semblant en rapport avec un spina bifida occulta.

Cinq cas d'hiatus osseux ont été traités dans le service pour des troubles divers : 1 pied creux, opération incomplète, 1 échec; 1 pied bot avec inégalité des membres inférieurs, opération, amélioration ; 1 incontinence des matières fécales, 1 guérison; 2 syndromes douloureux pseudo-pottiques, 2 injections épidurales de lipiodol avec 1 guérison et 1 échec qui, opéré ensuite, guérit. Au total, dans 4 cas l'opération a été complète, et il y a eu 1 amélioration et 3 guérisons. Dans tous les cas, l'agent de compression a paru être le ligament jaune épaissi, fibreux, tendu entre les arcs atrophiés et situés en retrait et obturant l'hiatus osseux.

M. Delchef (de Bruxelles) apporte deux observations : la première concerne une malade de vingt ans atteinte de douleurs vives de la région sacrée et chez laquelle la radiographie montre une déhiscence de la Ire sacrée ; la deuxième est celle d'un enfant de douze ans présentant des crises douloureuses et un double pied creux, la radiographie montre d'une part une déhiscence de la Ire sacrée et, d'autre part, une

arthrite trophique au niveau de la médio-tarsienne. L'injection épidurale de lipiodol améliore les douleurs. L'auteur se propose d'opérer cette malade.

M. NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon) croit que la division du rapporteur en déhiscences d'origine purement osseuse et celles d'origine nerveuse comme trop schématique. Il fait remarquer que cela pourrait conduire à des erreurs, le spina vrai ne se manifestant souvent que tardivement. D'autre part, les lésions sont très complexes et on ne sait le plus souvent s'il s'agit de lésions du squelette ou du névraxe. Tout ce que l'on peut dire c'est que la fissure indique une lésion qui peut être osseuse, fibreuse, nerveuse.

L'auteur rapporte l'observation d'un garçon de treize ans souffrant de crises douloureuses vives. L'opération montre une fissure latérale du sacrum, un gros filet nerveux venait se terminer dans le tissu fibreux obturateur. Sa résection amena la guérison.

M. Nové-Josserand croit que les douleurs de la sacralisation doivent être rattachées à la fissure sacrée qui accompagne souvent la sacralisation.

Il a observé 21 malades présentant le syndrome douloureux pseudo-pottique avec fissure sacrée.

Il cite deux observations qui montrent qu'en dehors du spina avec pied creux, troubles trophiques, il y a des cas plus légers dans lesquels la lésion ne se révèle que par des crises passagères d'algie dans les membres inférieurs.

M. Ed. DELCROIX (d'Ostende) a observé au sanatorium marin d'Ostende, 25 cas de spinas sur 61 scolioses examinées; il l'a trouvé aussi sur deux pieds bots, et à la IVe dorsale dans un cas de surélévation congénitale de l'omoplate, et enfin, dans un cas complexe, celui d'une jeune femme présentant des douleurs lombo-sciatiques faisant penser à la sacralisation, le membre gauche était atrophié et présentait un pied creux, la radio montre une fissure de la Ire sacrée.

L'auteur a observé le spina d'une VIe lombaire chez un enfant atteint de flexion congénitale du genou, affection à allure progressive qu'il rattache à cette anomalie.

Il pense que la découverte de cette anomalie osseuse dans une scoliose constitue un élément de gravité.

MM. RŒDERER et LAGROT. Dans sa thèse récente (Alger, 1924), Lagrot a étudié très complètement le spina bifida occulta. Il montre que chez l'enfant il est physiologique jusqu'à sept ans pour la Ire sacrée, que sa présence varie selon les races. Au total, un tiers des adultes normaux sont atteints d'hiatus lombo-sacré. De l'étude de 183 cas de scoliose, Lagrot conclut que le spina lombo-sacré y est plus fréquent que chez le sujet normal, surtout le spina asymétrique.

Dans les syndromes douloureux lombo-sacrés, 6 fois sur 8 cas, Lagrot a trouvé du chevauchement des lames. Il signale encore la fréquence du spina dans la luxation congénitale de la hanche, le pied plat et 2 cas d'ostéochondrite examinés étaient porteurs d'un hiatus.

Delbet a montré l'importance de la métamérisation dans l'incontinence d'urine essentielle.

La fissure n'est pas pathologique par elle-même, elle ne devient pathologique que par les autres malformations associées : asymétrie des corps vertébraux, du sacrum, des apophyses articulaires, la métamérisation.

M. DUCROQUET (de Paris) apporte deux observations de pieds bots varus équin par insuffisance musculaire liés à un spina. Ils étaient différents d'aspect des pieds bots congénitaux. Ici les péroniers étaient déficients et le jambier postérieur rétracté. La section du jambier postérieur à ciel ouvert permit le redressement forcé du pied.

M. MUTEL reconnaît qu'il a été très schématique, mais il croit que c'était une nécessité pour la clarté du rapport. La division entre les anomalies d'origine osseuse et nerveuse s'impose. Il rappelle que dans le syndrome de Klippel-Feil, la surélévation de l'omoplate, certaines scolioses avec hémivertèbres, il y a un bouleversement considérable du rachis sans aucun trouble nerveux. Le rapporteur se demande si dans les formes douloureuses qu'on a opéré avec succès, ces formations ligamentaires anormales ne sont pas des cicatrices d'origine nerveuse. Cette hypothèse est d'ailleurs d'importance secondaire, la conduite à tenir n'étant pas douteuse.

DEUXIÈME QUESTION

L'ÉPAULE BALLANTE PARALYTIQUE

Rapporteur : M. P. HALLOPEAU (de Paris).

Comme l'établit très bien notre regretté collègue au début de son travail : « Parmi toutes les paralysies donnant des épaules ballantes, nous pouvons observer des variétés dont la gravité va de la paralysie du deltoïde à la paralysie totale du membre supérieur et de la ceinture thoraco-abdominale. »

Il convient de distinguer les cas dans lesquels une intervention sera profitable au malade. Deux conditions sont nécessaires : 1° Que les articulations sous-jacentes (coude, poignet, main) soient le siège de mouvements actifs suffisants pour permettre au malade de se servir utilement, sans appareil, de son membre supérieur; 2° il faut que l'omoplate ait conservé sa motilité, en particulier, la paralysie du dentelé, du trapèze, du rhomboïde, constituent une contre-indication formelle.

L'épaule ballante par paralysie du deltoïde et des rotateurs de l'épaule seuls, constitue, au contraire, la variété la plus favorable.

De quels méthodes thérapeutiques disposons-nous ?

1° Des *appareils* nombreux ont été imaginés, remédiant aux tiraillements sur le paquet vasculo-nerveux par le poids du membre, donnant un point d'appui au bras, et permettant ainsi l'utilisation des mouvements de la main et des doigts. Ces appareils ne permettent pas l'élévation du bras. Ils sont lourds et encombrants.

2° Les *méthodes chirurgicales* au nombre de trois principales :

α. La *greffe nerveuse* qui se fait soit par implantation du nerf paralysé dans un nerf sain, soit par implantation du nerf sain dans le muscle paralysé. Dans ce dernier cas, on cherche à obtenir la neurotisation directe du muscle. On a plus récemment tenté cette neurotisation directe par greffe d'un lambeau de muscle sain dans le muscle paralysé, les terminaisons nerveuses du premier pouvant se développer dans le deuxième. Les myoplasties, myorraphies, greffes musculaires agiraient « non seulement mécaniquement mais encore, physiologiquement, comme distributeurs d'énergie excitatrice à la façon des greffes nerveuses ».

Le rapporteur montre très bien le point faible de ces méthodes : elles ne sont susceptibles de réussite que si on les pratique très précocement, dans les semaines qui suivent la paralysie.

Or, l'on sait combien de mois, d'années même la récupération spontanée demande dans la paralysie infantile. On ne peut donc juger du résultat réel de l'intervention précoce, et de plus celle-ci risque de léser les voies de reconstitution spontanée de la fonction.

β. Les *transplantations musculaires* ont porté surtout sur le trapèze, grand pectoral, dont les insertions supérieures sont reportées au niveau de celles du deltoïde. On a plus rarement employé le petit pectoral, grand dorsal, grand rond et rhomboïde. Ces transplantations peuvent donner des mouvements actifs de l'épaule (45° d'abduction, projection en avant et arrière); malheureusement, les mouvements ainsi recouvrés sont « dénués de force et de précision ». Néanmoins ces opérations ne sont pas à rejeter; conservant la mobilité à l'épaule, ce sont des opérations de luxe « réservées à quelques cas favorables où la mobilité sera préférée à la solidité ».

γ. L'*arthrodèse*, ankylose artificielle de l'articulation de l'épaule, permet la transmission des mouvements de l'omoplate au membre supérieur.

Le rapporteur expose sa technique classique établie par Vulpius. Le bras doit ensuite être fixé pendant au moins trois mois en forte abduction (au moins 90°), en rotation interne et légère projection en avant.

On a reproché à l'arthrodèse de provoquer une scoliose compensatrice, de prédisposer aux fractures de l'humérus, de gêner la croissance des os.

Ces reproches sont exagérés.

Paul Hallopeau expose ensuite les diverses modifications apportées à la technique classique de l'arthrodèse.

La principale consiste à remplacer les fils métalliques d'affrontement et de suspension par des chevilles ou greffons osseux.

L'arthrodèse laisse une épaule ankylosée, mais utilisable, elle remplit exactement le rôle qu'on attendait jadis des appareils prothétiques. L'abduction n'est pas très étendue, elle ne dépasse guère 45 degrés, mais elle se fait avec une force pratiquement suffisante.

Hallopeau termine son rapport par ce sage conseil : « Aucune de ces opérations ne devra être pratiquée hâtivement, les muscles paralysés pouvant s'améliorer spontanément pendant plusieurs années. »

Discussion.

M. OMBRÉDANNE (de Paris) rappelle qu'il a aidé, en 1898, M. Lannelongue dans la seule tentative de greffe nerveuse qu'il ait faite, sans succès d'ailleurs.

Il a exécuté plusieurs fois la transplantation du trapèze, mais il l'a abandonnée parce que les résultats sont transitoires et inconstants.

L'arthrodèse, au contraire, donne de bons résultats, constants si les indications et la technique ont été heureux. M. Ombrédanne pense que l'arthrodèse ne doit être tentée qu'à dix ou douze ans, les plasties musculaires pouvant constituer une opération d'attente.

M. Ombrédanne utilise une incision en potence qui donne plus de jour que l'incision antérieure.

Pour la contention, trois méthodes peuvent être envisagées : les fils métalliques, les vis métalliques, les greffes d'os. Les fils métalliques, chez l'enfant, coupent, aussi l'auteur donne la préférence aux vis métalliques sortant de la ligne de suture et enlevées au bout de quinze à vingt jours.

Le bras est mis en abduction dans un simple appareil de Pouliquen.

Le résultat immédiat n'est pas beau, surtout si l'ankylose est bonne, le bras reste en abduction, l'omoplate ne bascule que peu à peu. Le rachis, d'abord incurvé, se redresse ensuite.

M. FRŒLICH (de Nancy) a suivi, dans sa technique, trois phases différentes. D'abord, il se contentait d'appareils orthopédiques, puis il fit des transplantations musculaires par bascule ou glissement du trapèze. Les résultats furent peu brillants (*Th. de Nancy* : Richard 1907, Brabant 1908). La neurotisation du deltoïde par le trapèze se fait bien, il se contracte, mais le seul résultat est de recoller l'humérus à l'omoplate, l'abduction est nulle. Depuis, il fait l'arthrodèse avec un fil d'argent, plâtre avec le bras à 45 degrés pendant trois mois. Les résultats sont satisfaisants.

M. NICOD (de Genève) n'a jamais pratiqué l'arthrodèse sur des épaules paralytiqnes, mais l'accrochage de l'humérus à l'omoplate sur des épaules ballantes de guerre avec grande perte de substance osseuse. Il a obtenu de bons résultats, ainsi que le prouvent les photographies présentées.

M. JORGE (de Buenos-Aires) apporte cinq observations de transplantations tendineuses; quatre fois c'est le trapèze qui a été suturé au deltoïde, une fois le grand pectoral. Ces malades auraient été améliorés, surtout le dernier qui peut se servir de son bras pour manger et faire sa toilette.

M. ROCHER (de Bordeaux) pense que les résultats de l'arthrodèse dépendent de la technique. Il a cherché à mettre celle-ci au point. Il a publié les résultats de trois cas (Th. Assalit, 1923), il en apporte deux observations nouvelles.

Il n'emploie aucun moyen d'ostéosynthèse (fil ou greffon) et, cependant, il obtient une soudure osseuse, ceci parce qu'il fait un avivement complet et ensuite parce qu'il n'applique le plâtre qu'après quarante-huit heures, quand la malade est réveillée. Cet appareil brachio-thoracique doit être très précis et exercer un affrontement serré en modelant l'omoplate.

Lorsque le bras est à 90 degrés, l'angle d'arthrodèse est à 45 degrés, situation optima. Si on augmentait cette abduction, on déterminerait par la suite une scoliose.

M. NOVÉ-JOSSEBAND (de Lyon) résume quatre cas d'arthrodèse de l'épaule pratiqués sur des enfants de sept, huit, huit et demi et quatorze ans. Dans trois cas, il obtint une ankylose serrée avec 45 à 60 degrés d'abduction, dans le dernier cas, une ankylose fibreuse serrée avec 10 degrés de mouvements de l'articulation et l'abduction atteint 30 degrés. Ces cas prouvent que l'arthrodèse peut être réalisée même chez des sujets jeunes. La scoliose qu'on observe avant l'opération peut être due à deux éléments : rarement à la paralysie des muscles du dos, ordinairement à une inflexion du tronc du côté opposé pour aider à porter le poids du membre paralysé. Cette inflexion peut s'exagérer très vite, ce qui a poussé une fois l'auteur à intervenir de bonne heure.

L'incision antérieure est insuffisante comme jour pour placer un fil métallique dans le col de l'omoplate, aussi l'auteur propose de faire pour ce temps opératoire une deuxième incision postérieure.

M. LANCE (de Paris) verse aux débats deux opérations d'arthrodèse pour épaule ballante paralytique chez des enfants de huit à dix ans. Il croit qu'il est très utile de placer deux fils métalliques. Passés dans la tête humérale, entrecroisés, ils vont s'insérer l'un horizontalement dans le col de l'omoplate, l'autre verticalement dans la coracoïde. Le premier est le fil de l'affrontement des surfaces cruentées, le deuxième le fil de suspension. Grâce à leur présence, le plâtre n'a plus qu'un rôle de mise en abduction du bras. On le fait deux ou trois jours d'avance, on le coupe en bivalve et on le place en quelques minutes à la fin de l'opération.

Ces appareils doivent être portés six à huit mois.

Dans les deux cas, il a obtenu l'ankylose osseuse et une abduction active de 45 et de 60 degrés. Chez un des malades, il y avait une atrophie considérable de l'humérus et de la ceinture scapulaire. La clavicule étant plus courte de 2 centimètres que celle de l'autre côté, il y avait une surélévation du moignon de l'épaule.

A la sortie de l'appareil, l'abduction du bras persiste pendant plusieurs mois; si l'enfant tombe, il tombe sur le coude et fait une fracture de l'humérus très atrophié. C'est ce qui s'est produit chez un des malades. Non appareillé, il a fait une angulation vers le bas, d'où perte d'une partie de l'abduction du bras.

M. ROCHER (de Bordeaux) croit à l'inutilité des fils. Si on a une ankylose osseuse, les fils sont inutiles, si on a une ankylose fibreuse ils ne tiendront pas le poids du membre, ils couperont.

M. NOVÉ-JOSSERAND fait remarquer que le rôle des fils est temporaire. Il croit mal à l'immobilisation d'une épaule dans le plâtre, le malade glissant souvent dans l'appareil.

Au total, il ressort de cette discussion que, selon les conclusions du rapport, l'arthrodèse de l'épaule constitue l'opération de choix pour l'épaule ballante paralytique et qu'elle donne de bons résultats si elle est pratiquée sur des indications justes et avec une excellente technique.

TROISIÈME QUESTION

MÉTATARSALGIE OU MALADIE DE MORTON

Rapporteur : M. le professeur MAFFEI (de Bruxelles).

C'est en 1876 que Morton Thomas décrivit sous le titre de : « Une affection particulière et douloureuse de la quatrième articulation métatarso-phalangienne » l'affection qui porte son nom. Le rapport débute par la citation de deux observations de Morton, et, très justement, M. Maffei fait remarquer que la description de l'auteur américain se réduit aux signes subjectifs indiqués par le malade. C'est qu'en effet il y a peu de chose autre, la maladie se borne au symptôme douleur et à ses modalités. La radiographie a montré que l'on faisait rentrer à tort dans ce syndrome douloureux un certain nombre d'affections d'origine osseuse, alors que dans la maladie de Morton véritable on n'observe aucune lésion osseuse.

Le rapporteur définit ainsi la métatarsalgie : une modification des rapports normaux des têtes des métatarsiens survenant à la suite d'un traumatisme soit lent et progressif, soit violent et soudain, provoquant le pincement ou le tiraillement d'un ou plusieurs filets nerveux, occasionnant ainsi une douleur violente caractéristique, à type paraxystique, enfin ne relevant d'aucune modification anatomopathologique intrinsèque aux organes situés dans la région.

Avant d'exposer ces modifications des rapports des métatarsiens, le rapporteur décrit avec soin la disposition nor-

male de la région : la voûte transversale formée par les métatarsiens, avec ses deux points d'appui : interne (premier métatarsien) et externe (quatrième et cinquième métatarsien).

Il montre que cette voûte est maintenue par le ligament transverse du métatarse, l'aponévrose plantaire profonde et par certains muscles. Il attire en particulier l'attention sur la portion transverse de l'abducteur du gros orteil. D'après lui « ce muscle peut être considéré comme régulateur de cette voûte, et, conséquemment, les modifications de cette voûte pourront entraîner des contractions et des déchirures de ses fibres ». Il montre aussi que, d'après la disposition des nerfs du pied « il semble difficile d'admettre, anatomiquement parlant, qu'une de ces branches digitales puisse être, quelque anormal que soit le déplacement des têtes, prises entre celles-ci, et subir de ce fait un écrasement ».

On a, il est vrai, signalé des anomalies prédisposant à l'affection.

Quel est donc le mécanisme de la maladie?

Le rapporteur admet deux variétés :

Dans la première, la voûte transversale du métatarse s'effondre avec aplatissement et *élargissement* du pied. Il y a écartement des piliers et la « douleur résulte des tiraillements ligamentaires, des crampes du muscle transverse ». Dans la deuxième, il y a tassement de la voûte, elle *s'aplatit sans s'élargir*, les ligaments sont intacts, mais les métatarsiens chevauchent l'un sur l'autre, et la douleur résulte du pincement d'un filet nerveux entre les deux os déplacés. L'existence de cette deuxième variété a été bien démontrée au moyen de moulages et de mensurations par Bassetta.

Les symptômes sont différents dans les deux variétés. Dans la première, la douleur débute, soit brusquement à la suite d'une chute, d'un saut, etc., pendant lequel le poids du corps a été supporté très brusquement par le pied antérieur, soit progressivement à la suite d'une marche ou d'une station debout prolongée. La douleur siège à la région plantaire et affecte le caractère de déchirement; la pression latérale, le port d'une bottine étroite la soulagent.

Dans la deuxième, le pied a reçu un choc, une pression latérale, soit brusque, soit progressive (chaussures trop étroites); le malade accuse une sensation de pincement de nerf; le port de toute chaussure devient insupportable, la manipulation du pied, son appui au sol, amènent un soulagement.

Cette douleur initiale est à la longue altérée dans ses caractères par les complications.

Elle constitue le seul symptôme important.

La radio de face et de profil ne montre rien, ou, dans la deuxième variété (Bassetta) un peu d'adduction et de rotation sur leur axe des métatarsiens. Aucune modification de la structure des os. La radiographie permet par contre de distinguer de la maladie de Morton certaines affections confondues jusque-là avec elle : ostéochondrite, maladie de Köhler, ostéites de la tête, fractures méconnues des métatarsiens.

L'étiologie se réduit à peu de choses : une forme défectueuse du pied, l'usage de bottines trop étroites, l'atrophie des muscles du pied qui en résulte.

Le traitement consistera habituellement à chercher à rétablir le voûte plantaire métatarsienne au moyen de pelotes, semelles spéciales, ou encore par la transplantation tendineuse du long extenseur aux têtes métatarsiennes. Ce traitement orthopédique sera presque toujours suffisant.

La résection d'une des têtes métatarsiennes, moyen héroïque, « ne sera jamais qu'une méthode d'exception à réserver aux cas absolument rebelles ».

Discussion.

M. Frœlich (de Nancy) fait au rapporteur le reproche d'avoir décrit uniquement la forme classique de la maladie de Morton, bien délimitée dans sa symptomatologie, et d'avoir écarté les autres métatarsalgies dont on a pu, dans ces dernières années, délimiter quelques variétés : ostéochondrite des têtes métatarsiennes, maladie de Köhler, fractures méconnues des métatarsiens, métatarsalgie des goutteux (Chutro).

M. Frœlich rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans qui, à la suite d'un faux pas, souffre du bord interne du pied. La radiographie montre un sésamoïde en trois fragments. On l'enlève. L'examen histologique montre plutôt un aspect inflammatoire que traumatique. Les douleurs disparurent.

M. Lance (de Paris) remarque que le durillon plantaire sous la tête des deuxième et troisième métatarsiens constitue un signe constant de l'affaissement de la voûte antérieure du pied et un des éléments importants de la douleur.

Il signale les résultats obtenus par M. le professeur Sicard dans les métatarsalgies par les injections locales de lipiodol.

M. Nicod (de Genève). L'affection est obscure dans son étiologie. Elle doit être variée. Chez un malade présentant une douleur vive de la plante du pied entre le troisième et quatrième métatarsien, irradiée au dos, on trouve un petit nerf sous-cutané très douloureux au moindre attouchement. Après son exérèse, on obtint une guérison qui s'est maintenue depuis douze ans.

MM. Mouchet et Rœderer (de Paris), comme M Frœlich, regrettent que le rapporteur n'ait pas englobé toutes les métatarsalgies dans son rapport.

Ils ont observé un cas de maladie de Morton typique. A la radiographie on ne voyait rien de particulier. Ils rappellent 1 cas de Barré (de Strasbourg) analogue au cas de M. Nicod, où l'on trouve dans un syndrome de Morton typique un névrome de la plante du pied.

M. Mouchet a vu beaucoup de sésamoïdes tripartitum et certains sont douloureux.

Il aurait été d'autant plus désirable de faire connaître l'ostéochondrite des têtes métatarsiennes et la deuxième maladie de Köhler qu'aucun cas de ces affections n'a été publié en France, alors que les observations s'accumulent à l'étranger.

M. Judet (de Paris) a observé un cas de maladie de Morton consécutif à une chute en avant, le pied posé au sol, ceci en 1917. Il se produisit des ecchymoses en languettes de l'avant-pied. Cependant la radiographie ne montre pas de fracture des métatarsiens. Le pied reste douloureux. Vers 1919, la douleur prend le caractère de la métatarsalgie. Quand la malade se fatigue, elle ressent une douleur en coup de poignard partant de la plante. Si elle se déchausse, imprime au pied des mouvements de torsion, il se produit un ressaut comme si une subluxation se réduisait et la douleur s'éteint peu à peu. Si le ressaut n'est pas obtenu, la douleur vive persiste. La malade n'a pas d'affaissement de la voûte plantaire, pas de durillon. La radiographie ne montre rien de net.

M. Maffei. Il existe, en effet, deux manières de comprendre la question : ou s'en tenir à la description de l'affection classique de la maladie de Morton, ou décrire la métatarsalgie symptôme, ce qui comporte toutes les affections de la région. Il a cru bien faire pour la clarté du sujet de ne décrire que cette affection caractéristique qu'est la maladie de Morton.

— Par suite des décès des professeurs Broca, président, et Denucé, vice-président, l'assemblée avait à pourvoir à l'élection de membres du bureau. Sont élus par acclamations: président, M. Ombrédanne; vice-présidents, MM. Nové-Josserand et Mouchet; secrétaire général, M. Frœlich; secrétaire général adjoint, M. Mathieu.

Sont élus membres de la Société : les docteurs G. Huc (de Paris), Lagrot (d'Alger), Delahaye (de Berck), Mlle Chauveau (de Paris), Lasserre (de Bordeaux).

Sont élus membres correspondants : MM. Sanson (de Québec), Mercier (de Montréal), Contargyris (d'Athènes), Ribo Rius (de Barcelone), Opacki (de Varsovie), Martin et Lorthioir (de Belgique).

— A la suite de la demande d'un grand nombre des membres, la Société décide que lors de la prochaine séance annuelle deux sujets seulement seront mis à l'étude, et il y aura en plus une ou plusieurs séances pour les communications particulières, présentations de malades et d'appareils.

Les deux sujets mis à l'étude pour la réunion d'octobre 1925 sont :

1° *Le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche.* — Rapporteur : M. Lance (de Paris).

2° *Les mains botes congénitales et paralytiques.* — Rapporteur : M. Rocher (de Bordeaux).

M. LANCE.

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (1).]

DEUXIÈME QUESTION

Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins.

Rapport de M. G. Labey (de Paris).

Indications opératoires en dehors de la grossesse.

Les indications opératoires qui se posent en présence de fibromes doivent être distinguées selon qu'il s'agit de fibromes simples ou bien de fibromes présentant une complication d'ordre biologique ou d'ordre mécanique.

Fibromes simples. — L'opération, qu'elle ait lieu par la voie abdominale ou par la voie vaginale, peut être conservatrice, c'est-à-dire, se borner à l'exérèse de la tumeur ou mutilante, c'est-à-dire comporter l'ablation de l'utérus. Chacune de ces voies, chacune de ces méthodes, en dehors même des tendances personnelles du chirurgien, a ses indications particulières.

I. Chirurgie conservatrice. — La méthode conservatrice a des avantages certains tant pour l'individu que pour l'espèce.

Les accidents de la ménopause artificielle, troublés trophiques, nerveux et circulatoires sont, en effet, plus fréquents et plus accentués, surtout chez les femmes jeunes, que ceux de la ménopause normale. Ils sont, d'ailleurs, variables suivant l'âge des femmes, suivant leur état organique et leur état nerveux antérieur. D'autre part, il n'est pas nécessaire d'insister sur l'intérêt qu'il y a à laisser aux femmes opérées la possibilité d'être fécondées.

Mais l'opération conservatrice n'offre-t-elle pas, en regard de ses avantages, des inconvénients et des dangers, une gravité plus grande que celle de l'opération mutilante, la possibilité de la récidive nécessitant une nouvelle opération? C'est ce qu'il convient d'examiner.

A. Chirurgie conservatrice abdominale. — La *gravité* de cette méthode ne peut être appréciée qu'en se rapportant à des statistiques récentes. Celle de Goullioud, en 1922, donne 4 morts sur 104 cas, soit une mortalité de 3,85 p. 100. Dans celle de W. Mayo, en 1922 également, la mortalité est de 0,5 p. 100. Enfin, Giles (de Londres) a publié, en 1923, une statistique de 1.004 hystérectomies abdominales avec une mortalité de 1,69 p. 100 et de 173 myomectomies abdominales avec une mortalité de 1,7 p. 100.

La gravité de la myomectomie serait donc à peu près égale ou même inférieure à celle de l'hystérectomie. Malheureusement, ces chiffres n'ont qu'une valeur restreinte, car l'extirpation des fibromes pédiculés et les énucléations intra-utérines confondues dans les statistiques comportent des difficultés et des risques très différents.

On a reproché à la myomectomie le risque d'hémorragie qu'elle ferait courir à la malade. Mais c'est une objection plus théorique que réelle. Plus sérieuses sont les complications infectieuses dues à l'ouverture de la cavité utérine. C'est pour les prévenir que Tuffier, ayant préalablement dilaté l'utérus, draine par le col quand une brèche a été faite à la muqueuse.

La possibilité de *récidives* est la plus grosse critique formulée contre la méthode conservatrice. Cependant ces récidives paraissent assez rares : 4 sur 123 myomectomies (Martin), 4 sur 540 (Zwibel), 4 sur 104 (Goullioud). Et, d'ailleurs, la crainte d'une récidive dont l'intéressée est avertie n'est pas de nature à faire repousser l'opération chez une femme qui désire des enfants.

On constate, en effet, que le nombre des grossesses survenues après myomectomie, sans être très élevé, n'est nullement négligeable. Voici des chiffres : 2 grossesses sur 122 opérées (Martin), 18 sur 540 (Zwibel), 15 sur 114 (Goullioud), 43 sur 504 (W. Mayo). Encore faut-il remarquer que parmi les femmes opérées de ces statistiques, il y avait bon nombre de célibataires et de femmes ayant dépassé quarante ans. Les grossesses multiples ne sont pas exceptionnelles. Des femmes qui étaient stériles avant l'opération ont cessé de l'être après.

D'autre part, contrairement à ce qu'on aurait pu craindre, la grossesse après myomectomie se passe généralement d'une façon tout à fait normale.

S'il est incontestable que l'opération conservatrice est légitime, les cas dans lesquels elle est justifiée et même commandée doivent être précisés avec soin.

D'abord, en principe, la myomectomie et l'énucléation n'offrent d'intérêt et ne seront pratiquées que sur des femmes jeunes, au-dessous de quarante ans.

Ensuite, les *conditions anatomiques* dans lesquelles se trouve la tumeur jouent un rôle important.

Les *fibromes pédiculés* représentent une des indications les plus formelles de la myomectomie. Mais il ne faut pas que la tumeur présente des signes de dégénérescence.

Le *volume* du fibrome, même s'il s'agit d'une énucléation, ne semble guère devoir entrer en ligne de compte. Des fibromes de plusieurs kilogrammes ont pu être enlevés sans hystérectomie avec succès.

Le *nombre* des tumeurs est un facteur plus discutable et la multiplicité des noyaux doit faire renoncer à conserver un utérus qui n'est plus alors qu'une « loque » sans utilité.

La *situation* des fibromes commande certaines réserves. Ainsi quand on enlève une tumeur de la corne utérine, la fermeture dela cavité peut amener l'oblitération de la lumière salpingienne et l'ablation des fibromes bas situés, intraligamentaire est quelquefois très difficile et plus dangereuse que l'hystérectomie.

Enfin, les *lésions concomitantes* de l'utérus, cancer du col ou du corps, métrite chronique invétérée ou lésion des annexes constituent évidemment une contre-indication formelle de l'opération conservatrice. A peine doit-on faire une exception pour certains cas de lésions annexielles chez des femmes jeunes où il est possible de conserver un ovaire et l'utérus. C'est dans de telles circonstances que peut aussi être indiquée l'hystérectomie fundique.

B. Chirurgie conservatrice par voie vaginale. — L'ablation des fibromes par voie vaginale a des indications nettes. Tel est le cas des polypes ou fibromes pédiculisés, à évolution cavitaire.

Si le polype s'insère sur le col, l'opération est des plus simples. S'il est implanté sur le corps, la dilatation et souvent la section des commissures sont nécessaires.

Les tumeurs volumineuses emplissant le vagin doivent parfois être morcelées.

Quant aux fibromes sessiles ou interstitiels, lorsqu'ils siègent sur le col, ils peuvent encore être assez facilement énucléés par le vagin, mais lorsqu'ils sont plus haut situés, leur ablation par cette voie devient discutable. La colpotomie antérieure, latérale ou postérieure, cette dernière surtout, permet à la rigueur d'énucléer de petits fibromes de la portion sus-vaginale du col, mais non des tumeurs volumineuses et l'ablation vaginale des fibromes interstitiels du corps utérin est aujourd'hui presque totalement délaissée.

II. Hystérectomie. — Pour éviter des répétitions on peut dire que les indications de l'hystérectomie se confondent avec les contre-indications de la myomectomie. Les deux voies abdominale et vaginale se retrouvent ici, la seconde n'ayant d'ailleurs plus guère de partisans sauf dans de rares exceptions.

A. Hystérectomie abdominale. — La technique en est aujourd'hui parfaitement réglée. Mais on discute encore sur les mérites comparés de la totale et de la subtotale et aussi sur l'utilité de conserver un ovaire.

Hystérectomie totale ou subtotale? — La question ne se pose évidemment pas dans certains cas. Par exemple l'hystérectomie totale est seule applicable aux cas de fibromes présentent une dégénérescence maligne ou associés à un cancer

(1) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353, et n° 83, p. 1372. — Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

du col ou du corps utérin. De même est-il sûrement préférable de faire la subtotale chez les vierges dont le col est sain et chez les femmes grasses à bassin profond. Mais les annexites, les métrites, les déchirures obstétricales du col compliquant le fibrome laissent les chirurgiens divisés touchant l'étendue à donner à l'exérèse. Et au sujet des fibromes simples, la divergence des opinions persiste encore, les partisans de l'hystérectomie totale faisant surtout valoir le risque d'une cancérisation du moignon cervical, ceux de l'hystérectomie subtotale la gravité bien moindre de cette dernière opération. L'accord n'est donc pas encore fait sur ce point de doctrine, mais le rapporteur estime que l'hystérectomie totale gagne actuellement du terrain. Sans doute il ne faut pas exagérer le péril du cancer secondaire du col. Les statistiques importantes de Routier, de Schwartz, de J.-L. Faure, sont vierges à ce sujet. Cependant il faut tenir compte de cette éventualité possible comme le montrent certaines observations. En outre l'hystérectomie totale ne semble guère plus dangereuse que la subtotale si l'on emploie une bonne technique comme celles de Walther ou la subtoto-totale qui consiste à enlever le corps et le col de l'utérus successivement et à laquelle recourt habituellement le rapporteur. Dans ces techniques la désinsertion du vagin se fait au plus près du col qui est « dépiauté » par les ciseaux courbes, refoulant la couche vasculaire péricervicale. Aussi l'hémorragie est presque nulle et la blessure de l'uretère à peu près impossible. D'ailleurs Walther n'a eu que 2,6 p. 100 de mortalité sur 496 cas et Baumgartner 2,8 p. 100 sur 138 cas d'hystérectomie totale.

Conservation d'un ovaire. — L'ovaire sans utérus et sans flux menstruel ne paraît pas présenter pour les malades un avantage. Polack, Graves, dépouillant leur statistique, concluent que la conservation de l'ovaire n'offre aucun intérêt physiologique et peut être dangereuse. Doléris, Legueu partagent cette opinion. Cependant certains chirurgiens préfèrent conserver un ovaire sain chez une femme jeune.

B. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Les indications se sont de plus en plus restreintes. Les fibromes très hémorragiques chez des femmes présentant des tares viscérales ne sont même plus de son ressort, depuis que sont employées la radio et la curie-thérapie. Mais l'hystérectomie vaginale reste une bonne et utile opération dans le traitement de certains fibromes compliqués.

Fibromes compliqués. — Il n'est question ici que des complications locales provenant du fibrome lui-même.

Fibromes dégénérés. — Seules prêtent à des considérations spéciales les dégénérescences dans lesquelles l'infection joue un rôle et il semble logique de réunir, au point de vue des indications opératoires les fibromes sphacelés et les fibromes suppurés.

1° POLYPES SPHACELÉS. — S'il y a un pédicule on peut souvent se borner à l'ablation du polype en ayant soin de laver et de drainer l'utérus. En cas de tumeur sessile, la paroi est souvent plus ou moins sphacelée, il faut enlever l'utérus. La tumeur est-elle petite? l'opération se fera par le vagin. Est-elle volumineuse? le mieux sera de l'enlever en totalité ou en partie par le vagin puis ayant tamponné l'utérus de pratiquer une hystérectomie abdominale totale avec tamponnement à la Mikulicz.

2° FIBROMES SOUS-PÉRITONÉAUX PÉDICULÉS SPHACELÉS ET INFECTÉS. — On doit en ce cas toujours intervenir par l'abdomen et faire varier l'acte opératoire selon le cas. L'extirpation de la tumeur peut être simple, mais il arrive que tout se borne à l'ouverture d'un fibrome plein de pus adhérent à la paroi.

3° FIBROMES NON PÉDICULÉS SPHACELÉS OU SUPPURÉS. — Il est rare que le foyer soit fermé, c'est-à-dire sans communication avec la cavité utérine. Dans ce cas l'hystérectomie peut être abdominale ou vaginale selon le volume de la masse. Quand le foyer communique avec l'utérus, l'intervention est grave et la voie vaginale souvent assez peu commode pour que certains chirurgiens aient dû terminer par l'abdomen une opération entreprise par le vagin. C'est donc une hystérectomie abdominale et toujours totale qui est indiquée ici, suivie d'un tamponnement à la Mikulicz.

Complications d'ordre mécanique : torsion. — La torsion porte, tantôt sur un fibrome sous-séreux pédiculé, tantôt sur la partie moyenne d'un utérus étiré par la masse fibromateuse. Les altérations anatomiques varient considérablement suivant le degré de la torsion, sa rapidité, les adhérences de la tumeur avec les organes voisins. De même on observe des formes cliniques différentes : torsion aiguë, torsion à poussées successives, torsion lente qui simulent les syndromes abdominaux les plus variés et dont le diagnostic n'est souvent pas fait avant l'intervention. Le pronostic dépend de la forme clinique. L'intervention s'impose dès que la torsion est soupçonnée. S'il s'agit d'un fibrome tordu au niveau de son pédicule, l'ablation du fibrome suffit, à moins qu'il n'y ait au niveau de l'utérus d'autres tumeurs nécessitant l'hystérectomie. La torsion axiale de l'utérus peut quelquefois être traitée par la réduction de la torsion avec myomectomie. Mais le plus souvent cette opération conservatrice sera difficile ou impossible et l'hystérectomie s'imposera.

Indications opératoires au cours de la grossesse.

Il est rare que pendant la grossesse les fibromes produisent des complications; il est même de notion classique que le fibrome peut se modifier pendant la gestation de manière à régresser et même à disparaître. D'autre part, les conditions de la thérapeutique se trouvent changées par ce fait qu'il y a deux existences en jeu et qui doivent être ménagées l'une et l'autre.

Mais l'intervention chirurgicale, si elle est rarement indiquée, peut néanmoins être rendue nécessaire par les motifs suivants :

1° Craintes de dystocie : fibrome prævia ;
2° Troubles d'ordre mécanique : compression ;
3° Dégénérescence : le plus souvent nécrobiose.

1° Craintes de dystocie. — Il est difficile de prévoir avant la fin de la grossesse qu'un fibrome pelvien sera sûrement dystocique. Cependant certains signes permettent dans une certaine mesure cette prévision. Moins la tumeur est grosse, plus elle est molle et plus l'ascension vers l'abdomen a de chances de se faire. Les fibromes de la partie antérieure ou latérale du segment inférieur ont beaucoup plus de chances de s'élever. Ceux qui siègent dans le Douglas ne sont pas compatibles en général avec un accouchement spontané.

Quant au moment de l'intervention, si elle est ainsi indiquée, il est déterminé de façon différente selon les chirurgiens. Bégouin chez une primipare attend le travail et chez une multipare intervient d'emblée. Pour d'autres auteurs, l'acte opératoire est toujours préférable à l'expectative aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

2° Troubles d'origine mécanique. — La compression s'observe surtout dans les fibromes du segment inférieur. Le rectum, l'urètre, les uretères peuvent être gênés dans leur fonctionnement, d'où s'ensuivent des troubles graves comme l'occlusion intestinale, la rétention d'urine, l'uronéphrose et même l'anurie. La compression vasculaire et nerveuse se traduit par des douleurs, des varices, des phlébites. L'intensité de ces troubles mécaniques commandent l'intervention.

3° Dégénérescence. — La nécrose aseptique ou nécrobiose considérée comme rare parce que rarement reconnue est, d'après Brindeau et Leroux, une des principales complications des fibromes gravidiques. La nécrobiose, qui ne s'infecte pas en général pendant la durée de la grossesse, est au contraire très souvent envahie par des germes aérobies ou anaérobies pendant les suites de couches. Les signes d'intensité très variable par lesquels se manifeste cette complication se présentent sous la forme de crises douloureuses rappelant les crises péritonéales. En même temps, symptôme important signalé par Bégouin, la tumeur devient sensible à la pression. L'intervention chirurgicale est alors formellement indiquée et quelquefois d'extrême urgence.

4° Autres indications. — L'*hémorragie*, si elle est causée par un fibrome du col, est une indication opératoire; si elle est due à un fibrome interstitiel elle commande, au con-

traire, l'abstention à moins que la vie de la femme ne soit en danger.

Les *menaces d'avortement*, quand elles paraissent avoir pour origine une tumeur gênant le développement normal de l'utérus, conduisent à l'intervention, du moins si la tumeur est facilement accessible.

La myomectomie est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible et ce sont les cas les plus fréquents. Son pronostic s'est beaucoup amélioré. Sur 116 cas réunis par Cotte et Creyssel d'une part, par Labey d'autre part (114 myomectomies abdominales et 2 myomectomies vaginales) il n'y a eu que 2 morts maternelles et 18 avortements postopératoires.

C'est donc uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie.

Lorsque le fœtus est arrivé à la période de viabilité, l'opération, quelle qu'elle soit, doit être précédée de la césarienne.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1924)

Sur l'équilibre alimentaire. Entretien du pigeon au moyen d'un régime totalement privé de facteur hydrosoluble B. — Mme L. RANDOIN et M. H. SIMONNET.

Sur le rayonnement des homœothermes et le calcul de sensibilités nerveuses. — M. Charles HENRY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1924)

L'épreuve d'hyperglycémie et le diagnostic du diabète. — M. Marcel LABBÉ fait une communication sur les résultats très intéressants que donne le dosage du sucre dans le sang, après hyperglycémie provoquée après ingestion, à jeun, de 50 grammes de glucose pure, pour le diagnostic et le pronostic du diabète et pour ces états que MM. Pierre Marie et Baudoin ont désignés sous les noms de pré ou paradiabétiques, néphrite, obésité, maladie de Basedow, hépatisme, arthritisme, etc. Pour cet examen, quelques gouttes de sang suffisent, ce qui permet de le répéter selon les besoins.

On peut ainsi déceler des états diabétiques importants chez des sujets en apparence sains. Ces états prédiabétiques ainsi dépistés de bonne heure peuvent être traités et enrayés dans leur marche vers un diabète grave. Enfin, cette méthode permet aussi de reconnaître le diabète purement rénal.

On conçoit tout l'intérêt que comporte cette méthode au point de vue du diagnostic et du traitement du diabète.

La mesure de la fragilité rénale et le choc provoqué. — M. LEGUEU. L'urémie constitue l'un des facteurs les plus importants des troubles postopératoires. L'azotémie, ni la constante ne permettent toujours d'en prévoir l'évolution après une opération, parce qu'elles n'indiquent ni la fixité du fonctionnement des reins, ni la fragilité avec laquelle, dans d'autres cas, cet équilibre peut se rompre.

L'auteur a proposé de mesurer cette fragilité rénale par un choc provoqué qui réalise à l'avance comme un diminutif de l'ébranlement que va causer l'opération.

Pour l'obtenir, l'auteur fait une injection dans le sang de 200 grammes de sérum hypertonique glucosé à 300 p. 1.000 et il obtient ainsi un ébranlement assez important de l'orga-

nisme pour déterminer une élévation immédiate de l'azotémie, dans les jours qui suivent, chez tous les gens dont les reins sont touchés de ce léger degré de néphrite, avec lequel on peut vivre dans de bonnes conditions d'équilibre de santé, mais qui peut se modifier très rapidement sous l'influence d'un trouble pathologique.

Si l'injection de sérum détermine une élévation très haute de l'azotémie, il est préférable de s'abstenir momentanément et de rejeter pour l'instant une opération dont la gravité est de portée nécessairement illimitée. Il vaut mieux attendre que le fonctionnement rénal soit redevenu plus stable.

Lorsqu'au contraire l'azotémie ne se modifie pas, on peut considérer qu'il y a, dans l'équilibre rénal, une certaine fixité et qu'il y a, de ce fait, moins de danger du côté rénal à pratiquer l'opération.

Dans la pratique, cette épreuve a donné à l'auteur quelques indications utiles ; elle lui a permis d'ajourner des opérations qui auraient été vraisemblablement dangereuses ou mortelles et, au contraire, de pratiquer avec une relative sécurité cette même intervention chez des gens dont le fonctionnement rénal, même défectueux, s'est montré à l'exploration fixé dans une attitude stable.

Lutte contre le cancer du col utérin. — Voilà trente-huit ans que M. J.-L. FAURE a entrepris cette lutte. Ainsi qu'il l'a fait connaître à la Société de chirurgie, M. J.-L. Faure apporte à l'Académie les résultats de cette longue expérience, et, s'appuyant sur des données statistiques très précises, il arrive à cette conclusion que le meilleur traitement du cancer du col est l'hystérectomie, pratiquée selon la technique actuelle qui donne les survies les plus longues, bien supérieure en cela au radium qui doit être réservé aux cas inopérables. M. J.-L. Faure continuera donc à opérer les cancers du col utérin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1924)

Le p_H urinaire et le titrage des acides organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. CORNÉLIUS. Dans une précédente communication, les auteurs avaient apporté une première contribution à l'étude de l'acidité urinaire chez les anxieux et les déprimés en mettant en évidence chez eux la grande proportion d'acides organiques urinaires. Depuis, ils ont poursuivi ces recherches et ajouté dans leurs nouvelles analyses l'étude du rapport $\frac{\text{acides organiques}}{\text{urée}}$, et surtout la mesure directe du p^H urinaire par la méthode colorimétrique.

Comme précédemment, les auteurs ont trouvé chez tous leurs malades, anxieux chroniques ou intermittents en état de crise, des quantités d'acides organiques (exprimées en volumes de HCl N/10 titrées par la méthode de van Slyke et Palmer) dépassant la normale. Le rapport $\frac{\text{acides organiques}}{\text{urée}}$ s'est montré particulièrement élevé. Enfin, en regard du taux élevé des acides organiques, la mesure du p^H indiqua une véritable alcalinité urinaire, tout au moins de l'hypo-acidité, correspondant vraisemblablement à une alcalose sanguine parallèle. Les réactions de Legal et de Gerhardt furent toujours négatives.

Etudes sur la sédimentation globulaire. Rapports entre le volume de tassement globulaire et le poids d'hémoglobine que renferment les globules. — M. Ed. PEYRE. L'étude d'un rapport $\frac{V}{H}$ entre le volume des globules sédimentés et le poids d'hémoglobine que contiennent ces globules indique des variabilités souvent importantes. L'auteur avait déjà mentionné les discordances que l'on observe entre le nombre globulaire et le volume du dépôt; il faut donc les imputer à la disposition physique du plasma et des cellules (charge électrique, poids spécifique, viscosité ou autres propriétés) puisqu'il n'y a pas parallélisme immédiat entre nombre, volume et charge hémoglobinique des stromas globulaires.

Action stimulante des infections diphtériques minima sur l'immunité vaccinale acquise chez le cobaye. — M. Ch. ZOELLER, après avoir réalisé, au moyen de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon, des cobayes réfractaires à l'infection diphtérique expérimentale, rend ces cobayes porteurs de germes par inoculations conjonctivales répétées de bacilles diphtériques.

Puis, après un certain délai, il évolue par des intradermo-réactions à la toxine diphtérique le degré d'immunité acquis par ces animaux ; il constate que l'immunité acquise est nettement supérieure à celle qu'ont acquise pendant le même temps des cobayes témoins, vaccinés mais non inoculés.

Il semble que ces infections minima, à peine perceptibles, exaltent l'immunité vaccinale.

Essais de vaccination antidysentérique par voie buccale. — MM. LESBRE et VERDEAU. Sur 24 lapins expérimentés, 4 sont morts rapidement après l'ingestion, 13 ont succombé à l'inoculation d'épreuve dans les mêmes conditions que les témoins, 2 ont fait une paralysie consécutive, 1 a résisté après avoir reçu des doses fractionnées de bacilles dysentériques.

Mécanisme de la vaso-constriction asphyxique. — M. TOURNADE démontre, par de nouvelles expériences, que la vaso-constriction asphyxique relève d'un trouble à la fois nerveux et humoral, celui-ci étant lui-même d'origine adrénalinique.

Sur l'infection tuberculeuse des jeunes lapins. — M. J. VALTIS, en laissant en contact quatre jeunes lapins avec leur mère inoculée dans la veine avec du bacille bovin virulent le jour même où elle a mis bas, a constaté que les trois jeunes lapins présentaient, un mois après, une adénite tuberculeuse des ganglions mésentériques sans lésions pulmonaires et intestinales.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE PHARMACOLOGIQUE DE L'ARSYLÈNE (1)

Par M. le professeur G. POUCHET.

L'acide allyl ou propényl-arsinique (arsylène) employé sous forme de sel monosodique, en injections, et de sel monocalcique, per os, se présente sous la forme d'une poudre blanche, inodore, de saveur salée et fraîche, soluble dans l'eau, assez soluble dans la glycérine, et fort peu soluble dans l'alcool. Sa solution aqueuse manifeste une réaction très faiblement acide et ne subit aucune modification avant la température de 120 degrés. Ce composé doit être considéré comme un homologue supérieur du méthylarsinate disodique. Il contient 40 p. 100 d'arsenic.

Après une étude pharmacologique et physiologique complète de ce produit, et après avoir rappelé les multiples travaux auxquels il a donné lieu dans tous les cas où les cacodylates sont indiqués, qu'on l'utilise à doses intensives (ampoules de 2 centimètres cubes), à doses toni-stimulantes (ampoules de 1 centimètre cube) ou à doses progressives selon la méthode de Fowler (granules), le professeur Pouchet fait remarquer que l'arsylène est capable, tout comme l'acide arsénieux, d'influencer très sensiblement le cours de la trypanosomiase expérimentale. La légère infériorité de son action par rapport à celle de l'acide arsénieux est plus que largement compensée par sa tolérance qui donne la possibilité de prolonger la médication, même à doses relativement élevées, sans courir les risques de l'arsenicisme, auquel aboutit fatalement le traitement par l'acide arsénieux, si l'on cherche à réaliser le maximum d'efficacité. On peut dire que l'arsylène réunit la facile tolérance des alcolyarsinates à l'énergique action thérapeutique de l'acide arsénieux; cette étude pharmaco-physiologique très importante vient d'ailleurs confirmer les résultats thérapeutiques très intéressants obtenus de divers côtés et dont notamment la thèse de Culty (Lyon, 1923) a rendu compte.

(1) *Bulletin méd.*, 16-19 avril 1924, n° 16, p. 440-444.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — ASSISTANTS DE CONSULTATIONS. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier 1925 dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Les candidats, qui doivent justifier de la double qualité de docteurs en médecine et d'anciens internes des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria), avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours, le prix de l'internat (médaille d'or) a été décerné :

Pour la chirurgie, à M. Rioux; pour la médecine, à M. Aubertin.

MM. Rioux et Aubertin sont, en outre, autorisés à faire une cinquième année d'internat.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination à deux places d'interne titulaire et à trois places d'interne provisoire en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 18 décembre 1924. Les épreuves commenceront à 9 heures du matin, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général avant le 1er décembre 1924 à midi. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — L'assemblée de la Faculté a désigné, pour remplacer le regretté professeur Denucé dans la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie :

En première ligne : M. le professeur agrégé H. L. Rocher; en deuxième ligne : M. le professeur agrégé Papin.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 23 octobre 1923, les médecins militaires ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1924, ont obtenu le titre de chirurgien des hôpitaux militaires :

MM. les médecins-majors de 2e classe Lheureux, du 18e génie à Lille; Bernard, du 19e corps d'armée; Modot, de la place de Bourges; Giguet, troupes d'occupation du Maroc. (*J. O.*, 24 oct. 1924.)

— Par décision ministérielle du 24 octobre 1924, les médecins militaires ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1924 ont obtenu le titre de médecin des hôpitaux militaires :

MM. les médecins-majors de 1re classe Anglade, du laboratoire de bactériologie d'Orléans; Junquet, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire.

MM. les médecins-majors de 2e classe Giacardy, du 144e d'infanterie ; Gourdon, du laboratoire de bactériologie de Metz; Fauqué, du 18e escadron du train des équipages; Bellon, de la place de Metz ; Costedoat, de l'armée française du Rhin. (*J. O.*, 25 oct. 1924.)

— SERVICE DE SANTÉ. — Sont inscrits au tableau d'avancement pour 1924 (réserve) :

Pour le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Brunat (J.-E.), 13e C. A.; Paulet (M.-X.-E.), 10e C. A.; Jamaux (E.-E.), 4e C. A.; Royer (G.-G.), 13e C. A.; Gérard (G.-A.-H.), G. M. P.; Chaignot (J.-M.-F.-A.), 5e C. A.; Clavel (M.-F.-G.), G. M. P.; Sommelet (H.-E), 7e C. A.; Charreire (M.-O.-A.-A.) et Mage (A.-M.-L.), 16e C. A.; Tixier (L.-E.-J.), 5e C. A.; Charpy (H.-A.), 7e C. A.; Valeton (P.-L.-P.), tr. groupe Maroc; Lemiere (C.-L.-V.), 3e C. A.; Perret (J.-L.), 14e C. A.; Astraud (M.-M.-A.), 20e C. A.; Bardin (P.-E.), 8e C. A.; Beros (G.-F.-J.-J.), tr. groupe Maroc; Blaizot (L.-P.), 10e C. A.; de Campredon (H.-F.-M.), tr. groupe Maroc; Cantenot (J.-M.), 7e C. A.; Chaillot (C.-G.) 12e C. A.; Defosses (B.-E.-A.), 13e C. A.; Dubly (A.-C.), 1er C. A.; Farnière (J.-B.), 12e C. A.; Gibault (C.-A.), 13e C. A.; Hamel (J.-A.), 20e C. A.; Jaubert de Beaujeu (A.-H.), div. occ. Tunisie; Jourdin (G.-L.-M.), 9e C. A.; Mallet (M.-G.-F.), 12e C. A.; Martin (L.-A.-H.-G.), 13e C. A.; Moussour (E.), 2e R.; Reynal (P.-J.), 13e C. A.; Schwartz (J.-J.-M.-A.), 5e C. A.; Thiery (J.-F.-A.), 20e C. A.; Tizon (R.-J.), 10e C. A.; Vassel

(L.-M.), 13e C. A.; Voinier (A.-E.-E.), 20e C. A.; Nègre (C.-L.-A.), G. M. P.; Nespoulous (P.-L.), 6e C. A.; Proust (J.-R.-J.), 10e C. A.; Uhry (E.-A.), 12e C. A.; Boda (O.-E.), 1er C. A.; Rouvillain (G.-A.), 2e R.; Weil (M.-P.), 10e C. A.; Scheurer (C.-Y.), 4e C. A.; Bollot (M.-V.-E.), 10e C. A.; Commes (C.-M.), 3e C. A.; Jourdrain (Y.) et Legros (H.-A.-J.-M.-N.), 10e C. A.; Percot (R.-G.), 3e C. A.; Giselard (M.-J.-D.-A.), 17e C. A.; Pepin (G.-J.-P.), 3e C. A.; Vernière (L.-A.), G. M. P.; Perrin (E.-J.-C.), 14e C. A.; Benasson (M.-A.-S.-P.-L.), 9e C. A.; Briault (F.-L.-J.), Couturier (H.-L.-D.) et Eliot (H.-L.-A.), G. M. P.; Birbis (G.-J.-J.) et Krouch (M.-J.-E.), div. occ. Tunisie; Mohn (A.-F.-J.-M.-J.-A.), 18e C. A.; Moreau (G.-A.), 7e C. A.; Picard (C.-S.-H.), 5e C. A.; Roger (J.-A.-M.), 10e C. A.; Desurmont (J.-J.-H.-E.), 1er C. A.; Gardies (A.-J.), 10e C. A.; Gontier (J.), 6e C. A.; Mornard (P.-E.-A.), 20e R.; Pichaucourt (M.-J.-J.), 6e C. A.; Chambard (E.), 9e C. A.; Lagarrigue (M.-F.), 6e C. A.; Moyraud (A.-F.-H.), 9e C. A.; Prieur (F.-P.-L.-M.), 8e C. A.; Rehm (L.-G.-P.), G. M. P.; Faure-Beaulieu (G.-F.-G.), tr. d'occ. Maroc; Latour (P.-G.-M.), 9e C. A.; Lubetzki (A.), 20e C. A.; Molin de Teyssieu (M.-Y.-G.), 18e C. A.; Porcheron (A.-H.), 3e C. A.; Talent (J.-M.-F.), 15e C. A.; Barrois (J.-M.-J.), 1er C. A.; Baurain (M.-I.-E.), 3e C. A.; Dumont (L.-J.-A.), 7e C. A.; Huck (E.-J.-A.), 19e C. A.; Imbert (J.-M.-M.-A.), 14e C. A.; Jacob (P.-G.), 5e C. A.; Lancon (J.-E.-J.), 14e C. A.; Lavigne (J.-P.), 7e C. A.; Meynadier (M.-A.), tr. d'occ. Maroc; Poulain (J.-V.-E.-J.), 2e R.; Timal (P.), 1er C. A.; Amado (A.-A.), 4e C. A.; Assire (E.-J.-P.-E.), 3e C. A.; Bascoul (R.-L.-B.), 19e C. A.; Benard (H.-A.), 20e C. A.; Benoist (M.), 15e C. A.; Bonnet (M.-J.-A.-J.), 14e C. A.; Boutin (L.-P.), 9e C. A.; Boscq (L.-G.), 17e C. A.; Brodin (P.-L.), G. M. P.; Bubendorf (J.-L.-A.), div. occ. Tunisie; Carrieu (F.-J.-M.), 16e C. A.; Chamaillard (L.-J.-F.), 5e C. A.; Cottenot (P.-H.), 2e R.; Cuvillier (A.-J.), G. M. P.; Dellac (A.-B.-P.-M.), 8e C. A.; Desvignes (E.-J.-B.-C.), 12e C. A.; Erlaud (E.-J.), 11e C. A.; Gaujoux (P.-E.-A.-E.), 15e C. A.; Gaulier (P.-J.), 7e C. A.; Granet (L.-M.-F.), 16e C. A; Guemene (G.-C. J.-M.), 10e C. A.; Hosteing (J.-M.-J.), 12e C. A.; Japiot (P.-V.-A.), 14e C. A.; Léon-Kindberg (A.-E.-V.-A.-M.), 11e C. A.; Logre (J.-B.-E.), 2e R.; Machefer (R.-A.-A.), 11e C. A.; Maljean (M.), 3e C. A.; Michaud (P.-M.-A.-F.) et Michot (J.-P.-C.), 13e C. A.; Monnier (L.-P.-A.), 11e C. A.; Morali (F.-G.-I.), 19e C. A.; Paillard (H.-M.-X.-A.), 5e C. A.; Pellot (J.) et Pierson (M.-A.-R.), 6e C. A.; Robillot (E.), 4e C. A.; Tarin (M.-A.), 5e C. A.; Thoby (P.-P.-M.), 11e C. A.; Valette (E.-J.-P.), G. M. P.; Bloch (M.), 5e C. A.; Lataste (J.-E.-A.-M.), 18e C. A.; Willigens (C.-F.-P.) et Bonnet (D.-L.), 19e C. A.; Girard (H.-J.), 14e C. A.; Lamy (P.-A.) et Liébault (G.), G. M. P.; Orsini (A.-E.), 15e C. A.; Istria (R.) et Lejonne (P.-E.), G. M. P.; Lutaud (L.-A.-A.), 5e C. A.; Moulonguet (P.-A.), G. M. P.; Boivin (F.), 9e C. A.; de Chabert Ostland (M.-M.-L.), G. M. P.; Hatry (R.), 9e C. A.; Jouffret (E.-A.), 15e C. A.; Barbet (F.-P.), G. M. P.; Bérard (C.-L.), 5e C. A; Carles (G.-F.), 18e C. A.; de Labretoigne du Mazel, tr. d'occ. Maroc; Rolland (J.-A.-M.), G. M. P.; Crespin (P.-J.-G.-E.), 19e C. A.; Arque (A.-M.-J.) et Chevallier (P.-L.-G.), G. M. P.; Chalot (G.-F.-P.-E.), 17e C. A.; Miraball (A.-J.-L.), 5e C. A.; Debre (A.-R.), 10e C. A.; Getten (A.-J.-L.-F.), G. M. P.; Govy (H.-C.-F.), 10e C. A.; Ouvry (M.-L.-A.), 3e C. A.; Lebucher (M.-J.-P.), div. d'occ. Tunisie; Marchal (J.-J.), G. M. P.; Baron (V.-L.), 18e C. A.; de Boissière (C.), 3e C. A.; Girou (C.-E.), 13e C. A. Lassalle (P.), 17e C. A.; Laurentie (F.-P.-P.-L.), armée du Levant; May (E.-F.-E.), G. M. P.; Pizon (O.), 5e C. A.; Poirier (H.-A.), 4e C. A.; Poyard (J.-A.-T.), 14e C. A.; Rousseau (F.-F.), Séjournet (P.-M.-T.) et Guieysse (A.), G. M. P.; Ferreyrolles (P.), 13e C. A.; Merlo (C.-J.), Chauveau (A.-L.-L.) et Cornillot (C.-D.), G. M. P.; Moreau (C.-F.-H.), 11e C. A.; Brot (L.), 8e C. A.; Lannelongue (M.), 17e C. A.; Ducoste (U.-J.-M.), 18e C. A.; Legrand (J.-L.), 3e C. A.; Montbrun (A.-C.-J.-A.), G. M. P.; Santi (L.), 15e C. A.; Triaud (J.-J.-H.), 12e C. A.; Gautier (E.-L.), G. M. P.; Aimes (A.-M.), 16e C. A.; Marioton (C.-L.-P.), 5e C. A.; Roulier (F.-M.-H.), 3e C. A.; Toulant (P.-F.-M.), 19e C. A.; Labat (E.-X.), 18e C. A.; Morize (P.-E.), G. M. P.; Aine (E.-P.), 14e C. A.; Berger (G.), 12e C. A.; Bérard (M.-M.-V.-Z.), 5e C. A.; Cannac (R.-L.-J.), 6e C. A.; Cuq (H.-P.-J.), 16e C. A.; Dufau (J.-B.-M.-T.-F.), 18e C. A.; Froget (G.-J.), 9e C. A.; Gendron (E.-G.-L.), G. M. P.; Martin (J.-F.), 14e C. A.; Mass (V.-H.-A.-C.-B.-L.) et Maurette (M.-P.-E.), 16e C. A.; Prelat (P.-V.-D.), G. M. P.; Nilus (F.-P.), 20e C. A.; Guisoni (L.-E.), 19e C. A.; Arene (J.-M.-C.-L.), 16e C. A.; Clippet (C.-J.), 2e R.; Mutel (M.-G.), 20e C. A.; Lehman (R.-M.), 18e C. A.; Casalonga (V.), 15e C. A.; Deniau (C.-A.-A.), 4e C. A.; Gauthier (J.-E.-A.), 20e C. A; Fourcade (M.), G. M. P.; François (P.-L.-J.), 2e R.; Liopet (C.-J.-A.-M.), 16e C. A.; Massonnet (E.-L.-F.) et Dore (J.), G. M. P.; Birotheau (E.-H.-J.-L.), 11e C. A.; Blanc (L.-A.-M.), 15e C. A.; de Parthenay (C.-C.), 1er C. A.; Aspesberro (J.-E.), 17e C. A.; Coudray (J.-C.-A.), 4e C. A.; Jourdan (C.-A.), 15e C. A.; Henry (P.-F.), 6e C. A.; Beliard (M.-C.), Basset (A.-A.-A.) et de Berne-Lagarde (J.-L.-R.), G. M. P.; Fornary (T.-J.-M.) et Nalin (P.-P.-A.), 15e C. A.; Vansteenberghe (P.-A.-A.), 1er C. A.; Nigaud, dit Dalban (L.-V.-J.), 14e C. A.; Maurel (G.-G.-L.), G. M. P.; Plaisant (E.-A.-C.), 4e C. A.; Jeanneney (G.-A.-V.-P.), 18e C. A.; Soulier (R.) et Bosc (G.-L.-J.), 16e C. A.; Massia (G.-F.-M.), 14e C. A.; Bergeret (A.), G. M. P.; de Champ de Saint-Léger (H.-M.-C.), 5e C. A.; Fromaget (H.-R.), 18e C. A.; Grimault (L.), 6e C. A.; Joinville (E.-F.), 3e C. A.; Joyeux (A.-L.-M.), 6e C. A.; Lacassagne (A.-M.), G. M. P.; Le Rouzic (C.-P.-L.-M.), 10e C. A.; Lorion (M.-E.-C.), 9e C. A.; Marcon (L.-E.), 15e C. A.; Molimard (A.-J.-A.), 13e C. A.; Roques (E.-F.), 17e C. A.; Roustan (L.-E.-M.), 15e C. A.; Santy (P.-E.-J.-N.), 14e C. A.; Bouis (P.-J.-M.), 15e C. A.; Bernard (L.-M.-J.), 17e C. A.; Richard (L.-M.), 15e C. A.; Fouque (C.-F.-J.), 3e C. A.; Metivet (E.-E.-G.), G. M. P.; Masselot (F.-J.-J.), div. d'occ. Tunisie; Abely (P.-J.-F.-X.), 17e C. A.; Sigaud (G.-L.), 14e C. A.; Vouters (L.-F.-J.), 1er C. A.; Darget (R.-U.-N.), 18e C. A.; Macquet (P.-A.-A.), 1er C. A.; Sebillotte (V.-E.-J.) et Dezarnaulds (P.-J.-B.), 5e C. A.; Sorrel (P.-M.-E.-E.) et Maurer (A.-H.-L.-R.), G. M. P.; Deroye (S.-J.), 8e C. A.; Gallot-Lavallée (P.-L.-M.) et Rabourdin (G.), 4e C. A.; Jullien (L.-G.), 2e R.; Monnier (L.-A.-C.), G. M. P.; Basset (E.-L.), 5e C. A.; Babin (L.-M.-L.), Douay (E.-C.-L.), Bloch (R.-G.) et Ramadier (J.), G. M. P.; Bussy (M.-J.-L.), 14e C. A.; Beclere (H.-M.-L.), G. M. P.

JOURNÉES MÉDICALES BELGES DE 1925. — La cinquième session des Journées médicales belges s'ouvrira le 21 juin 1925.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur Lévy-Solal, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le lundi 3 novembre 1924, à 15 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, au même amphithéâtre, à 16 heures.

Objet des conférences : Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Defoix (de Paris), décédé à Buenos-Aires; Charles Romieu, maire de Digne; Robert Cadéac, externe des hôpitaux de Lyon; Roger-Louis Marchand, étudiant en médecine, fils du médecin chef de la Maison nationale de Saint-Maurice, à qui nous adressons l'expression de notre très douloureuse sympathie; Eugène Vernade, pharmacien spécialiste à Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

TRAITEMENT DES KYSTES ET FISTULES THYRO-HYOIDIENS

Par VICTOR PAUCHET.

La thyroïde provient, chez l'embryon, d'un bourgeon qui part de la base de la langue et descend vers le cou pour atteindre sa place normale. Le tractus épithélial qui correspond à ce trajet entre la thyroïde et le foramen cæcum de la langue, disparaît assez tôt. Parfois, il persiste et devient le point de départ soit des thyroïdes aberrantes, soit des kystes ou fistules qui se développent le long de son trajet. Il est vraisemblable que la portion du trajet tyro-hypoglosse intermédiaire à la langue et à l'os hyoïde, persiste plus souvent qu'on le croit, mais comme il débouche dans la cavité buccale au foranem cæcum, le sujet ne s'en aperçoit pas; à moins qu'il ne s'infecte, ne se bouche et constitue un kyste ou un goitre lingual.

Les kystes et fistules qui se forment aux dépens du tractus thyroglosse peuvent apparaître très longtemps après la naissance. Ils se développent généralement par en bas, vers le cou et produisent soit des kystes, soit des pseudo-abcès froids aboutissant à une fistule thyroïdienne.

Le diagnostic est facile. Le clinicien trouve une tumeur kystique, ferme, placée sur la ligne médiane du cou, près de l'os hyoïde ou du cartilage thyroïde. En faisant jouer le kyste ou l'orifice de la fistule, le doigt décèle un tractus sous-cutané qui correspond à un pédicule et aboutit à l'os hyoïde; le kyste augmente progressivement et s'ouvre soit spontanément comme un abcès, soit chirurgicalement par erreur de diagnostic.

En cas de fistule, on apprend que celle-ci dure depuis des années; la peau péri-fistulaire est normale, le stylet arrive à l'os hyoïde ou passe en avant ou en arrière de lui.

Toute opération pour la cure des fistules thyroglosses qui ne supprime pas la totalité du trajet épithélial est généralement suivie d'insuccès.

Pendant l'exérèse, le kyste et la portion du pédicule canaliculé qui s'étend au-dessous de l'os hyoïde sont disséqués sans difficulté, mais au-dessus de l'os hyoïde la dissection est plus difficile et souvent l'opérateur abandonne le tractus; c'est une faute, car la récidive est possible; il faut savoir que ce trajet aboutit à la base de la langue, après avoir traversé l'os hyoïde et le raphé qui sépare les muscles myloïdiens et génioglosses. Il faut que tout le trajet soit excisé entre l'os hyoïde et la base de la langue.

Pour exciser avec certitude tout le tractus thyroglosse, il faut après avoir disséqué sa portion sous-hyoïdienne : *a.* réséquer un 1/2 centimètre médian de l'os hyoïde là où s'insère le tractus; *b.* une fois que ce petit segment osseux a été isolé, continuer à tailler en plein tissu sous-lingual pour l'exciser sur une largeur d'un 1/2 centimètre en se dirigeant vers la base de la langue et en suivant une ligne dont la direction forme un angle de 45 degrés (1) avec la tangente verticale qui touche la face antérieure de l'os hyoïde au milieu du cou. Cette ligne oblique se porte en arrière et en haut vers la base de la langue; l'opération se fait ainsi :

Incision cutanée transversale de 5 centimètres en travers du cou, au niveau de l'os hyoïde; la peau est coupée et réclinée en haut avec le peaucier; le kyste est découvert sur la ligne médiane au-dessous des muscles sterno-hyoïdiens. Il est séparé d'avec les tissus environnants jusqu'à l'os hyoïde; le tractus épithélial atteint ces os et paraît souvent s'y insérer; en réalité, il passe à travers l'os hyoïde; quelquefois il passe devant ou derrière; dans ce dernier cas, il faut sectionner l'os hyoïde. Si donc le tractus s'insère à l'os ou s'il passe au-dessous de lui, il faut réséquer un 1/2 centimètre d'os, au centre de ce dernier; ce segment osseux fait suite au tractus disséqué dans la région sous-hyoïdienne.

Ensuite, sans essayer d'identifier (1) et de disséquer le tractus dans son trajet sus-hyoïdien, on taille en plein tissu sur la ligne médiane sus-hyoïdienne et sus-linguale dans la direction du foranem cæcum; les ciseaux excisent ainsi « au jugé » un cordon de tissus prélevés sur le raphé et sur une largeur d'un 1/2 centimètre.

La dissection enlève donc le tractus thyroglosse dans sa partie sous-hyoïdienne, une portion de l'os hyoïde et une portion du raphé sus-hyoïdien sous forme d'un cordon large d'un 1/2 centimètre jusqu'au foranem cæcum. L'orifice créé par l'excision du foramen cæcum, dans la bouche, est suturée; quelques sutures au catgut sont également appliquées pour rapprocher les deux muscles hyoglosses et myloïdiens. Les tissus qui entourent les extrémités coupées de l'os hyoïde sont amenées au contact avec du catgut chromé ; ainsi les extrémités libres de l'os se rapprochent d'elles-mêmes sans qu'il soit nécessaire de les suturer. Un faisceau de crins est introduit pour drainer le foyer opératoire sous la peau. S'il s'agit d'une fistule et non d'un kyste, avant l'opération, il est bon d'injecter du bleu de méthylène qui permet de suivre le trajet pendant la dissection.

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Michel, mai 1924. Pour les figures voir *Pratique chirurgicale illustrée.* (Victor Pauchet, Fasc. 7, 1925).

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (2).]

DEUXIÈME QUESTION (*suite*)

Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins.

Rapport de M. Tixier (de Lyon).

Le fibrome de l'utérus est une tumeur bénigne compatible avec l'existence du sujet qui la porte. Ce sont les complications du fibrome qui mettent la vie en danger. Etudier les indications du traitement chirurgical des fibromes revient donc à établir quelles sont celles de ces complications qui relèvent uniquement de l'intervention ou qui trouvent en elle la thérapeutique la meilleure.

I. Indications d'un traitement chirurgical d'urgence. — L'indication opératoire peut s'imposer, rarement il est vrai, avec un caractère d'extrême urgence, et ceci dans trois circonstances :

1° Des troubles mécaniques modifient brusquement la

(1) Sistrunk. Cysts of the Thyroglossal tract. *Mayo Clinic.* 1919.
(2) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353; n° 83, p. 1372, et n° 86, p. 1426. — Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

nutrition du fibrome, c'est la *torsion*, ou déterminent une compression de l'intestin, c'est l'*occlusion intestinale*.

2° Des phénomènes *infectieux* et septiques agissent directement sur la tumeur et produisent la *suppuration* ou la *gangrène* du fibrome, ou déclanchent une *péritonite aiguë*.

3° Des ruptures *vasculaires* peuvent être l'origine d'hémorragies rapidement menaçantes pour la vie.

Les complications brusques se traduisent par des signes variables suivant que la tumeur a eu une évolution sous-séreuse, et abdominale ou intra-utérine et vaginale. D'où deux types cliniques.

A. **Type vaginal**. — Il s'agit le plus souvent d'un polype fibreux dont le pédicule est *tordu* ou *comprimé*. L'accouchement par le vagin d'un semblable polype est un mode de guérison spontanée; le travail se fait lentement, sans accident et le chirurgien n'a qu'à cueillir la tumeur.

Mais celle-ci peut être assez volumineuse pour qu'au passage du col utérin elle soit ischémiée puis sphacélée. L'opération devient alors plus importante, il faut accoucher opératoirement le fibrome.

Le *sphacèle* peut lui-même s'accompagner de suppuration intense et de *septicémie utérine*. Il est nécessaire, dans ces conditions, d'intervenir par la voie abdominale et de faire l'hystérectomie.

Enfin une *hémorragie* abondante peut se produire. Tout en se rappelant qu'une fibromateuse peut saigner d'une façon impressionnante sans que sa vie soit vraiment en danger, le chirurgien pourra être amené à prendre une décision immédiate. Mais avant de songer à l'hystérectomie, il aura recours aux moyens hémostatiques ordinaires voire à la transfusion qui suffiront le plus souvent.

B. **Type abdominal**. — La *torsion intra-abdominale des fibromes utérins* est brutale. La malade, en pleine santé ressent brusquement des douleurs très vives. Elle demeure immobile, couchée, les genoux repliés sur le bassin. Un état syncopal est de règle. On peut penser à un kyste de l'ovaire; l'erreur est sans importance : dans les deux cas il faut opérer. On réalisera suivant les cas, une myomectomie, une polypectomie, une hystérectomie.

Les fibromes interstitiels ou sous-séreux sont susceptibles de se *gangréner* et de *suppurer*, bien que le fait ait été mis en doute. Ce sont les signes généraux qui appellent l'attention : température élevée, frissons, céphalée, vomissements, tachycardie, langue saburrale.

L'intervention radicale s'impose quoique, dans de telles conditions, la malade soit particulièrement shockée et peu résistante.

Une *péritonite aiguë*, une *hémorragie intrapéritonéale* cataclysmique comme on peut en observer dans les fibromes télangiectasiques, exigent de même une intervention rapide; dans ces cas, le fibrome passe au second plan. C'est la péritonite qu'il faut traiter de suite, c'est l'hémorragie qu'il faut tarir d'abord.

II. Indications générales du traitement chirurgical des fibromes. — Le fibrome réclame, en somme, exceptionnellement une intervention d'urgence. La thérapeutique chirurgicale de cette affection est une thérapeutique « à froid » dirigée contre des accidents qui évoluent d'une façon lente et torpide. Presque toujours c'est l'exagération d'un symptôme habituel qui décide à opérer.

Exagération ou modification des symptômes habituels. — Les *hémorragies* sont rarement à elles seules une indication. L'anémie vraie qu'elles provoquent cède en général aux moyens médicaux. Mais le teint cireux de certaines fibromateuses, les œdèmes et les troubles vasculaires qu'elles présentent et qui peuvent coexister avec une anémie marquée, relèvent le plus souvent de la nature histologique de la tumeur qui déverse dans le sang des *lipoïdes hémolytiques* — ou du volume de cette tumeur qui comprime les vaisseaux et les uretères. Dans ces conditions, il est clair que l'exérèse chirurgicale s'impose, mais elle vise moins la suppression de l'hémorragie que celle de l'infection et de la compression et il faut noter qu'elle est ici particulièrement grave.

L'*exagération de la leucorrhée*, chez une femme jeune, doit faire penser à la possibilité du sphacèle, soit d'un fibrome sous-muqueux, soit d'un fibrome interstitiel exposé, et l'indication d'intervenir peut devenir urgente.

Chez la femme âgée, une leucorrhée persistante qui empèse le linge et répand une odeur fade et tenace, est parfois le premier signe d'un cancer du corps.

La *douleur* est peu marquée au cours de l'évolution du fibrome utérin; quand elle s'exagère la tumeur devient suspecte. On se souviendra qu'elle est spontanée dans le léiomyome, provoquée par la palpation dans le sarcome et qu'elle coïncide dans les deux cas avec un affaissement rapide de l'état général.

Chez les vieilles femmes on peut admettre qu'un utérus fibromateux qui devient douloureux est un utérus cancéreux.

L'indication thérapeutique est l'intervention chirurgicale dans tous les cas.

En dehors de l'exagération des symptômes habituels, d'autres conditions peuvent imposer l'acte chirurgical, en particulier les *modifications de consistance de la tumeur*.

Le fibrome pur est uniformément résistant et élastique; il est aisé de s'en assurer par la palpation et le toucher. Mais quand la tumeur est multilobulée, ce contrôle devient difficile. Or, les modifications tissulaires ont une valeur diagnostique et pronostique considérable.

La tumeur est particulièrement ferme dans la dégénérescence fibreuse; c'est un bon processus de guérison qui peut être utilement aidé par la physiothérapie.

Dans la dégénérescence calcaire le fibrome est dur « comme de la pierre ». Si dans ces conditions il devient douloureux et si l'état général semble décliner, l'exérèse est indiquée, car des phénomènes de mortification toxique menacent l'organisme. Traiter semblable fibrome par les rayons serait parfaitement inutile et parfois dangereux.

Une consistance molle, gélatineuse, quasi fluctuante traduit la dégénérescence œdémateuse et la transformation kystique avec troubles vasculaires menaçant la nutrition de la tumeur. Il serait alors imprudent d'user des agents physiques; mieux vaut prendre le bistouri.

Il en va de même toutes les fois que le fibrome de consistance normale présente une série de lobes plus ou moins pédiculés.

Enfin, une sensation de mollesse pâteuse caractérise le fibrome « en dégénérescence rouge ». L'hystérectomie en est le seul traitement; encore faut-il qu'elle soit totale; il s'agit souvent, en effet, d'une forme atténuée de léiomyome malin.

Le chirurgien est encore appelé à intervenir en raison de *troubles urinaires* graves. La rétention d'urine est le plus fréquent de ces troubles. Elle apparaît surtout le matin et peut être intermittente, totale et définitive, ou au contraire prendre les caractères de la rétention chronique incomplète. Elle impose le cathétérisme et par suite toutes les complications inhérentes à l'infection urinaire des rétentionnistes.

L'obstacle mécanique cause de la rétention est constitué par l'enclavement pelvien de l'utérus qui a basculé en arrière sous le poids d'un fibrome de la paroi postérieure du corps utérin. C'est la rétroversion qui crée la rétention et cette rétroversion persistera aussi longtemps que le noyau fibreux sera appendu à l'utérus. Il faut l'enlever; on ne saurait attendre la réduction lente et aléatoire du volume de la tumeur sous l'influence de la physiothérapie.

Les *troubles rénaux* sont à peu près constants dans les fibromes d'un certain volume. Ils sont la conséquence d'une compression, d'un soulèvement ou d'un étirement des uretères. Une gêne permanente dans l'évacuation de l'urine entraîne la dilatation progressive du bassinet et des calices. Le parenchyme rénal lui-même finit par souffrir. La pyonéphrose et le phlegmon périnéphrétique ne sont pas exceptionnels. Des troubles cardiaques s'installent : palpitations, hypertension artérielle, œdèmes périphériques, exceptionnellement anurie.

La constatation de ces troubles ne doit pas logiquement faire rejeter l'intervention, car le véritable moyen de soulager le rein est d'enlever la tumeur. Mais l'opération sera précédée d'une préparation soigneuse de la malade qu'on mettra quelques jours en observation. Il conviendra d'ausculter son cœur et son poumon, de prendre sa température, d'établir le taux de son urée sanguine et de juger la valeur fonctionnelle de son rein par la constante d'Ambard.

Toutes les fois que l'on notera une déficience sensible du

rein il faudra rejeter l'idée d'un traitement par les moyens physiques. Son action est trop lente, et les phénomènes de résorption qui suivent son application ne peuvent qu'imposer à l'organisme un travail supplémentaire dangereux.

Complications. — Une indication très spéciale de l'intervention chirurgicale est fournie par l'existence de la *nécrobiose* ou gangrène aseptique des fibromes. Elle peut accompagner indifféremment les tumeurs sous-péritonéales et les tumeurs interstitielles non exposées.

Ce sphacèle aseptique est dû à l'ischémie du fibrome. Tous les procédés physiothérapiques sont contre-indiqués; et même il est permis de penser que ces procédés appliqués d'une façon intempestive sont capables par leur seule action de provoquer cette nécrobiose.

L'*infection* est la cause du plus grand nombre des complications des fibromes. Elle peut se fixer soit sur l'utérus fibromateux, soit sur les annexes.

L'*endométrite infectieuse* est une des causes de la fièvre des fibromes. De là partent les thromboses pelviennes qui se manifestent sous forme de phlébites des membres ou d'embolies pulmonaires. L'acte opératoire est grave chez de telles malades mais est seul capable de les sauver.

Les *complications annexielles* sont les plus fréquentes. Il s'agit tantôt d'annexites latentes et torpides, tantôt d'une véritable suppuration salpingienne. Le diagnostic en est parfois difficile. La douleur surtout quand elle est réveillée par la palpation profonde latéro ou rétro-utérine, une température constante doivent faire songer à la salpingite. La chirurgie, sans présenter nécessairement le caractère de l'urgence est ici presque toujours indiquée. Seule elle est prudente alors que la radiothérapie est au moins inactive et la curiethérapie dangereuse.

La *transformation maligne des fibromes* de l'utérus peut aboutir soit au sarcome, soit au leiomyome suivant que la dégénérescence frappe le tissu fibreux ou le tissu musculaire lisse. Il est difficile de saisir cliniquement le moment précis de la transformation.

La *dégénérescence sarcomateuse* serait de 2 p. 100 d'après Piquand. C'est d'ordinaire au moment de la ménopause qu'elle se manifeste par une exagération de tous les symptômes du fibrome et l'apparition de phénomènes douloureux. A la palpation la tumeur est de consistance inégale avec des zones de ramollissement.

La décision thérapeutique dépendra de l'existence ou de l'absence de noyaux secondaires. Toute méthode active est naturellement contre-indiquée en cas de généralisation. Dans les autres cas on pratiquera une hystérectomie totale. La mortalité opératoire est voisine de 10 p. 100, mais dans l'état actuel de nos connaissances sur le traitement des sarcomes en général, personne n'ose espérer mieux des méthodes physiothérapiques.

La thérapeutique des léiomyomes est encore plus décevante.

Quand il y a *coexistence d'un fibrome utérin et d'un cancer du col ou du corps*, le seul traitement rationnel est l'hystérectomie abdominale élargie à la « Riès-Wertheim ».

On voit, par cet exposé détaillé que les indications de l'intervention chirurgicale se présentent avec une fréquence extrême au cours de l'évolution des fibromes utérins.

L'excellence d'un traitement se juge en définitive par sa mortalité. Or, celle-ci ne dépasse pas 5 p. 100 dans l'hystérectomie abdominale. Ce pourcentage peut encore s'améliorer, car quelques morts paraissent s'expliquer par l'infection opératoire.

Dans les cas de tumeurs sphacelées ou manifestement septiques, on devrait opérer plus souvent par la voie vaginale ou pratiquer des hystérectomies à pédicule externe. Le drainage abdomino-vaginal et le drainage à la Mickulicz trop peu souvent employés sauveraient encore quelques malades.

La mortalité par embolie est très élevée : 1 p. 100. Les gros fibromes des femmes à circulation veineuse ralentie sont particulièrement dangereux à ce sujet. On cherchera à éviter ce redoutable accident en supprimant toutes les causes de ralentissement circulatoire, ainsi l'injection de morphine et la purgation pré-opératoire, en surveillant la position de l'opérée au cours de l'intervention, en évitant de léser les vaisseaux par des manœuvres brutales.

En tenant compte des ressources précieuses qu'offre la physiothérapie, la chirurgie des fibromes doit être essentiellement *conservatrice* ou essentiellement *radicale*.

Il faut étendre les indications de la myomectomie qui laisse l'utérus intact, car il est important pour une femme de garder le plus longtemps possible une vie physiologique normale laquelle est essentiellement conditionnée par la persistance de la fonction menstruelle. La sécrétion interne ne suffit pas, il faut conserver l'utérus.

Mais quand la chirurgie des fibromes ne peut plus être nettement conservatrice, elle doit être essentiellement radicale. Puisque l'utérus doit être sacrifié, il faut du même coup supprimer les ovaires qui sans la présenee de la muqueuse utérine n'ont qu'une action physiologique discutable et qui parfois deviennent dans la suite le point de départ de douleurs ou le siège de lésions dangereuses.

Discussion des rapports.

M. Zawadzki (de Varsovie) communique quelques observations instructives. Chez une malade traitée par hystérectomie et à laquelle il avait laissé un ovaire il dut réintervenir trois ans plus tard pour un volumineux kyste ovarien multiloculaire adhérent au foie, au rein et à l'intestin grêle et dont l'extirpation fut particulièrement difficile.

Deux fois il eut à opérer des fibromes précédemment irradiés. Dans le premier cas l'intervention pratiquée un an après l'irradiation fut pénible en raison d'adhérences multiples. Dans le second, l'opération eut lieu douze ans après l'irradiation. Il y avait eu un bon résultat immédiat, mais une récidive se produisit avec dégénérescence néoplasique.

L'auteur accuse les rayons de provoquer des adhérences et de donner un véritable coup de fouet à la tumeur si elle est en voie de transformation maligne. En principe, il conseille la myomectomie chez les femmes jeunes et après quarante ans l'hystérectomie totale ou subtotale. Pour les tumeurs suspectes, un examen histologique doit être fait au cours même de l'opération.

M. Daniel (de Bucarest) estime que le traitement chirurgical reste le traitement de fond des fibromes utérins.

La voie abdominale sera suivie aussi bien dans les fibromes simples chez les femmes jeunes (chirurgie conservatrice) que dans les cas difficiles et complexes (chirurgie radicale). La voie vaginale sera réservée aux fibromes de petites dimensions et lorsque la voie abdominale semble dangereuse (femmes âgées, obèses, fibromes infectés ou compliqués de suppurations pelviennes, affections médicales, anémie post-hémorragique).

L'intervention comporte de nombreux détails de technique qui varient avec les cas : laparotomie transversale, hémostase provisoire avec des pinces à demeure abdominales, décollation préliminaire suivie d'hémisection utérine, morcellement intraabdominal, hystéro-polypectomie vaginale en bloc. Enfin, drainage transcervical et tamponnement à la Mikulicz par voie vaginale.

Les troubles de l'état général ne sont pas une contre-indication, ils commandent, au contraire, l'intervention qui sera précédée d'une thérapeutique médicale appropriée.

M. Rouffart (de Bruxelles), après avoir été un partisan décidé de la physiothérapie, pense actuellement que dans la plupart des cas le traitement chirurgical est le meilleur parce qu'il redresse les diagnostics erronés, guérit en une seule séance la tumeur et ses complications, conserve dans certains cas la menstruation et même la possibilité de grossesse. La myomectomie est le traitement idéal. L'hystérectomie suivant l'état du col utérin sera totale ou subtotale. L'auteur a observé sur 712 hystérectomies subtotales 3 cas de cancérisation ultérieure du col. Il ne conserve pas d'ovaire à moins que ne subsiste assez de muqueuse utérine pour que la menstruation soit possible et ne traite plus par les rayons ou le radium, que les cas d'utérus fibromateux sans fibromes, ceux où l'utérus présente des parois peu épaisses, où les hémorragies sont fréquentes et tenaces. Après la ménopause, le traitement sera toujours chirurgical. L'auteur n'a jamais observé d'embolie.

M. Beuttner (de Genève) communique et commente longuement sa statistique qui comporte 410 cas dont 260 ont été

opérés et 150 traités par les agents physiques. Sur les 260 opérations, 243 ont été faites par voie abdominale : 9 myomectomies, 225 hystérectomies subtotales et 9 totales ; 17 par voie vaginale : 1 morcellement, 10 hystérotomies, 6 hystérectomies. Dans ses conclusions l'auteur indique que ses préférences vont plutôt au traitement chirurgical mais que la physiothérapie convient aux utérus fibromateux dont le volume ne dépasse pas celui d'un utérus gravide de trois à quatre mois dont la forme est conservée et qui ne s'accompagnent pas de lésions d'un autre organe pelvien.

M. Mayer (de Bruxelles) relate 250 observations d'interventions pour fibrome dont 10 par voie vaginale et 240 par laparotomie (146 hystérectomie totales, 92 supravaginales, 2 myomectomies). Dans 3 de ces cas, il a pratiqué l'hystérectomie fundique. Mortalité globale 6 cas, soit 2,4 p. 100 (2 par infection, 1 par embolie, 2 par pneumonie, 1 par hémorragie). Dans 1 des 2 cas 1 grossesse normale. Dans 1 cas de subtotale, le moignon cervical s'est cancérisé après un an. Comme lésions concomitantes, il a trouvé dans plus de la moitié des cas des annexites (hydrosalpinx, etc.), des dégénérescences nécrotiques (10) ou un néoplasme du col (2 épithéliomas très limités) ; 10 cas de fibromes douloureux présentaient une torsion plus ou moins accusée. Il insiste sur le danger de l'application des rayons X et du radium dans les fibromes multiples, et réserve ces méthodes aux myomes hémorragiques des jeunes filles où il en a obtenu d'excellents résultats. L'hystérectomie vaginale, aveugle, doit être délaissée. L'hystérectomie totale doit se faire dans les cas difficiles et suspects ; l'hystérectomie fundique est indiquée dans les cas faciles chez des femmes de moins de quarante ans ; la myomectomie n'a que peu d'indications.

M. Kœnig (de Genève) partage, d'une manière générale, les opinions des rapporteurs et insiste sur deux points : 1° L'intérêt qu'il y a à conserver, toutes les fois que cela est possible, un ovaire et un segment important de muqueuse du corps utérin ; 2° l'utilité du drainage dans tous les cas.

En outre, quand la physiothérapie est indiquée, l'auteur préfère aux rayons X le radium dont l'application sera toujours faite dans la cavité utérine après dilatation du col et biopsie.

M. Aubert (de Genève) dit ses préférences, quand le traitement chirurgical n'est pas nettement indiqué, pour le radium à l'exclusion des rayons. Pour lui, la meilleure méthode chirurgicale est l'hystérectomie subtotale.

M. Béclère (de Paris). Au point de vue thérapeutique, on peut classer les fibromes en trois groupes :

Ceux qui ne peuvent être opérés.

Ceux qui sont justiciables indifféremment de la chirurgie et des méthodes physiques.

Ceux qui réclament absolument la chirurgie.

La physiothérapie est applicable dans la presque totalité des cas qu'il s'agisse de fibromes purs ou dégénérés. Dans le service de J.-L. Faure, on traite ainsi actuellement les deux tiers des fibromes, et dans les cliniques de Francfort et de Bohn, la proportion est encore plus élevée. Le volume extraordinaire de certaines tumeurs n'est pas une contre-indication au traitement physique et l'auteur a vu régresser même des fibromes dépassant largement l'ombilic et tendant à s'engager sous le rebord costal.

Les indications chirurgicales ne peuvent être tirées que de la nature histologique de certaines tumeurs et des lésions des organes voisins. Mais on doit se rappeler que certains annexites peuvent guérir par un traitement purement médical qui laisse ensuite la possibilité d'appliquer avec succès les méthodes physiothérapiques.

M. Hartmann (de Paris) a eu, depuis 1911, 868 fibromes utérins à traiter : 670 l'ont été par l'hystérectomie abdominale (25 morts, 3,7 p. 100). L'hystérectomie a été 491 fois subtotale (17 morts, 3,17 p. 100) et 179 fois totale (8 morts, 4,4 p. 100); 50 myomectomies abdominales ont donné 50 guérisons. Chez 72 malades, on est intervenu par voie vaginale et on a fait 6 hystérectomies, 57 ablations de polypes et 9 morcellements de fibromes intra-utérins; il n'y a eu qu'une mort. Enfin, dans 80 cas on a eu recours à la curiethérapie, sans aucun accident ; 75 fois on a obtenu la ménopause immédiate et parfois la disparition totale du fibrome, 1 fois la ménopause est survenue après une deuxième application de radium, 4 fois la malade a dû subir une hystérectomie secondaire.

L'auteur indique quelques points particuliers de sa technique. Quand il s'agit de fibrome inclus dans le ligament large, il commence par enlever la tumeur en la morcelant par son centre, puis il pratique l'hystérectomie comme à l'ordinaire. Dans la subtotale il évide le col jusqu'au vagin. La myomectomie est faite avec ou sans morcellement suivant le volume de la tumeur et la cavité qui en résulte est capitonnée par un ou plusieurs rangs de sutures en surjet. La muqueuse utérine, quand elle forme le fond de la cavité, est généralement épaissie et n'a jamais été rompue. Les applications de radium consistent dans la pose intra-utérine de deux ou trois tubes placés bout à bout, contenant chacun 15 milligrammes de radium élément et laissés en place de trois à cinq jours.

L'auteur en opérant des malades traités antérieurement par les agents physiques, radium ou rayons, n'a pas rencontré de difficultés spéciales.

M. Delagenière (du Mans) rejette la radio et la curiethérapie parce que ce sont des méthodes mutilantes, souvent inefficaces, qui ne protègent pas sûrement contre les récidives et exposent peut-être les malades à la transformation maligne de leur tumeur.

La chirurgie a au moins l'avantage de pouvoir être conservatrice dans un grand nombre de cas. Les préférences de l'auteur vont donc, selon la formule anatomo-clinique de la lésion, à la myomectomie, dont les seules contre-indications sont le nombre trop grand et le volume trop considérable des fibromes, à l'hystérectomie fundique trop rarement possible, à l'hystérectomie abdominale totale avec ablation des deux ovaires et à l'hystérectomie vaginale trop délaissée chez certaines femmes obèses, dans les cas de petits utérus fibromateux mobiles et dans les fibromes infectés.

M. Goullioud (de Lyon) fait une large place dans les indications thérapeutiques du fibrome à deux méthodes : L'*abstention*, dissimulée ou aidée par le traitement médical, mais sous une surveillance réelle et la *myomectomie*, méthode conservatrice dont il reste le partisan fidèle, mais dont les indications sont limitées.

Sa statistique, établie dans la thèse de Paul Achard (Lyon, 1922) comportait alors : 118 interventions, avec 4 décès post-opératoires, 15 observations de femmes, devenues enceintes et ayant eu une ou plusieurs grossesses et quelques récidives nécessitant une hystérectomie jadis, une application de radium aujourd'hui. Mais ces récidives n'ont nécessité une nouvelle intervention, que dix ans, onze ans et vingt-quatre ans, après la myomectomie et dans deux cas la femme avait eu un ou deux enfants entre les deux opérations.

Cependant, il ne faut pas s'attaquer aux fibromes trop nombreux, aux fibromes sous-muqueux anémisant ou à ceux qui s'accompagnent d'une infection latente de la cavité utérine dont l'ouverture, dans ces cas, est toujours grave.

La curiethérapie, chez des femmes de quarante à cinquante ans, a donné à l'auteur une belle série de succès : quatre-vingt-six cas, sans un décès. Il a spécialement suivi 25 cas, traités en 1920, donc observés quatre ans. Cette série comporte : 2 hystérectomies secondaires ; 1 application itérative de radium ; 4 cas de réapparition de règles modérées et très espacées ; 18 cas de ménopause précoce parfaite, sans accidents.

Enfin, il a contrôlé un certain nombre de cas traités par M. Arcelin par la radiothérapie, avec succès. Cette méthode, convient aux malades chez qui l'on redoute même l'application du radium in utero.

M. Forgue (de Montpellier) pense que la question thérapeutique est dominée par celle du diagnostic. Il semble que nous ayons encore beaucoup à apprendre sur ce dernier point. Un examen scrupuleux, attentif, prolongé s'impose chez toutes les malades. Il serait désirable que toute tumeur opérée fût disséquée avec soin, examinée histologiquement sur un grand nombre de ses portions. L'auteur a l'habitude après l'examen clinique de dessiner les formes de la tumeur et ses rapports, et de faire la critique de ses dessins après l'opération, la pièce en mains. Il souhaite que de plus en plus se généralisent les consultations à trois : chirurgien, radiothérapeute et médecin, la voix prépondérante restant au chirurgien.

L'auteur avoue avoir peu l'expérience de la myomectomie et se présente comme un partisan des opérations radicales.

Il emploie toujours la rachicocoïnisation et n'a jamais eu à le regretter. Sa mortalité opératoire ne dépasse guère 2 p. 100.

M. J.-L. FAURE (de Paris) est l'ennemi des chiffres et des statistiques. Son impression est que la mortalité dans le traitement chirurgical des fibromes est autour de 4 p. 100.

Relèvent de la chirurgie tous les fibromes à diagnostic douteux, ceux où la physiothérapie serait nuisible, les fibromes coexistant avec une appendicite chronique, les fibromes calcifiés, ceux qui s'accompagnent de grossesse, ceux qui évoluent rapidement ou qui déterminent des phénomènes de compression, enfin les fibromes pédiculés et ceux qui se compliquent de néoplasmes.

En principe, l'auteur préfère l'hystérectomie subtotale parce que moins grave et plus rapide que l'hystérectomie totale. Mais il reconnaît que la myomectomie est l'opération idéale quand elle est possible, surtout chez les femmes jeunes ne présentant ni lésions des annexes, ni tumeur à tendances dégénératives.

La cancérisation ultérieure du col s'observe, mais bien rarement. M. J.-L. Faure a pu opérer une série de 127 cas sans mortalité.

M. TÉMOIN (de Bourges) préfère l'hystérectomie subtotale plus facile et exposant moins aux accidents à distance.

L'opération idéale est cependant la myomectomie que l'auteur a largement contribué à répandre en France dès 1890. Mais cette méthode n'est applicable que si la tumeur est facilement énucléable, et n'est pas trop profondément incluse.

Le nombre des tumeurs n'est pas une contre-indication à la myomectomie. Il a pu enlever 9 fibromes chez une femme qui présenta ultérieurement et mena à bien quatre grossesses.

La radiothérapie n'est guère de mise que pour des malades refusant absolument l'opération, Trop souvent du reste les radiothérapeutes irradient sans faire de diagnostic ; parfois même les rayons sont appliqués par des gens qui ne sont pas médecins. L'auteur souhaite, lui aussi, la collaboration du chirurgien, du médecin et du radiothérapeute.

M. JAYLE (de Paris) est d'accord avec les rapporteurs sur plusieurs points en discussion. Les indications de la myomectomie doivent être étendues. En particulier, il n'y a pas à s'inquiéter de laisser un ou deux petits nodules qui, le plus souvent, les gros fibromes étant enlevés, s'atrophient ou cessent de croître. De même, la difficulté de l'hystérectomie totale ne peut plus, dans l'état actuel de la chirurgie, être une objection. Mais la subtotale a l'avantage de ne pas déformer le fond du vagin. Enfin, l'auteur a observé comme M. Tixier des fibromes toxiques amenant de graves troubles de l'état général sans rapport avec les pertes de sang.

Par contre, il se sépare des rapporteurs sur deux points : Les ovaires doivent être autant que possible conservés pour remédier, dans une certaine mesure, aux troubles de la ménopause prématurée qui ne sont nullement exceptionnels, du moins en France. Et, d'autre part, le tamponnement de Mikuliez, qui devrait, d'ailleurs, porter le nom de Dupuytren, lui paraît être une mauvaise pratique.

En terminant, M. Jayle indique que la mortalité actuelle du traitement chirurgical des fibromes est plus faible qu'on ne le dit. Sa dernière série opératoire comprend 100 cas dont 9 myomectomies, 65 subtotales, 26 totales sans une mort.

M. AUVRAY (de Paris) est avant tout partisan de la méthode chirurgicale, hystérectomie avec conservation du col. Il n'a observé qu'une seule fois la cancérisation ultérieure du col.

La myomectomie quand elle est possible lui paraît être une opération satisfaisante surtout en cas de grossesse concomitante. Il a enlevé de cette façon un gros fibrome qui l'a obligé à poursuivre une énucléation presque jusqu'à la muqueuse. L'accouchement fut long, treize heures environ et la malade présenta une hémorragie de la délivrance.

M. DOUAY (de Paris) donne la statistique de la clinique du professeur J.-L. Faure où sur 309 cas opérés la mortalité a été de 3,26 p. 100. Des erreurs de diagnostic ont été relevées dans la proportion de 5 p. 100. L'opération faite a presque toujours été une hystérectomie supravaginale.

D'autres malades ont été traité dans le même service par la radiothérapie (docteur Lehmann) avec 96,3 p. 100 de succès. D'autres enfin ont reçu des applications de radium (docteur Douay) avec 95,8 p. 100 de succès.

Le traitement chirurgical, à en juger par cette statistique, est donc le meilleur, puis vient la radiothérapie, et enfin la suivant de très près la curiethérapie.

M. PROUST (de Paris) pense que M. Béclère étend un peu trop les indications de la physiothérapie. On ne peut pas mettre en opposition la chirurgie et la physiothérapie, ces deux méthodes ne visant pas le même but. L'intervention supprime la tumeur, le radium et les rayons suppriment l'hémorragie et diminuent les dimensions du fibrome.

Quand on traite un cancer du col par le radium, on peut obtenir la disparition complète des cellules cancéreuses, on peut guérir le cancer. Quand on traite de la même façon un fibrome, on ne peut espérer faire disparaître complètement le tissu fibromateux.

L'auteur insiste sur l'action bienfaisante que peut avoir le radium sur certaines hémorragies qui mettent brusquement la vie en danger.

On ne doit jamais employer de fortes doses de radium, on s'exposerait à créer des nécroses graves et des perforations, sans parler des désastres que donnerait une application ainsi faite sur un kyste de l'ovaire ou une tumeur suppurée. Les séances doivent être courtes et fréquentes. Si le résultat paraît mauvais on peut arrêter le traitement quand il est temps encore.

L'auteur termine en insistant sur la nécessité de la collaboration du chirurgien et du radiumthérapeute, la direction du traitement restant au chirurgien.

M. GOURDET (de Nantes) prend la parole pour recommander le drainage qui à lui seul est capable d'améliorer les statistiques.

M. BÉGOUIN (de Bordeaux). Tous les fibromes ne réclament pas une thérapeutique active. Ainsi, ceux qui vers la ménopause n'augmentent pas de volume et ne déterminent aucun trouble doivent être respectés et par le chirurgien et par le radiothérapeute; ils ne relèvent que du traitement médical; on reverra la malade de six mois en six mois.

Au contraire les fibromes qui s'accroissent sans cesse et ceux qui déterminent des troubles sérieux doivent être traités.

Appartiennent à la chirurgie tous les cas de dégénérescence possible, tous les cas de diagnostic douteux, les fibromes douloureux, ceux qui sont intraligumentaires, ceux qui sont pédiculés soit sous-séreux, soit sous-muqueux ; ceux qui sont soupçonnés de complications appendiculaire, ceux qui coexistent avec un cancer du col ou du corps,

De là la nécessité d'un diagnostic aussi poussé que possible. Il est nécessaire de combattre une tendance thérapeutique répandue parmi les médecins radiothérapeutes et le public : c'est que tout fibrome peut d'abord, au moins à titre d'essai, être traité par irradiations. La physiothérapie ne peut être mise en œuvre sans un diagnostic exact que seuls gynécologues et chirurgiens sont capables de porter avec quelque certitude.

Sur 54 cas selectionnés et traités par les rayons, 38 ont été suivis, avec 29 succès et 9 échecs. — 10 traités par le radium avec 9 succès et 1 échec. Le radium est préférable aux rayons.

Au point de vue opératoire l'auteur est partisan de l'intervention conservatrice chez les femmes jeunes. Quand l'hystérectomie est indiquée, comme J.-L. Faure il préfère la subtotale si le col est sain et si aucun cancer du corps ne peut être soupçonné. Dans le cas contraire il pratique la totale en un temps. L'hystérectomie en deux temps ne paraît indiquée que dans le cas de fibrome pelvien ou pelvi-abdominal à pôle inférieur enclavé. Dans certains cas il faut même recourir à l'évidement conique circulaire décrit par l'auteur en 1918 et qui permet d'enlever les fibromes à pôle inférieur enclavé par une opération méthodique, sûre et rapide.

M. MOURE (de Paris) croit qu'il faut être éclectique dans le choix des moyens thérapeutiques mais préfère plutôt, quant à lui, l'hystérectomie totale. Il ne conserve plus d'ovaire,

ayant dû réintervenir en certains cas pour un kyste né de l'ovaire laissé en place.

M. MAUCLAIRE (de Paris), sur 305 cas de fibromes opérés, a eu 12 morts, soit 4 p. 100. La mort a été causée 3 fois par shock opératoire, 3 fois par septicémie, 3 fois par embolie; 13 p. 100 des fibromes présentaient des complications : dégénérescences kystiques dans 10 cas, sarcomateuses dans 2 cas, calcification dans 1 cas. La cancérisation du col a été observée 3 fois.

M. TUFFIER (de Paris) regrette que la myomectomie n'ait pas plus de partisans. C'est la seule opération conservatrice. On devrait en étendre les indications et ne pas redouter la mise à nu de la muqueuse utérine dont l'ouverture n'est pas aussi dangereuse qu'on le croit si l'on établit un bon drainage cervical. Il faut se servir d'aiguilles rondes pour suturer le muscle utérin et ne pas trop serrer les fils. Les échecs ont deux causes : l'hémostase imparfaite, les lésions de la muqueuse. Avec une bonne technique, on peut vaincre aisément ces deux difficultés.

M. VANVERTS (de Lille). Le traitement chirurgical des fibromes utérins présente une supériorité incontestable sur les moyens physiques dont l'emploi doit être réservé aux cas où l'opération est contre-indiquée en raison de la lésion d'organes importants (rein, foie, etc.). La mortalité globale de l'hystérectomie abdominale (4,8 p. 100) s'applique à tous les cas, aussi bien aux cas de fibrome simple qu'à ceux de fibrome compliqué. Or, ce sont ceux-ci qui chargent la statistique, et, si l'on ne considère que les cas simples — c'est-à-dire ceux auxquels s'applique la thérapeutique physique — on constate que l'intervention chirurgicale présente une mortalité quasi nulle. La statistique personnelle de l'auteur est, du reste, en ce qui concerne l'hystérectomie abdominale pour fibrome simple ou compliqué, vierge de décès depuis 1918. Peut-on, d'autre part, soutenir que la radiumthérapie et la radiothérapie ne présentent aucun danger, en particulier dans certains cas de fibrome compliqué? Est-il toujours possible de reconnaître cliniquement la complication et même l'existence du fibrome? Ainsi chez une malade soumise à la radiothérapie pour un pseudo-fibrome qui n'était qu'une vieille hématocèle rétro-utérine l'hématocèle se rompit à la suite d'une application de rayons.

Enfin, c'est seulement après la laparotomie que l'on peut se rendre compte de la disposition du fibrome et juger si l'intervention conservatrice peut être pratiquée.

A propos des fibromes intra-utérins gangrénés coexistant avec d'autres fibromes, l'auteur conseille d'enlever le noyau gangréné par la voie vaginale dans une première séance, et ultérieurement, quand la cavité utérine s'est désinfectée, de procéder à l'hystérectomie abdominale, ce qu'il a fait avec succès dans un cas.

M. THÉVENARD (de Paris) insiste sur les dangers que présente, au point de vue de l'état général, la physiothérapie des fibromes infectés ou en voie de dégénérescence. Pour l'auteur, les fibromes qui ne se manifestent qu'à l'âge de la ménopause sont les plus nombreux et la fréquence d'une dégénérescence maligne à ce moment doit faire recourir à l'intervention la plus large.

Les indications opératoires du fibrome compliqué de grossesse sont rares. L'avortement dans une cavité utérine obstruée par un fibrome intracavitaire est une indication formelle de l'hystérectomie abdominale totale, l'évacuation étant impossible.

La physiothérapie sera réservée aux fibromes diffus avec cavité utérine perméable et dont l'hémorragie est le symptôme capital.

M. COTTE (de Lyon) est d'avis que la physiothérapie a trop fait oublier le traitement médical des fibromes. Il y a des malades à ne pas traiter d'emblée. Il faut se méfier de l'hypertension et pour cette raison ne pas chercher toujours à arrêter brusquement les pertes à la ménopause. L'auteur préfère l'hystérectomie totale, sauf chez les femmes jeunes auxquelles il laisse le col sans l'évider et les ovaires. Il y a ainsi, quoi qu'on en ait dit, moins de troubles postopératoires et au point de vue sexuel les femmes sont moins diminuées. Quant au prolapsus postopératoire, sans doute la totale y expose davantage mais quand on la pratique il faut, avant de péritoniser, fixer le fond du vagin avec les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés, et si le périnée est insuffisant faire, en outre, une périnéorraphie.

M. Paul DELBET (de Paris) insiste sur la gravité du fibrome et sur ses complications fréquentes. Sur 220 fibromes opérés, 35 s'accompagnaient de salpingite, 2 étaient tordus, 1 présentait un abcès, 3 de la dégénérescence sarcomateuse, 2 du sphacèle et 8 s'accompagnaient de lésions cancéreuses du corps ou du col. Il y a eu 13 morts, soit 5 p. 100. L'hystérectomie abdominale a été pratiquée dans 112 cas avec 7 morts, la vaginale 78 fois avec 5 morts, la myomectomie 30 fois dont 20 par l'abdomen avec 1 mort.

Sur 31 fibromes traités par la physiothérapie, la régression totale a été observée 1 fois, 20 fibromes ont régressé de moitié ou d'un tiers, 10 ont dû être opérés secondairement.

Les petits fibromes sans accidents chez les femmes de trente-cinq ans ne sont justiciables que d'un traitement par l'ergotine, à moins qu'ils ne provoquent la stérilité, auquel cas il faut faire la myomectomie. Les fibromes hémorragiques seront traités par le radium. Les fibromes mous sans troubles de compression, ceux qui s'accompagnent de tares viscérales, commandent les rayons X. Les fibromes compliqués ressortissent exclusivement à la chirurgie.

M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres) a opéré 371 fibromes utérins avec une mortalité globale de 3,75 p. 100. Sa statistique comprend : 299 hystérectomies subtotales avec ou sans conservation des annexes, 48 hystérectomies totales par voie abdominales, 10 hystérectomies vaginales et seulement 14 myomectomies.

L'auteur reste partisan de la subtotale toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication absolue de faire une totale. Il n'a jamais observé de cancérisation secondaire du moignon cervical. La subtotale totalisée lui semble une intervention tout à fait illogique. La myomectomie a des indications très précises et assez restreintes. M. de Fourmestraux a opéré 11 fibromes qui avaient été traités par radiothérapie, sans difficultés spéciales, sauf dans un cas où l'hémostase fut particulièrement pénible.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne) a pris soin de disséquer et d'examiner histologiquement 24 fibromes, et a constaté ainsi de nombreuses erreurs de diagnostic. La physiothérapie lui paraît être une méthode aveugle et dangereuse, surtout aux environs de la ménopause. A l'occasion de deux polypes ainsi traités, il a observé des accidents de sphacèle. Aussi préfère-t-il dans tous les cas la méthode chirurgicale qui, selon lui, n'a que peu d'occasions d'être conservatrice.

M. VIANNAY (de Saint-Etienne) a traité pendant ces douze dernières années 179 fibromes utérins dont 153 chirurgicalement et 16 par le radium. Les 153 cas opérés comportent 20 myomectomies dont 14 par voie vaginale et 6 par voie abdominale et 143 hystérectomies dont 106 totales. La mortalité globale a été de 6 p. 100.

L'auteur n'a jamais vu disparaître de fibrome par la curiethérapie qui en amène seulement la diminution.

Le radium n'agit guère que sur la vascularisation de la muqueuse utérine et sur les ovaires.

Seule l'hystérectomie paraît actuellement capable de guérir radicalement le fibrome.

Le radium conserve cependant quelques indications; les fibromes hémorragiques de petit ou de moyen volume, ceux des obèses, enfin, les femmes qui, mises au courant des avantages et des inconvénients respectifs des deux méthodes demandent formellement la curiethérapie.

M. TERMIER (de Grenoble) reste fidèle à la voie vaginale, quand le fibrome est petit et bas et surtout quand les troubles de l'état général augmentent les risques inhérents à la laparotomie. L'opération par voie vaginale est moins choquante, elle laisse un large drainage et permet un lever précoce.

L'auteur a fait peu de myomectomies, l'occasion s'en présentant rarement chez les malades qu'il opère et dont les fibromes sont dégénérés dans un quart ou un tiers des cas. Il a longtemps conservé l'ovaire, il ne le fait plus qu'exceptionnellement. Il a vu peu de cancérisation secondaire du col, il est vrai qu'il fait maintenant, de plus en plus, l'hystérectomie totale. Il n'est intervenu que deux fois pour des fibromes compliquant la grossesse et a pratiqué dans les deux cas —

c'était au cours du neuvième mois — une césarienne suivie d'hystérectomie.

Quant à la physiothérapie, M. Termier pense qu'il serait imprudent de laisser s'accréditer dans le public l'idée qu'elle guérit tous les fibromes, car les indications de cette méthode sont restreintes et les cas auxquels elle est applicable doivent être choisis avec soin. Il connaît 4 cas de fibromes traités par la physiothérapie qui ont présenté des complications péritonéales mortelles.

M. Remmelt (d'Amsterdam) indique qu'à la clinique gynécologique de l'Université d'Amsterdam, on fait de plus en plus de myomectomies. Par rapport au chiffre global des opérations de fibrome, il y avait 17 p. 100 de myomectomies en 1899, il y en a actuellement 25 p. 100. La myomectomie n'est pas plus dangereuse que les autres opérations. Dans les cas où on ne peut garder l'utérus en totalité, l'auteur estime qu'il faut s'efforcer de conserver les ovaires et un segment suffisamment étendu de muqueuse utérine pour que la menstruation soit possible.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1924)

L'anatoxi-réaction de Zoeller chez l'enfant. — MM. B. Lereboullet, Boulanger-Pilet et Marcel Lelong apportent les résultats des recherches qu'ils ont poursuivies chez l'enfant sur l'anatoxi-réaction diphtérique de Zoeller et sa signification biologique.

L'étude comparée de cette réaction, de la réaction de Schick, de la pseudo-réaction de Schick, de l'intradermoréaction tuberculinique et de la protéino-réaction banale (au sérum de cheval) prouve qu'elle a droit à l'autonomie. L'anatoxi-réaction ne peut s'assimiler à l'une quelconque des autres réactions : les dissociations entre elle et les autres sont très fréquentes, leurs aspects morphologiques et leur évolution sont différents.

La signification biologique doit être précisée. Il semble bien que le rôle de la diphtérie dans l'apparition de la réaction soit essentiel. De plus, pour Zoeller, elle atteste un état spécial du terrain; elle indique que le sujet a eu un ou plusieurs contacts antérieurs avec le bacille diphtérique et que ce ou ces contacts ont créé chez lui un état intermédiaire entre la sensibilité et l'immunité (l'état allergique, sorte d'immunité incomplète).

L'étude de la réaction répétée en série pendant l'évolution de la maladie montre que dans les formes pseudo-membraneuses, la réaction est faible ou nulle au début, qu'elle augmente peu à peu d'intensité (très rapidement dans les formes bénignes, très lentement dans les formes malignes) pour atteindre un maximum au moment de la convalescence ; puis elle décline pour redevenir lentement négative. Elle est intense dès le début dans les formes atténuées ou atypiques de la maladie, intense également chez les porteurs de germes.

La réaction peut exister en dehors de la diphtérie, mais semble en relation avec des contacts antérieurs avec le bacille. Dans l'ensemble, les réactions sont plus fréquentes à mesure qu'on les pratique sur des sujets plus âgés.

Les auteurs, d'accord avec Zoeller sur la constatation des faits, tout en reconnaissant le caractère hypothétique de la théorie de l'allergie diphtérique, l'acceptent comme l'interprétation la plus vraisemblable des phénomènes observés.

Curabilité de l'hémiplégie syphilitique. — MM. Sézary et Benda présentent une syphilitique guérie complètement en quinze jours d'une hémiplégie droite totale par un traitement spécifique intensif institué neuf heures après le début de la paralysie. Ils insistent sur la curabilité de l'hémiplégie syphilitique lorsque celle-ci est due à l'artérite et est traitée dès le début. Ils recommandent le traitement arséno-bismuthique à hautes doses ou, si l'arsenic n'est pas toléré, bismutho-mercuriel.

De leur observation et de faits analogues rapportés par M. Milian et M. Sézary, ils concluent que dans toute hémiplégie survenant sans cause avérée chez un sujet jeune et indemne d'affection cardiaque, il faut instituer d'urgence un traitement antisyphilitique intensif, avant même les recherches de laboratoire. Chez l'homme âgé, il faut suspecter la nature syphilitique de l'hémiplégie et au moindre indice, surtout s'il n'y a pas eu un ictus qui fait craindre l'hémorragie cérébrale, commencer le traitement.

Tabes et périostite. — MM. Babonneix et Maurice Lévy présentent une femme, atteinte à la fois de tabes classique et de périostite tibiale d'allures spécifiques. De tels cas sont extrêmement rares. Ils montrent, une fois de plus, que, même chez les tabétiques, la syphilis n'est pas uniquement neurotrope, et qu'elle peut donner lieu, en plus des accidents propres au tabes, à des localisations justiciables du traitement spécifique.

Paralysie post-sérothérapique tétanique. — MM. Sicard, de Gennes et Coste présentent un nouveau cas de paralysie partielle des membres supérieurs consécutive à une injection de sérum antitétanique pour une blessure superficielle de la main. Actuellement, au deuxième mois évolutif, la réaction de dégénérescence est encore complète pour le musculo-cutané à droite et le circonflexe à gauche. Les auteurs ont rassemblé une vingtaine de faits semblables (Lhermitte, Marchal, Sicard et Cantalaube, Sézary, etc.). Ils incriminent comme pathogénie, les réactions hémoclasiques profondes, œdèmes tronculaires, funiculaires ou même médullaires qui sont toujours associés à des manifestations sériques d'ordre général tels que urticaire, bouffissure, érythème, arthralgie, fièvre, etc. Le pronostic de ces paralysies est favorable, mais la guérison ne survient que dans un délai approximatif de un à deux ans.

La xantochromie cutanée. — M. Marcel Labbé a décrit, en 1914, la xantochromie palmo-plantaire des diabétiques. Elle est due à l'accumulation d'un lipochrome dans le sang et les tissus et apportés par certains éléments. M. Labbé pense qu'il s'agit d'un trouble du métabolisme des graisses. La coloration est variable et susceptible de diminuer par un régime pauvre en lipochrome et peut-être par le traitement par l'insuline.

Un cas d'abcès amibiasique du poumon. Guérison par l'émétine. — MM. P. Emile-Weil et Lamy. Chez un malade atteint d'un abcès du poumon, diagnostiqué par l'examen radiologique, on ne trouvait aucune étiologie. Les crachats purulents, sans caractères spéciaux, ne renfermaient presque aucun microbe. Le malade ayant fait un séjour en Algérie cinq ans auparavant, pendant lequel il présenta quelques jours de diarrhée banale, on tenta par principe un traitement émétinique. Ce traitement poursuivi huit jours, donna une guérison anatomique et fonctionnelle complète, qui se maintient depuis quatre mois. C'est l'efficacité de la thérapeutique qui fait ici la preuve de la nature du mal, comme le traitement spécifique pour certains accidents syphilitiques.

Il y a intérêt à faire connaître de semblables résultats (une dizaine de cas analogues ont déjà été publiés) ; car parmi les abcès du poumon, affection dont le pronostic est grave et où la thérapeutique est d'ordinaire peu efficace, une variété, plus fréquente qu'on ne le croit généralement, est rapidement et facilement curable.

M. Paisseau insiste sur la fréquence de l'amibiase pulmonaire.

Action de l'insuline intrarectale sur le diabète. — M. M. Labbé n'a constaté par cette voie aucune action sur le diabète.

La transfusion du sang arsénobenzolé dans les grandes hémorragies de la fièvre typhoïde. — MM. Ch. Flandin et Tzanck rapportent deux observations de typhiques saignés à blanc par des hémorragies intestinales profuses et qui furent ramenés à la vie par la transfusion de 320 centimètres cubes dans un cas, 250 centimètres cubes dans l'autre de sang rendu incoagulable par le sulfarsenobenzol. Les auteurs insistent sur la simplicité et l'innocuité de leur technique qui, sur 300 transfusions connues d'eux, n'a provoqué aucun accident notable.

L'injection anticoagulante d'arsénobenzène pour faciliter la saignée — MM. Flandin et Tzanck.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1924)

Le président annonce la mort de MM. Richelot, Broca, Rochard et Hallopeau.

Orchite des enfants due à la torsion de l'hydatide de Morgagni. — M. MOUCHET fait un rapport sur une nouvelle observation de cette intéressante lésion, recueillie par MM. BERGERET et DENOIS. Chez un enfant de huit ans, la torsion avait été brusque, on trouva à l'opération la vaginale épaissie, remplie de sérosité jaunâtre, l'hydatide transformée en une masse noire du volume d'une cerise, la guérison fut rapide; cette observation porte à sept le nombre des cas publiés.

Kyste séro-hématique de la rate; incision; guérison. — M. BELOT (de Cherbourg) envoie une observation sur laquelle M. BASSET fait un rapport; volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche, dépassant de trois travers de doigts au-dessous du rebord costal; une première ponction évacuatrice donne un liquide séro-hématique — on fait une injection modificatrice de 20 centimètres cubes d'électrargol; la tumeur régresse, puis augmente — après une deuxième ponction, on injecte 20 centimètres cubes de solution de nitrate d'argent au millième; puis l'état s'étant aggravé on fait une troisième ponction. Le malade se cachectise, la tumeur persiste, on se décide à intervenir : large incision du kyste et simple drainage, guérison consécutive; le rapporteur critique la conduite de M. Belot; il ne comprend pas l'utilité des ponctions qui sont à l'heure actuelle repoussées par tous les auteurs.

A propos du shock traumatique. — M. MOCQUOT apporte un travail de M. COURTY et une observation de M. LEVEUF qui, une fois de plus ont pu constater que l'application d'un garrot retarde l'apparition des accidents mais que sa suppression augmente les phénomènes de shock; dans les deux cas l'amputation faite presque in extremis a pu sauver la vie des blessés.

Anévrisme de l'aorte pris pour une tumeur du thorax. — M. MIGINIAC (de Toulouse) apporte l'observation d'un énorme anévrisme de l'aorte qui donnait tous les signes à l'examen d'une tumeur de l'hémithorax gauche; l'auteur, pensant à un kyste dermoïde ou à un kyste hydatique se décida à intervenir et après large thoracotomie reconnut la présence d'un anévrisme de l'aorte thoracique; il insiste sur ces faits que la réaction de Weinberg avait été par deux fois positive et que la tumeur, à la radioscopie, ne présentait aucun battement visible.

MM. LECÈNE, CUNÉO, SAVARIAUD, prennent part à la discussion.

A propos des ulcères perforés de l'estomac. — M. DUVAL s'efforce de classer les ulcères perforés de l'estomac; il étudie les perforations aiguës par infection de la paroi gastrique avec œdème des tuniques de l'estomac, gaz à l'intérieur des parois et streptocoques au niveau de la perforation, et les perforations mécaniques, amicrobiennes par fissuration, éclatement, rupture de la paroi gastrique. M. Duval fait une étude très approfondie de cette question et montre en projections de fort belles coupes. Suivant lui de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée	} *ââ*	15 gr.
Magnésie calcinée	}	
Bicarbonate de soude		20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Ordonnance d'hygiène musculaire, par P. MICHON (de Nancy). Préface du professeur agrégé M. Perrin. In-8 couronne, cartonné, de 32 pages avec 41 figures. — Prix : 1 fr.; les 25 exemplaires, 20 fr.; les 50 exemplaires, 35 fr.; les 100 exemplaires, 65 fr. — Nancy 1924, Société d'impressions typographiques, 4 et 6, rue de la Croix-de-Bourgogne.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CANCER DU REIN[1]

7. **Les signes généraux.** — Sont, en général, tardifs. L'état général demeure, pendant longtemps, très satisfaisant : son intégrité contraste parfois avec l'intensité des symptômes locaux. L'appétit est conservé longtemps, ainsi que l'intégrité des forces physiques.

Ultérieurement, à la longue, apparaissent les signes habituels de cachexie cancéreuse, l'amaigrissement, l'anémie, la teinte jaune des téguments, la fièvre.

ÉVOLUTION

Après une longue phase latente, s'installent les signes de la période d'état, c'est-à-dire de cancer du rein confirmé.

La marche de l'affection est très lente. La durée est de trois à cinq ans et plus. Dans ces derniers cas, on peut supposer qu'il s'agit d'une tumeur bénigne se transformant ultérieurement en tumeur maligne.

La **mort** peut survenir :
1° Par cachexie.
2° Par propagation à l'uretère, au rectum, à la vessie, etc.
3° Par généralisation au poumon, au foie.
4° Par hémorragies répétées et considérables.
5° Par insuffisance rénale, urémie, anurie.
6° Par embolies pulmonaires.
7° Par infections secondaires, locales ou générales, tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonie, etc.

FORMES CLINIQUES

I. **Chez l'adulte.** — Suivant les symptômes et l'évolution, on peut distinguer :
La forme normale, complète, avec hématurie et tumeur;
La forme hématurique sans tumeur;
La forme avec tumeur sans hématurie;
Les formes douloureuses;
La forme toxique (Israël);
La forme latente (Rayer) : véritable trouvaille d'autopsie.
Les trois premières, seules, sont à retenir.

II. **Chez l'enfant.** — Le néoplasme du rein est assez fréquent.

Etudié surtout par Hirschfeld. Au point de vue anatomique, il s'agit toujours d'un sarcome.

Il est caractérisé par une *croissance rapide*, des dimensions considérables : le ventre devient énorme.

Il n'y a ni hématurie, ni douleur.

Le varicocèle est rare; la circulation collatérale est au contraire fréquente avec ascite. La mort, rapide, survient en un an avec cachexie précoce.

DIAGNOSTIC

I. **Diagnostic positif.** — Quand chez un malade de quarante à cinquante ans, et qui a maigri, on trouve des hématuries survenant par intermittences, sans douleur, le matin de préférence et noires, sans cystite, et avec ou sans tumeur rénale, il faut penser toujours à un cancer du rein. (Cathelin).

Le diagnostic est facile et s'impose s'il y a tumeur avec hématurie.

La *radiographie* doit être faite des deux reins et des deux arbres urinaires.

II. **Diagnostic différentiel.** — Plusieurs problèmes peuvent se présenter en clinique.

A. **Il s'agit d'un malade qui a des hématuries avec un gros rein.** — On doit alors penser à la tuberculose, à la lithiase, au cancer.

La **tuberculose rénale** : il faut chercher les signes de tuberculose au niveau de la vessie (pollakyurie), de la prostate (toucher rectal), de l'épididyme, des poumons. L'examen des urines montre la fréquence du pus. Le cathétérisme des uretères permettra de préciser quel est le rein malade et d'inoculer un cobaye. La recherche du bacille de Koch dans l'urine est parfois positive. Il y a toujours de la fièvre.

La **lithiase rénale** survient chez des gens prédisposés par leurs antécédents héréditaires et familiaux. Le malade a déjà eu à plusieurs reprises des crises de coliques néphrétiques. Les hématuries surviennent à l'occasion de fatigue, de traumatisme, de secousses. Ce sont des hématuries du soir. Elles sont calmées par le repos, réveillées au contraire par le mouvement. La radiographie peut servir à préciser l'existence du calcul et son siége. Les calculs phosphatiques sont très faciles à voir, les calculs oxaliques beaucoup plus difficiles; quant aux calculs uriques, ils passent inaperçus. L'examen des urines montrera la présence en grande quantité de phosphates, d'urates ou d'oxalate de chaux.

B. **Il s'agit d'un malade porteur d'une tumeur rénale sans hématurie.** — Il faut se demander s'il s'agit ou non d'une tumeur rénale et de quelle nature elle est.

1. **Le rein est-il en cause?** C'est le diagnostic avec toutes les tumeurs des organes voisins du rein :

Les *tumeurs du foie* : saillie de l'hypochondre, qui projette les côtes en avant. Le bord antérieur du foie est net et saillant.

Il y a une matité absolue qui remonte jusqu'au poumon, et qui suit les mouvements du diaphragme. Cependant, nous avons vu que dans les épinéphromes, la tumeur rénale se continue avec la masse du foie. Il est alors difficile de dire ce qui appartient au foie et au rein.

De même avec les *tumeurs de la vésicule biliaire*, le diagnostic peut être délicat. Dans les cas nets, la tumeur vésiculaire est arrondie, lisse, se continuant avec la face inférieure du foie, mobile avec le diaphragme; l'existence d'un ictère est en faveur d'une affection hépatique.

Les *tumeurs de la rate* se développent dans l'hypochondre gauche, à diamètre vertical; le bord antérieur est net et festonné, la matité existe dans toute l'étendue de la tumeur; elle est mobile avec le diaphragme. Il y a une zone de sonorité entre le bord postérieur de la tumeur et la colonne vertébrale. L'examen du sang, la formule leucocytaire tranchent le diagnostic.

Les *tumeurs des capsules surrénales* : à part la maladie d'Addison, ce n'est que pièces en main que le diagnostic est possible.

Les *tumeurs de la paroi abdominale* sont mates superficiellement, et fixées pendant les contractions musculaires.

Les *tumeurs du mésentère* sont très mobiles, médianes, avec de la sonorité tout autour.

Les *tumeurs de l'épiploon* sont analogues. Mais la matité n'existe que dans la percussion légère.

Les *tumeurs de l'ovaire* peuvent être confondus dans les cas de grosse tumeur rénale avec ascite. Le diagnostic se pose grâce au toucher vaginal et rectal. Dans les tumeurs du rein, l'utérus est refoulé en bas; dans les tumeurs de l'ovaire, il est au contraire attiré en haut. Il s'agit de tumeurs abdominales développées de bas en haut.

Il en est de même des *tumeurs de l'utérus*, des fibromes.

Les *tumeurs du côlon* sont accompagnés de troubles intestinaux, de constipation avec débâcles, de sang dans les selles que l'on recherchera chimiquement. Le lavement opaque lèvera tous les doutes en montrant une image lacunaire.

(A suivre.)

(1) Suite — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 83, p. 1378, et n° 85, p. 1415.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quarante-trois greffes du singe à l'homme, par le docteur Serge Voronoff. Grand in-8 avec 38 planches dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par Legueu. T. IV, fasc. 2. — Prix : 15 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Chabrol, préparateur des travaux pratiques et de recherches de physiologie, est chargé, pour la fin de l'année scolaire 1923-1924, de l'enseignement de la physiologie et des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. Duboucher, chef des travaux d'histologie, est chargé, pour la fin de l'année scolaire 1923-1924, de l'enseignement de l'histologie.

Est nommée, pour l'année 1924-1925, chef de laboratoire, en remplacement de M. Benzecri, démissionnaire, Mlle Antoine, docteur en médecine (clinique ophtalmologique).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les professeurs Hérail (thérapeutique), Musso (législation et déontologie pharmaceutiques), Maillard (chimie pathologique); les chefs de travaux Wünschendorff (toxicologie), Mélis (pharmacie galénique).

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925, chefs de laboratoire :

MM. les docteurs Lévy-Valensi (clinique médicale), Ferrère (clinique obstétricale), Gruny (clinique chirurgicale), Béraud (clinique des maladies des pays chauds); Mme Lebon (clinique chirurgicale infantiles.

M. le docteur Montpellier est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef de travaux d'anatomie pathologique.

— Lille. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des enseignements ci-après désignés :

MM. les agrégés Combemale (physiologie), Paquet (accouchements), Dellanoy (pathologie externe), le professeur sans chaire Ingelrans (pathologie générale), les agrégés Leclercq (pathologie générale), Duhot (physiologie).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les agrégés Leclercq (médecine légale), Ingelrans, professeur sans chaire (maladies du système nerveux), Duhot (parasitologie).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours ci-après désignés :

MM. les docteurs Sonneville (physique), Bertin (déontologie), Caumartin (stomatologie).

— Sont chargés, à titre provisoire, des cours ci-après désignés :

MM. les agrégés Gérard (anatomie), Polonowski (chimie organique).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chefs de travaux :

MM. les agrégés Bédart, professeur sans chaire (physiologie), Debeyre (histologie), Pierret (bactériologie), Gérard (médecine opératoire), Pellissier (anatomie pathologique), Morvillez (pharmacie), Desoil (parasitologie), Polonowski (chimie organique), Olivier (anatomie).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Par arrêté en date du 27 octobre 1924, M. le docteur Lenormant, chirurgien des hôpitaux, est nommé membre de la première section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) de la Commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. le docteur Auguste Broca, décédé. (*J. O.*, 29 oct. 1924.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'hopital Saint-Antoine. — M. le professeur Chauffard commencera son enseignement clinique à l'hôpital Saint-Antoine, le lundi 3 novembre 1924.

Sa première leçon aura lieu à l'amphithéâtre de la Clinique le vendredi 14 novembre, à 10 h. 1/2, et les leçons suivantes auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, le vendredi avec présentations de malades.

Tous les matins à 9 h. 1/2, visite dans les salles et examen des malades au point de vue de l'établissement du diagnostic et des indications thérapeutiques.

— Cours de stomatologie. — M. le docteur Léon Frey, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie le mardi 4 novembre 1924, à 14 h. 1/2 (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours comptera quinze leçons d'une heure et demie. Les séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

Objet du cours : Pathologie dentaire.

— Clinique obstétricale. — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons, à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 6 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

— COURS DE MÉDECINE LÉGALE. — M. le professeur Balthazard commencera ce cours le mardi 4 novembre à 18 h. (grand amphithéâtre), assisté de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit, et de M. Duvoir, agrégé.

Le cours aura lieu les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, à la même heure et au même amphithéâtre..

Sujet du cours. — M. Duvoir, agrégé (lundis, mardis, mercredis, vendredis des mois de novembre et décembre) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxies. Empoisonnements. Le problème de l'identité; examen des taches, poils, etc.

M. le professeur Balthazard (les lundis, mardis, mercredis et vendredis, en janvier et février) : Attentats aux mœurs et perversions sexuelles. Grossesse, avortement, infanticide. Coups et blessures.

M. le professeur Hugueney (les samedis, à partir du 8 novembre) : Législation et jurisprudence médicales. Lois sur l'exercice de la médecine. Secret médical. Responsabilité médicale. Associations professionnelles et syndicats médicaux. Lois sociales.

Leçon d'ouverture par M. le professeur Balthazard (le mercredi 5 novembre) : Spectrométrie des pigments sanguins.

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les mardis, jeudis, samedis, à partir du samedi 8 novembre, de 2 à 3 heures : les samedis, par M. le professeur Balthazard; les mardis, par M. Duvoir, agrégé; les jeudis, par M. Dervieux, chef des travaux.

(Les élèves du nouveau régime devront justifier pour l'examen de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal.)

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie. (Consulter l'affiche spéciale.)

— CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du mardi 4 novembre inclusivement.

— COURS DE THÉRAPEUTIQUE (professeur : M. Paul CARNOT). — L'enseignement de la thérapeutique se fera tous les jours, à 17 heures, au grand amphithéâtre, à partir du mercredi 5 novembre 1924.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alphonse Charpine, ancien médecin des Messageries maritimes, Halmagrand, chirurgien honoraire des hôpitaux d'Orléans, Salles (de Saint-Ambroix).

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro de la *Revue franco-russe de médecine et de biologie*, revue mensuelle des travaux des savants russes publiée avec la collaboration de MM. Charles Richet, Achard, F. Bezançon, Besredka, Chassaing, Diénert, M. Frois, Hartmann, Laffitte, Legueu, Maisonnet, Potocki, Valude, Widal et Weinberg.

Voici le sommaire du premier numéro :

Professeur Diakonoff : Sur une méthode de l'anthropométrie à l'usage de la clinique et de l'hygiène sociale.

Professeur Sémaschko : L'hygiène en Russie soviétique.

Docteur Dobreitzer : Le paludisme en Russie.

Sociétés d'Editions scientifiques France-Russie, 7, avenue du Président-Wilson, Paris (XVIe).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 3 NOVEMBRE AU 8 NOVEMBRE 1924)

THÈSES

Mardi 4 novembre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Broca, Claude et Sergent. — Mlle CORDIER (Anne). Du glaucome infantile. — M. FISSON (Boris). Absence congénitale du péroné. — M. GUILLOT (Félix). Tumeurs hypophysaires à symptomatologie mentale. — M. ARIS. Etude des tuberculoses lobaires.

Mercredi 5 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Bernard, Moussu, Robin et Dechambre. — M. CHAPRON. Etude de la délivrance chez la vache. — M. FIAULT. Le Domfrontais (sa population animale). — M. SCHAWB. De la tolérance utéro-vaginale chez la vache.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL. MACHINE A BATTRE

LOI DU 30 JUIN 1899

Au mois d'août 1923, G... employé en qualité de mécanicien dans une entreprise de battage, a été victime dans une ferme située dans le ressort de Cholet, d'un accident du travail dans les circonstances suivantes : le moteur de la locomobile, quoique sous pression, étant à l'arrêt, en voulant descendre un monte-paille, il fut violemment heurté à la tête par la manivelle de cette machine qui lui causa une blessure grave nécessitant son transport à l'hôpital, où il décéda des suites de l'accident.

La veuve, tant en son nom personnel que comme tutrice naturelle et légale de ses trois enfants âgés de moins de seize ans, réclama, en vertu des lois des 12 août 1906 et 9 avril 1898 une rente de 1.575 fr. pour ses enfants et de 1.700 fr. 50 pour elle-même, rente basée sur un salaire annuel de 6.650 francs.

La Compagnie d'assurances qui substituait le patron demanda le rejet de la demande, en disant qu'une entreprise de battage étant une entreprise agricole, aux termes de la loi du 30 juin 1899, il ne saurait y avoir lieu dans le cas présent à application de la loi sur les accidents du travail, l'accident s'étant produit, il est vrai, au cours du travail, mais à un moment où le moteur n'était pas en action.

Le tribunal de Cholet eut donc à résoudre la question de savoir si l'entreprise visée était une entreprise commerciale ou industrielle assujettie à la loi du 9 avril 1898 ou bien une entreprise assujettie à ladite loi dans les limites fixées par la loi du 30 juin 1899.

« Attendu, dit le tribunal de Cholet dans son jugement du 1er février 1924, qu'il n'est pas contesté que M... n'est pas un agriculteur, mais un commerçant patenté, membre d'une Chambre de commerce, faisant acte de commerce en louant, à l'effet d'en tirer un bénéfice, une locomobile et diverses machines pour le battage des grains.

Qu'ainsi considérée par rapport à son propriétaire, l'entreprise M... a un caractère commercial ou industriel et que par suite son préposé G..., chargé par lui du service et de la conduite de la locomobile, pourrait logiquement être envisagé comme ouvrier industriel garanti contre les risques professionnels par la loi du 9 avril 1898.

Mais attendu que la loi du 30 juin 1899 reconnaît à toute entreprise de battage le caractère agricole ; que cela est consacré par une jurisprudence constante de la Cour de cassation; que tous les hommes employés à l'opération du battage des grains accomplissent un travail agricole, y compris les propres ouvriers de l'entrepreneur. »

Le tribunal a en conséquence jugé que G... avait été blessé et avait trouvé la mort en accomplissant un travail agricole; mais que dans l'espèce qui lui était soumise il n'y avait aucune relation de cause à effet entre l'emploi de la machine qu'il était chargé de conduire et l'accident dont il avait été victime : dès lors, a ajouté le tribunal, la loi du 30 juin 1899 ne lui était pas applicable, pas plus que celles du 9 avril 1898 et 12 avril 1906.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE GÉNÉRALE

LES NÉPHRITES DE LA SCARLATINE

Par le professeur M. BRELET (de Nantes).

Les nombreuses complications de la scarlatine donnent à l'étude de cette fièvre éruptive un intérêt particulier; parmi ces complications, les néphrites ont, depuis longtemps, attiré l'attention des observateurs. Avant même que soit connue l'anatomie pathologique des reins, avant que soient découvertes les relations entre leurs lésions et certains symptômes cliniques, les troubles de la sécrétion urinaire avaient été indiqués dans les premiers travaux sur la scarlatine; la fréquence de l'anasarque avait également été signalée. Dœring, Sennert, au XVIIe siècle, décrivent fort bien les œdèmes généralisés des scarlatineux; Calvo relate que, dans l'épidémie de Florence, en 1717, les malades devenaient hydropiques au moment de la convalescence; Navier, en 1753, connaît les urines brunes et sanguinolentes des scarlatineux; Rosen de Rosenstein a vu les convalescents avoir le corps tuméfié et les urines rares. Puis c'est Wells, en 1812, Blackall, vers la même époque, qui notent que l'urine est souvent coagulable par la chaleur et qui remarquent la coïncidence habituelle de l'hydropisie et de l'urine coagulable. Il n'est pas encore question de lésions rénales. Mais voici Fischer qui, en 1824, trouve aux autopsies les reins enflammés et reconnaît les rapports de l'albuminurie et des œdèmes avec les altérations du tissu rénal. Vinrent ensuite les travaux de Bright (1827), les études anatomo-pathologiques sur les gros reins blancs, tous les travaux cliniques qui aboutirent à faire connaître les diverses formes de la néphrite. Plus récemment, on a poursuivi et on poursuit encore des recherches sur l'état des fonctions rénales, sur la physiologie pathologique des reins, sur les éliminations urinaires dans les néphrites aiguës et chroniques. Il faut aujourd'hui s'attacher à faire cadrer les constatations cliniques, très exactes, des médecins d'autrefois, ainsi que les résultats des examens anatomo-pathologiques, avec les classifications nouvelles des néphrites, avec ce que nous connaissons du syndrome de rétention chlorurée et du syndrome azotémique. Et cela n'apparaît pas toujours très facile, car, comme le remarque Brault, une même néphrite, celle de la scarlatine par exemple, peut être, à son début, œdémateuse et chlorurémique, plus tard, dans une phase de guérison apparente, albumineuse simple et enfin, à une époque beaucoup plus éloignée, présenter les signes d'une insuffisance rénale avec rétention azotée. Notons encore que le professeur Widal a insisté sur l'association des syndromes fonctionnels; il a montré que la plupart des néphrites sont polysyndromiques, la chlorurémie, l'azotémie et l'hypertension y combinant diversement leurs effets.

C'est pourquoi, dans un article récent qui reflète bien les idées actuelles, Pasteur Vallery-Radot décrit les quatre syndromes des néphrites (chlorurémie, azotémie, syndrome cardio-vasculaire, signes urinaires), mais en montrant que ces syndromes ne sont pas immuables et que, très souvent, ils s'associent, s'intriquent avec une grande diversité. Si nous ajoutons que la pathogénie des crises d'urémie apparaît aujourd'hui encore assez complexe, la même forme clinique d'urémie pouvant dépendre, tantôt de la chlorurémie, tantôt de l'azotémie, voire de l'hypertension, on reconnaîtra que les néphrites de la scarlatine constituent un vaste champ d'étude qui n'est pas encore complètement défriché. Nous chercherons à en donner un exposé surtout clinique, en signalant ce qui, dans l'étiologie et les symptômes, permet au praticien d'en faire le traitement préventif et curatif.

Étiologie. — La toxi-infection provoquée par le microbe de la scarlatine est certes souvent nocive pour les reins ; elle l'est parfois à un degré extrême, pouvant entraîner la mort; mais les reins ne sont pas fatalement touchés par le virus scarlatin et, dans un grand nombre de cas, si les reins sont lésés, ils ne le sont que légèrement, la néphrite guérit sans laisser de traces. Cette notion de la grande fréquence des scarlatines sans néphrite, cette possibilité de néphrites légères qui guérissent bien nous paraît devoir être mise en évidence au début de cette étude ; elle résulte de la lecture des travaux faits sur les néphrites de la scarlatine et correspond à ce que nous avons observé, en particulier à l'hôpital de l'Institut Pasteur en 1906 et 1907.

La néphrite, et nous entendons par néphrite toutes les altérations rénales même les plus légères se traduisant par une albuminurie passagère, la néphrite n'est donc pas constante dans la scarlatine. Gübler a bien écrit qu'il n'avait jamais vu l'albumine manquer absolument dans l'urine d'un scarlatineux à la période éruptive; d'après M. Sée, l'urine contient de l'albumine dans plus de la moitié des cas, mais Sanné signale que l'albuminurie manque presque toujours pendant les périodes d'invasion et d'éruption et que, si elle survient, c'est à la période de desquamation. Comment expliquer des opinions si différentes à propos d'une recherche aussi facile que celle de l'albumine dans les urines? C'est que la néphrite scarlatineuse varie beaucoup de fréquence selon les années, les épidémies; on a vu, dans un même service d'hôpital, cette fréquence passer de 9 à 40 p. 100 d'un semestre à l'autre ; dans telle épidémie, 80 p. 100 des scarlatineux ont de l'albuminurie, dans une autre 4 p. 100 seulement. En étudiant 45 statistiques publiées dans divers pays, Gouget trouve comme fréquence moyenne de la néphrite dans la scarlatine 11,67 p. 100, les chiffres extrêmes étant 0,27 et 90 p. 100; sur ses 858 observations, Gouget a constaté 138 cas d'albuminurie précoce, 132 d'albuminurie secondaire, au total 270 néphrites, soit un pourcentage de 31,4 p. 100; par conséquent, des malades de Gouget, 2 sur 3 n'ont pas eu de néphrite.

La néphrite scarlatineuse paraît plus fréquente en Allemagne, en Autriche, en Norvège et en Russie qu'en France et en Angleterre.

Toutes les formes cliniques de la scarlatine peuvent se compliquer de néphrite. Dans les formes très graves, très toxi-infectieuses, amenant souvent la mort en quelques jours, l'albuminurie est très fréquente; les altérations rénales ne peuvent, en effet, guère manquer dans ces cas qui lèsent rapidement et profondément le foie, les capsules surrénales, le myocarde. Les scarlatines compliquées d'angine intense, d'infection rhino-pharyngée s'accompagnent souvent d'albuminurie, et l'on sait que l'état de la gorge commande, dans une certaine mesure, la violence et la durée de la fièvre, la virulence de l'infection, ce qui explique pourquoi les altérations rénales sont alors bien à craindre.

L'association scarlatine-diphtérie aurait, pour Lesage et Pougaud, une influence très nocive sur les reins ; d'après Lesage, l'albuminurie au déclin de la scarlatine est dans beaucoup de cas d'origine diphtérique et on pourrait la rendre beaucoup plus rare en pratiquant des injections de sérum antidiphtérique.

Mais si les scarlatines graves et compliquées risquent fort de s'accompagner de néphrite, il ne faut pas oublier que, par un autre mécanisme, les scarlatines légères, apyrétiques, frustes, les scarlatines méconnues font courir au malade le même danger. La néphrite de la convalescence apparaît souvent lorsque le diagnostic de scarlatine n'a pas été fait, lorsque le malade n'a, par suite, pris aucune précaution pour éviter les accidents rénaux (Hutinel et Martin) ; on voit ainsi des sujets qui présentent tout à coup des œdèmes, de l'oligurie ; en les interrogeant pour retrouver l'origine de cette néphrite, on apprend qu'ils ont eu, quelques jours auparavant, un malaise fébrile avec mal de gorge et qu'ils ne se sont pas soignés.

Aubry rappelle à ce propos la phrase de Trousseau : « De toutes les maladies, la scarlatine est celle qui est le plus souvent fruste » ; or, une maladie fruste échappe souvent au diagnostic ; que l'exanthème scarlatineux soit discret et fugace, comme il siége surtout à l'abdomen, à la racine des cuisses, au thorax, il passera inaperçu ; quelques jours après un léger malaise fébrile, le scarlatineux qui s'ignore aura déjà repris son régime habituel, sera sorti même par un temps froid, s'exposant ainsi à la néphrite tardive.

Ces faits bien étudiés, ces néphrites des scarlatines méconnues nous amènent à discuter le rôle des refroidissements et des écarts de régime dans l'étiologie de la néphrite scarlatineuse. Le refroidissement a une influence très fâcheuse sur les reins fragiles des convalescents de scarlatine ; il exerce une vaso-constriction cutanée qui modifie la circulation des organes profonds et par conséquent congestionne les reins. Rauzier relate que deux fillettes étaient arrivées sans incident au quinzième jour de la scarlatine quand elles s'exposèrent à un refroidissement brusque ; le lendemain, elles étaient prises toutes deux de céphalée, de vomissements et on constatait dans leurs urines une très forte dose d'albumine (20 et 30 g.) ; l'une d'elles succomba quelques semaines plus tard, au cours d'un accès d'œdème pulmonaire.

Le professeur Hutinel avait remarqué que les néphrites étaient particulièrement fréquentes au pavillon de la scarlatine, à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant l'hiver de 1909-1910 ; il pensa que cette fréquence des néphrites dépendait peut-être de l'insuffisance du chauffage ; Hutinel fit donc chauffer la salle davantage, éloigner les lits des murs glacés pour les rapprocher des poêles, et, sitôt ces mesures prises, la fréquence des néphrites diminua.

L'action du régime sur les reins est aussi très importante. On a beaucoup discuté le régime alimentaire qui convient aux scarlatineux ; si personne ne soutient plus qu'il soit utile de maintenir le malade au régime lacté pendant quarante jours, même s'il n'a été atteint que d'une scarlatine légère, je ne crois pas que l'on puisse adopter la méthode qui consiste à donner aux scarlatineux de la viande, du poisson et les autres aliments du deuxième degré des hôpitaux dès qu'ils ont faim, à peine la fièvre tombée et même en période fébrile. Le rein des scarlatineux, modifié dans sa circulation et sa résistance, est devenu plus vulnérable ; un excès de chlorure de sodium, un régime trop azoté peuvent alors lui être nuisibles. Les viandes faisandées seront toujours interdites ; le professeur Hutinel cite le cas d'un enfant qui avait été atteint d'une scarlatine légère ; malgré les recommandations faites pour le régime, il mangea du gibier faisandé ; le lendemain, anurie totale qui persista et détermina, le cinquième jour, des accidents urémiques ; une néphrotomie fut pratiquée, mais inutilement ; l'enfant succomba.

On retiendra aussi l'influence de la station verticale et de la fatigue sur la circulation rénale ; les scarlatineux doivent rester couchés assez longtemps, même si la maladie a été bénigne. Des convalescents qui se lèvent trop tôt peuvent présenter de l'albuminurie ; certaines albuminuries de la scarlatine, à peine guéries, prennent le type orthostatique quand le malade se lève. Signalons encore que, dans une même famille, on voit parfois plusieurs scarlatineux avoir tous de l'albuminurie ; ce fait est mentionné dans les livres anciens sur les néphrites ; il s'explique par ce que nous a appris Castaigne de la débilité rénale qui s'observe dans certaines familles.

Une autre question se pose à propos des néphrites scarlatineuses. Est-ce le virus scarlatin par lui-même ou par ses toxines, ou est-ce le streptocoque qui doit être considéré comme responsable des altérations rénales ? Nous ne reprendrons pas ici les discussions interminables sur la pathogénie de la scarlatine, sur le rôle du streptocoque dans les diverses formes et dans les complications de cette fièvre éruptive. Nous sommes de ceux qui admettent un virus spécifique, cause de la scarlatine, et les caractères assez particuliers des néphrites scarlatineuses peuvent fournir un argument en faveur de cette théorie. Si les recherches de di Cristina, qui a trouvé des microbes anaérobies dans le sang des scarlatineux, sont confirmées d'une façon définitive, la question sera bientôt tranchée ; et déjà Ritossa a pu déceler la présence, dans les urines des scarlatineux, de germes à formes bigéminées ayant tous les caractères indiqués par di Cristina.

Comment expliquer qu'il existe, dans la scarlatine, une néphrite précoce et une néphrite tardive ? D'après le professeur Weill, l'albuminurie du début est une manifestation banale, comme il en survient dans toutes les maladies infectieuses ; seule, la néphrite tardive a une individualité nosologique ; c'est une localisation de la scarlatine, au même titre que la paralysie diphtérique attribuée à la toxine diphtérique, que l'orchite des oreillons provoquée par le virus ourlien. Le professeur Hutinel donne une autre théorie : le virus de la scarlatine a une prédilection pour les reins et il les atteint d'une façon plus ou moins évidente dès le début de la maladie ; la lésion passagère des reins au début de la scarlatine sensibilise ces organes, diminue leur résistance et les prépare à subir les effets d'une infection ultérieure, celle-ci se produisant au moment où, dans la convalescence, se réveillent les angines, les adénites et où apparaît le rhumatisme scarlatin. Avec cette théorie, on comprend très bien la chronologie des accidents rénaux qui surviennent dans la scarlatine. Dans certains cas, la néphrite tardive de la convalescence paraît bien dépendre d'une infection secondaire à streptocoque et on a parfois retrouvé ce germe dans les urines ; mais cette constatation ne

doit pas, nous semble-t-il, faire négliger l'action vraiment assez particulière du virus scarlatin sur les reins.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomo-pathologique des néphrites scarlatineuses est très complètement faite dans les traités classiques; nous la résumerons donc rapidement, d'après les articles de Brault, Chauffard et Lœderich, Castaigne, Teissier et Duvoir, Cottet.

Les lésions rénales varient selon le degré de nocivité et la durée d'action du virus scarlatin ou des germes d'infection secondaire. Dans les cas d'albuminurie précoce, avec syndrome urinaire, sans autres signes cliniques, sans grands symptômes d'ordre rénal, il s'agit d'une *néphrite aiguë légère*. Si le malade meurt, non du fait de la néphrite, mais par suite de quelque autre complication, on trouve les reins augmentés de volume, de coloration rouge violacée, avec quelques marbrures jaunâtres. Au microscope, lésions épithéliales, congestives et diapédétiques sont associées avec une prédominance des unes ou des autres, le plus habituellement des lésions épithéliales. Celles-ci consistent surtout en cytolyse protoplasmique et en dégénérescence graisseuse (Castaigne et Rathery); la congestion se manifeste par l'apparence des vaisseaux, distendus et pleins de sang; par la présence d'amas de globules rouges dans les cavités glomérulaires et les espaces intertubulaires; la diapédèse détermine une infiltration leucocytaire autour des glomérules ou entre les tubes contournés, cette infiltration étant diffuse (œdème aigu de Renaut) ou nodulaire et périvasculaire (néphrite lymphomateuse de Wagner).

Un virus scarlatin très nocif provoque des lésions beaucoup plus intenses, pouvant aller jusqu'à la *néphrite suraiguë*; celle-ci est la néphrite des scarlatines malignes rapidement mortelles. Les reins sont gros et mous, plus ou moins congestionnés, et présentant même parfois des hémorragies parenchymateuses (Roger); à l'examen microscopique, on trouve des lésions nécrosantes massives des épithéliums tubulaires; les cellules épithéliales desquamées obstruent la lumière des tubuli et cette obstruction explique l'anurie, en quelque sorte mécanique, de cette forme de néphrite (Chauffard). Il n'y a que peu de lésions glomérulaires; le tissu conjonctivo-vasculaire est le siège de phénomènes congestifs et diapédétiques, mais, dans les néphrites à évolution très rapide, ce tissu n'a même pas le temps de réagir; on est alors frappé par le contraste entre la gravité des lésions épithéliales et l'intégrité du tissu conjonctif et des vaisseaux (Castaigne).

La néphrite tardive est assez souvent une néphrite aiguë légère; dans les autres cas, elle présente les caractères anatomo-pathologiques de la *néphrite subaiguë*. Chauffard et Lœderich, Castaigne distinguent une néphrite subaiguë à évolution rapide et une néphrite subaiguë à évolution prolongée. La première réalise le type classique du *gros rein blanc*, avec lésions des glomérules et des tubuli, le stroma conjonctivo-vasculaire étant peu atteint. Dans cette forme, les lésions glomérulaires sont les plus apparentes, d'où le nom de *glomérulo-néphrite* qu'on donne souvent à ces cas; mais elles ne sont ni aussi exclusives, ni aussi spéciales à la néphrite scarlatineuse que le croyait Klebs. Les glomérules sont très augmentés de volume, par prolifération cellulaire et exsudation du liquide fibrineux dans leur cavité, au début, puis par une prolifération cellulaire continue arrivant à remplir la capsule de Bowmann et à comprimer les anses glomérulaires. Les tubes contournés sont tuméfiés, avec des cellules épithéliales altérées (cytolyse protoplasmique, dégénérescence graisseuse, nécrose et desquamation). Le tissu interstitiel présente de la congestion avec quelques lésions artérielles, de l'œdème et de l'infiltration leucocytaire. Cet aspect du gros rein blanc peut être modifié par des poussées congestives avec hémorragies dans les glomérules et les tubuli.

En cas de néphrite subaiguë à évolution prolongée, les reins sont encore blancs, se laissant facilement décortiquer, mais ils ne sont plus gros; leur consistance est ferme, légèrement indurée; leur surface n'est plus lisse, elle est chagrinée, rendue inégale par des granulations de volume très variable, grosses, en général, comme des grains de chènevis et séparées par des dépressions en sillons; si les granulations sont très grosses, leurs saillies forment de véritables tubérosités; c'est la *néphrite tubéreuse* (Chauffard). Sur les coupes transversales de ces reins, on voit que l'écorce présente souvent déjà un début d'atrophie, qu'elle est bigarrée, semée de taches opaques, jaunâtres, sur fond grisâtre ou lilas; ce sont les granulations de Bright que Chauffard a montrées être le résultat d'hypertrophie compensatrice. Quand l'évolution de cette néphrite est très lente, elle aboutit à l'*atrophie rénale*, au petit rein blanc granuleux.

Histologiquement, les lésions sont très inégalement réparties, certains glomérules restant perméables, de volume non seulement conservé, mais accru; les autres ont une capsule épaissie, une cavité rétrécie; quelques-uns ne sont plus que de petits blocs fibreux. Les parois des tubes contournés sont épaisses; le diamètre des tubes est diminué, l'épithélium secréteur, atrophié. Le stroma conjonctif est partout épaissi, avec des nappes plus ou moins étendues et diffuses de sclérose fibro-embryonnaire; les artères de la voûte et les artérioles sont souvent atteintes d'endo-périartérite, mais sans arriver à ce degré énorme d'artérite que présentent les néphrites interstitielles à petit rein rouge.

Symptômes. — Les néphrites de la scarlatine se présentent sous toutes les formes, depuis la néphrite très atténuée, se traduisant seulement par des traces d'albumine pendant quelques jours, jusqu'à la néphrite suraiguë, épisode d'une toxi-infection rapidement mortelle.

Nous serons brefs dans la description de la *néphrite suraiguë*, car elle n'a pas grand intérêt clinique. Un malade est atteint d'une scarlatine maligne; la température atteint d'emblée 40 degrés, le pouls est d'une fréquence extrême; des vomissements et de la diarrhée surviennent; les phénomènes nerveux sont intenses, convulsions chez les enfants, agitation, délire chez l'adulte; l'éruption paraît, tantôt peu développée, tantôt confluente, mais toujours livide, mélangée de pétéchies qui donnent à la peau une coloration violette.

La tension artérielle est très basse, l'asthénie toujours très marquée; le malade effondré sur son lit est incapable de faire aucun mouvement; cette hypotension, cette asthénie éveillent l'idée d'une insuffisance surrénale et on peut, en effet, provo-

quer, en rayant la peau avec l'ongle, la raie blanche de Sergent.

Dans ce syndrome malin, la participation des reins nous est révélée par l'examen des urines, qui sont très rares, de coloration foncée, albumineuses; dans quelques cas, l'anurie est totale; dans les formes hémorragiques, on peut noter des hématuries. La scarlatine maligne est presque toujours mortelle, le malade succombant, soit par collapsus cardiaque, soit dans le coma. Quelle est la part des altérations rénales dans cette forme si redoutable de scarlatine? Dans nombre de cas, elle paraît assez peu importante, et l'on constate, à l'autopsie, des dégénérescences parenchymateuses multiples avec prédominance aux surrénales. Parfois cependant, le syndrome rénal avec hématurie, anurie complète est au premier plan, le malade meurt dans le coma. Hutinel et Martin, qui ont observé plusieurs fois cette néphrite suraiguë du début de la scarlatine, pensent que, dans certaines épidémies, elle peut être relativement fréquente et expliquer la malignité de ces épidémies.

Voici maintenant les scarlatines de moyenne intensité; la néphrite peut les compliquer dès le début ou plus tard, vers le quinzième, vingtième jour, et même au delà, d'où la distinction classique : néphrite précoce et néphrite tardive.

En règle générale, la néphrite précoce est une néphrite légère avec une symptomatologie réduite au syndrome urinaire, tandis que la néphrite tardive est assez fréquemment une néphrite avec chlorurémie, voire avec azotémie, avec crises urémiques. Mais à cette règle il y a de nombreuses exceptions : on peut voir dès le début une néphrite grave; d'autre part et surtout, la néphrite tardive n'est pas fatalement une néphrite à grand fracas, très souvent elle se réduit à l'albuminurie sans autres signes, comme l'a bien montré Gouget.

La *néphrite précoce* n'est presque toujours qu'une *albuminurie* légère, comme celle que l'on observe dans un grand nombre de maladies infectieuses. Aussi certains auteurs n'admettent-ils pas qu'on applique à cette albuminurie passagère l'appellation de néphrite; pour Merklen, c'est plutôt un trouble provoqué par la fièvre dans les albumines du sérum qui explique le passage de traces d'albumine dans les urines; une modification dans la vitesse de la circulation artérielle au niveau des reins peut aussi être invoquée pour rendre compte de cette albuminurie légère et fugace. D'autres disent que ces traces d'albumine indiquent une lésion rénale minime. Que l'on adopte l'une ou l'autre de ces théories, retenons que beaucoup de scarlatineux n'auront, en tout et pour tout, que cette albuminurie fébrile au cours de leur maladie; quelques-uns ne présenteront même pas ce symptôme si atténué d'une lésion rénale. L'albuminurie du début n'est donc pas constante; elle est plus ou moins fréquente selon les épidémies, on l'observe plus souvent chez les adultes que chez les enfants, plus souvent dans les scarlatines graves que dans les scarlatines bénignes.

Un degré de plus, et la néphrite précoce se traduit par un *syndrome urinaire* plus complet : les urines sont peu abondantes, de coloration foncée, de densité élevée; on y constate de l'albumine en faible quantité (0g10 à 0g50 par litre), albumine non rétractile qui est surtout une globuline, parfois un mélange de sérine et de globuline. On trouve aussi, en faisant un examen microscopique de ces urines, des cylindres épithéliaux, granuleux et hématiques, ainsi que des globules rouges et des leucocytes. Il n'existe aucun signe clinique de rétention chlorurée ou azotée; d'après Nobécourt et Merklen, l'élimination des chlorures est habituellement régulière et l'urée excrétée subordonnée aux quantités d'albumine ingérée. Pour d'autres auteurs, il y a une certaine rétention des matières azotées et du chlorure de sodium, jusqu'au moment où se produit une crise polyurique avec décharge d'urée et de chlorures. L'étude de la perméabilité rénale montre que le bleu de méthylène est éliminé surtout sous forme de chromogène; plus rarement, son élimination est retardée ou prolongée (Castaigne). Cette néphrite aiguë atténuée dure quelques jours et disparaît en même temps que la fièvre; en somme, c'est une atteinte légère des fonctions rénales; il n'y a eu qu'une petite lésion facilement réparable. Mais, comme le font observer Chauffard et Læderich, la restauration rénale n'est pas toujours aussi complète qu'elle le paraît et le rein peut rester en état de moindre résistance vis-à-vis des agressions toxiques ultérieures.

Dans d'autres cas, les symptômes rénaux précoces de la scarlatine sont plus marqués; le malade a des douleurs lombaires, les urines sont rares, une hématurie peut survenir; l'albumine est abondante; j'ai vu une malade avoir, dès le cinquième jour, 1g50 d'albumine avec un bruit de galop, sans œdèmes, sans accidents urémiques; très rapidement, la diurèse a augmenté, l'albuminurie a diminué, puis disparu complètement, la malade a guéri sans séquelles. Mais parfois, la néphrite précoce s'aggrave; l'anurie survient, le malade a de l'apathie cérébrale, de la somnolence et meurt dans le coma; ces faits sont exceptionnels.

Les *néphrites tardives* surviennent surtout du quinzième au vingt-cinquième jour, très souvent en même temps qu'une reprise de la fièvre et que d'autres complications constituant le syndrome infectieux secondaire : angine, adénopathies, arthropathies. On a dit que seuls étaient exposés à la néphrite tardive les scarlatineux ayant eu de l'albuminurie au début, que la néphrite tardive était toujours le réveil d'une néphrite précoce; mais on a publié des observations de néphrite tardive chez des scarlatineux n'ayant pas eu antérieurement de l'albuminurie. Rappelons encore la fréquence des néphrites tardives chez les scarlatineux frustes, dont la fièvre éruptive n'a pas été diagnostiquée, chez les scarlatineux ayant fait des écarts de régime; ceci explique que le professeur Hutinel ait pu noter la fréquence des néphrites tardives plus grande en ville qu'à l'hôpital, les malades d'hôpital étant plus rigoureusement surveillés et ne pouvant s'alimenter selon leur fantaisie. A l'hôpital de l'Institut Pasteur, je n'ai pas vu un seul cas de néphrite tardive avec œdèmes.

La symptomatologie de la néphrite tardive est variable. Très souvent, il s'agit, comme au début, d'une *albuminurie légère*, sans autres signes; sur 132 cas de néphrite tardive, Gouget a observé 104 albuminuries et 28 cas seulement dans lesquels existait un syndrome plus complet. Retenons donc encore combien sont fréquentes les néphrites atténuées, survenant avec le syndrome infectieux secondaire, se traduisant seulement par une diminution de la quantité des urines et une albuminurie passagère.

Avec les *néphrites hémorragiques*, nous arrivons à une forme un peu plus grave en apparence, mais ne devant cependant encore pas trop nous inquiéter. Le professeur Hutinel a bien étudié ces néphrites hémorragiques de la scarlatine chez l'enfant; ses idées ont été exposées dans la thèse de Mlle Vasseur La courbe thermique du scarlatineux était redevenue normale quand la température s'élève, sans atteindre un chiffre élevé; le lendemain ou le surlendemain, les urines deviennent moins abondantes, albumineuses, avec une teinte rosée plus ou moins intense. Quelquefois ce n'est qu'une hématurie histologique décelable par l'examen microscopique et par la réaction de Meyer; dans d'autres cas, l'hématurie est visible à l'œil nu. Sur 385 cas de scarlatine soignés dans le service du professeur Hutinel, Mlle Vasseur a vu huit fois des hématuries histologiques et dix fois des hématuries teintant les urines. Pendant l'hématurie, on sent quelquefois au palper les reins augmentés de volume et douloureux (Hutinel). Dans certains cas, on remarque des œdèmes légers, à la face, au scrotum, au-dessus du pubis, et, avec les œdèmes, il y a une augmentation du poids du malade; les troubles cardiaques sont peu marqués, les accidents urémiques, exceptionnels; le professeur Hutinel signale la céphalée, la contraction pupillaire, des vomissements, des convulsions même, mais tous ces accidents sont sans gravité en la circonstance. Avec la néphrite hématurique coexiste assez souvent un syndrome d'insuffisance surrénale légère : asthénie, raie blanche de Sergent. Si l'on recherche, dans ces cas, le fonctionnement des reins, on décèle parfois, au début, un peu de rétention azotée et chlorurée (Hutinel et Maillet), parfois un peu de retard dans l'élimination du bleu de méthylène; mais bien souvent, l'élimination des chlorures et de l'urée n'est pas troublée, le bleu de méthylène passe dans l'urine en temps absolument normal. C'est pourquoi Hutinel considère cette néphrite hématurique comme étant le plus souvent une forme bénigne, ayant une évolution favorable; pour Lécorché et Talamon, l'hématurie n'a pas une signification pronostique immédiatement grave, mais l'on peut redouter, en pareil cas, la persistance d'une lésion rénale et son évolution ultérieure vers un mal de Bright, car l'hématurie indique un processus histopathologique assez diffus et assez intense.

Décrivons maintenant le type le plus classique de la néphrite tardive, la néphrite avec *œdèmes* et *anasarque*, la néphrite avec *syndrome chlorurémique*; elle paraît beaucoup plus rare actuellement qu'autrefois. On l'observe surtout chez les sujets dont la scarlatine a été méconnue et qui n'ont pas été soignés comme il convient, mais on peut la voir survenir chez les scarlatineux bien traités. Le malade est pris brusquement de douleurs lombaires, de vomissements, de frissons et de fièvre; puis en même temps ou presque simultanément, surviennent des œdèmes périphériques, œdèmes blancs, mous, indolents dans lesquels le doigt marque facilement son empreinte; l'œdème reste parfois localisé à la face, aux régions dorso-lombaires, au scrotum, aux malléoles; mais souvent il se généralise rapidement et bientôt c'est l'anasarque ayant envahi la face et tout le corps. La fièvre est assez fréquente, mais non constante dans cette forme de néphrite; les anciens auteurs distinguaient l'anasarque chaude qui s'accompagne de fièvre et l'anasarque froide qui est apyrétique; Cadet de Gassicourt fit remarquer que cette distinction surannée correspond à des périodes diverses de la néphrite : l'anasarque avec néphrite aiguë, avec hyperémie rénale intense, avec hématurie est une anasarque chaude; celle qui apparaît dans le cours d'une néphrite subaiguë est froide; une anasarque chaude peut devenir froide et réciproquement. L'anasarque scarlatineuse acquiert souvent son maximum en moins de vingt-quatre heures; elle est remarquable par son intensité, l'anasarque consécutive à d'autres maladies restant ordinairement plus modérée (Sanné).

Ce n'est pas seulement le tissu cellulaire qui est le siège d'œdèmes; les séreuses et les viscères peuvent également être infiltrés. Aux plèvres, c'est l'hydrothorax; dans le péritoine, l'ascite; si des épanchements séreux abondants se forment rapidement dans les plèvres et le péricarde, le malade peut mourir presque soudainement. L'œdème du larynx est aussi à redouter; l'épiglotte et les ligaments aryténo-épiglottiques s'infiltrent de sérosité, ce qui entraîne le syndrome dit œdème de la glotte. Trousseau cite le cas d'un enfant qui fut sauvé par une énergique cautérisation pratiquée à la partie supérieure du larynx et celui d'un autre petit malade chez lequel Richet dut faire la trachéotomie pour empêcher une mort imminente. L'œdème pulmonaire peut être aussi une cause de mort rapide (Sanné). Si c'est l'appareil gastro-intestinal qui s'infiltre et s'œdématie, des vomissements et de la diarrhée surviennent; l'œdème du cerveau se traduit par la céphalée, les crises convulsives, le délire ou le coma, il peut aussi déterminer le type respiratoire de Cheyne Stokes. Notons, encore, comme accident de rétention chlorurée, les troubles oculaires, amblyopie, amaurose, œdème de la papille.

Avec ce syndrome chlorurémique, on observe, dans cette forme de néphrite, un *syndrome urinaire* : oligurie, cylindrurie, parfois hématurie. L'albuminurie est habituellement assez forte, atteignant jusqu'à 4 et 6 grammes par litre. Blackall, Blache et Guersant, Barthez et Rilliet, Sanné ont cependant observé des cas d'anasarque sans albuminurie; dans 124 cas d'anasarque scarlatineuse étudiés par Sanné, l'albuminurie fit défaut 33 fois. Sanné attribuait cette variété d'hydropisie à une paralysie vaso-motrice due elle-même à l'influence du froid; mais Hutinel rattache ces anasarques sans albuminurie à la néphrite chlorurémique; on peut voir survenir une rétention chlorurée chez des enfants à la néphrite insoupçonnée mais dont le rein est, en réalité, peu perméable; l'importance des lésions rénales n'est nullement proportionnelle au taux de l'albumine éliminée; anasarque en dehors de toute albuminurie n'est nullement synonyme d'anasarque indépendante de toute néphrite (Hutinel).

Dans l'anasarque scarlatineuse, un *syndrome cardio-vasculaire* se constitue parfois très rapidement et peut passer au premier plan, donnant alors une forme clinique assez particulière. La tension artérielle s'élève, le cœur se dilate, et, chez l'enfant surtout, on constate que le foie est augmenté de volume; c'est une loi générale que, chez les enfants, la stase hépatique survienne très vite dès que le cœur faiblit (Hutinel). Nobécourt et Milhit, Merklen ont bien décrit la néphrite à prédominance cardiaque : le cœur est dilaté, on entend un bruit de galop; le gros foie, les râles aux bases des poumons, la cyanose font que le malade ressemble plus à un asystolique qu'à un rénal et d'ailleurs l'erreur

de diagnostic ne lui serait pas préjudiciable, car à ce rénal il faut prescrire de la digitaline. Merklen signale l'hypertension artérielle et le myosis comme signes permettant de reconnaître cette néphrite à prédominance cardiaque.

Avec un traitement énergique et bien conduit, on voit souvent la néphrite chlorurémique s'améliorer assez vite; les urines augmentent de quantité, s'éclaircissent, en même temps que l'albuminurie diminue; les œdèmes s'atténuent, puis disparaissent; le malade entre en convalescence. Dans d'autres cas, le malade meurt d'accidents urémiques; dans d'autres enfin, la néphrite paraît s'améliorer, mais des rechutes surviennent, les lésions rénales ne se réparent pas et c'est alors la néphrite subaiguë à évolution rapide ou lente.

La néphrite tardive de la scarlatine affecte très rarement le type de *néphrite azotémique*. Quelquefois, dans les néphrites avec rétention chlorurée, on trouve un certain degré de rétention azotée; c'est ainsi que Nobécourt et Darré ont publié une observation de néphrite scarlatineuse tardive avec œdèmes peu marqués et azotémie forte (1g77 d'urée). Le professeur Achard relate un cas dans lequel le liquide céphalo-rachidien renfermait 6 grammes pour 1000 d'urée; il s'agissait d'une enfant atteinte depuis huit jours d'anurie scarlatineuse avec convulsions et qui mourut quelques heures après la ponction lombaire. Ausset et Broustet ont vu une néphrite scarlatineuse avec rétention chlorurée et très forte azotémie; leur malade avait, le douzième jour, 2 grammes d'albumine et, dans le sang, 4 pour 1000 d'urée; le dix-septième jour, on trouvait encore 10 grammes d'albumine et 1g90 d'urée; le malade quitta l'hôpital relativement guéri, ayant 0g55 d'urée dans le sang et 0g50 d'albumine dans les urines. Quant à la néphrite aiguë purement azotémique, sans rétention chlorurée, elle paraît exceptionnelle; une très belle observation en a été publiée par Merklen, Hirschberg et Turpin. A la suite d'une scarlatine ignorée, un malade a une néphrite aiguë caractérisée par des urines rares, très albumineuses, du myosis, des vomissements; pas d'hypertension artérielle; pas d'œdèmes, pas de chlorurémie, mais forte azotémie (1g90); pendant cette néphrite azotémique, le malade a présenté un syndrome de confusion mentale avec désorientation complète, amnésie, alternatives d'agitation et de stupeur. Sous l'influence du traitement (saignée, diète hydrique, lavements), l'azotémie diminue, descend à 0g70, 0g30 et, en même temps, les accidents psychiques rétrocèdent, les vomissements cessent, les urines reviennent au volume normal, ne contiennent plus d'albumine; le malade est sorti guéri de l'hôpital.

Ces faits d'azotémie dans les néphrites scarlatineuses sont encore rares, mais, à mesure que le dosage de l'urée sanguine entre dans la pratique, de nouvelles observations en seront sans doute publiées. Déjà Drujon a ébauché, dans sa thèse, l'étude des formes cliniques de l'azotémie aiguë; il montre bien qu'il faut distinguer l'azotémie liée à la rétention d'urée par oligurie et l'azotémie dépendant d'une imperméabilité rénale plus ou moins prononcée; il signale également que la constatation d'un chiffre élevé d'urée n'implique pas un pronostic immédiatement fatal, comme dans les néphrites chroniques; ce n'est pas le chiffre d'urée trouvé au premier examen qui donne le pronostic, c'est sa persistance et sa progression. Il faut donc faire des dosages en série (Achard); seule, la progression continue de l'azotémie doit faire redouter une issue fatale. On retiendra que des malades, comme celui de Merklen, Hirschberg et Turpin, peuvent guérir après avoir présenté une forte rétention d'urée.

Évolution. — La diversité des formes cliniques de la néphrite scarlatineuse a pu déjà nous faire prévoir que l'évolution en était très variable. Avec la néphrite suraiguë de la scarlatine maligne, c'est presque toujours la mort, mais les reins ne sont pas seuls responsables de cette terminaison fatale; tout l'organisme a été intoxiqué; le foie, les capsules surrénales, le myocarde sont dégénérés, autant sinon plus que les reins. On cite, cependant, quelques cas de scarlatine très grave avec néphrite aiguë qui ont guéri.

La mort peut survenir dans la néphrite tardive chlorurémique, l'anurie et les accidents urémiques compliquant parfois l'évolution de cette forme. L'*anurie* n'entraîne pas toujours la mort, même si elle se prolonge; dans un cas cité par Baginsky, la cessation complète de la sécrétion urinaire a duré trois jours et demi; on cite partout une observation de Pisano, dans laquelle l'anurie dura dix jours et se termina par la guérison, après une crise polyurique et sudorale. Mais ces heureuses exceptions n'empêchent pas qu'une anurie persistante ne soit d'un pronostic très grave, car elle ne tarde habituellement pas à s'accompagner d'accidents urémiques.

Parmi les *accidents urémiques* qui peuvent survenir, avec ou sans anurie, les plus fréquents sont les accidents nerveux et particulièrement les accidents convulsifs. Ils éclatent tantôt chez un malade déjà en état d'anasarque, tantôt chez un sujet d'une santé en apparence parfaite, mais ayant eu récemment une scarlatine méconnue. Le début est quelquefois annoncé par des prodromes : céphalalgie, assoupissement, troubles visuels et l'on remarque en même temps une brusque diminution de la quantité de l'urine. Puis surviennent la crise convulsive, l'attaque éclamptique, d'intensité variable, l'éclampsie urémique pouvant être généralisée ou partielle; la crise convulsive est rarement unique, elle se répète plusieurs fois, à intervalles d'une, deux ou trois heures; entre les attaques, le malade reste assoupi, avec de la cécité passagère; parfois l'intelligence revient complètement dans l'intervalle des attaques d'éclampsie (Sanné), mais d'autres malades ont des accès se répétant avec une telle fréquence qu'ils sont en un véritable état de mal épileptique avec torpeur cérébrale continue. Le pronostic de l'urémie convulsive des scarlatineux n'est pas fatalement mortel; d'après West, quand le malade survit vingt-quatre heures à la première attaque, il peut être considéré comme sauvé; mais Cadet de Gassicourt observe plus exactement que des accidents urémiques, une première fois conjurés, ne mettent pas à l'abri d'une récidive à laquelle le malade peut ne pas résister. Sur 12 cas d'attaques éclamptiques, West a vu 7 guérisons; Rilliet et Barthez en citent 10 sur 13 cas, Sanné 9 sur 14; de 14 malades vus par Cadet de Gassicourt, 7 sont morts.

Le délire est rarement le seul symptôme de l'urémie aiguë et se combine plutôt avec la forme précédente; il en était ainsi dans une observation de Cadet de Gassicourt : Un enfant eut, au cours d'une anasarque, des vomissements, une attaque éclamptique à laquelle succéda un violent délire de paroles et d'actions; l'enfant ne cessait de parler et de ges-

ticuler, avait les yeux hagards, poussait des cris violents; il se calma peu à peu, eut encore pendant quelques jours un délire tranquille et finit par guérir. Ces accidents convulsifs et délirants des néphrites chlorurémiques paraissent bien dus à l'infiltration hydropique de l'encéphale, conformément aux idées de Traube sur le rôle de l'œdème cérébral. Si le malade succombe, c'est dans une torpeur comateuse, attribuable elle aussi à l'œdème des centres nerveux, celui-ci pouvant provoquer un coma avec respiration de Cheyne-Stokes, analogue en apparence au coma de l'azotémie, mais ayant une pathogénie différente.

D'autres malades, moins nombreux, ont des accidents urémiques respiratoires, qui peuvent évoluer très rapidement vers la terminaison fatale. Dans un cas de Gouget, un premier accès de dyspnée, chez un enfant anurique, fut enrayé par la saignée, mais un autre accès enleva l'enfant. Gouget a vu aussi une crise d'œdème aigu du poumon amener la mort en un quart d'heure, malgré une tentative immédiate de saignée. Ces cas d'œdème aigu du poumon dans la néphrite scarlatineuse sont bien connus depuis les observations de Rilliet et Barthez, Legendre, Renaut, Roger. En somme, les formes convulsive et dyspnéique, avec ou sans œdème aigu du poumon, se partagent la presque totalité des cas d'urémie scarlatineuse (Gouget).

L'urémie gastro-intestinale est plus rare. On en trouve deux observations dans un travail de Gouget : Un enfant présente, au dix-huitième jour de la scarlatine, une forte albuminurie, de l'oligurie, des vomissements et de la diarrhée; l'enfant était dans un état de somnolence perpétuelle; au bout d'une quinzaine de jours, les vomissements cessèrent, la diurèse se rétablit, avec disparition presque complète de l'albumine; l'enfant, après une rechute, finit par guérir. L'autre cas est celui d'une jeune fille qui eut 10 grammes d'albumine par litre, avec des vomissements et des épistaxis répétés; elle a guéri également. Ces faits d'urémie gastro-intestinale seraient à étudier en ce qui concerne les rétentions uréique et chlorurée, pour en connaître la pathogénie.

Toutes les néphrites tardives ne se compliquent pas d'accidents urémiques; dans une statistique de Gouget, 17 p. 100 seulement de ces néphrites donnèrent lieu à des accidents urémiques. Alors même que ces accidents ont éclaté, le malade a encore des chances de guérison; dans cette même statistique de Gouget, la mortalité de la grande urémie fut de 47 p. 100.

Cherchons maintenant à savoir ce que devient le scarlatineux, ayant eu une albuminurie légère de la période fébrile, le scarlatineux atteint d'une néphrite plus grave, mais non mortelle. En quel état se trouvent ses reins quand il sort de l'hôpital ou de sa chambre ? Quel avenir lui est réservé ? Sa santé est-elle définitivement compromise ? Ici encore, il faut distinguer plusieurs cas.

Beaucoup de scarlatineux reprennent, après quarante jours d'isolement, leur vie habituelle sans conserver aucune suite fâcheuse de leur maladie. Les uns n'ont jamais eu d'albumine; les autres n'ont eu que des traces d'albumine pendant la période fébrile; quelques-uns même ont pu présenter une albuminurie plus abondante, avec un syndrome urinaire bien caractérisé de néphrite. Mais le fonctionnement rénal, momentanément troublé, est redevenu normal; les lésions du rein se sont parfaitement réparées. Qu'il reste parfois une certaine fragilité des reins, cela est possible; et alors, ultérieurement, au cours d'une grippe ou de quelque autre infection, l'ancien scarlatineux sera plus exposé que d'autres à l'albuminurie. Mais, somme toute, la tare rénale laissée par la scarlatine est des plus minimes.

D'autres scarlatineux quittent leur chambre d'isolement, ayant encore une légère albuminurie; il en était ainsi chez 16 sujets, sur 85 cas de néphrite tardive étudiés par Gouget. C'est alors une *albuminurie minima* (Lécorché et Talamon), une *albuminurie résiduale* (J. Teissier), ce qui correspond sans doute à la *néphrite parcellaire* décrite par Cuffer, à la *néphrite cicatricielle* de Bard. Cette albuminurie légère, suite de scarlatine, a quelquefois le type orthostatique; elle apparaît quand le sujet est debout pour disparaître quand il reste couché. Aubertin a vu des scarlatineux présenter une albuminurie d'abord continue, puis nettement orthostatique, c'est-à-dire influencée par la station debout pure et simple. Ces anciens scarlatineux vont-ils rester des albuminuriques ou devenir des brightiques ? Cuffer avait admis que la néphrite pouvait être considérée comme guérie, malgré la persistance de l'albuminurie; pour Bard, l'albuminurie cicatricielle est peu sensible aux causes occasionnelles qui d'habitude font augmenter l'albumine, la fatigue, les écarts de régime, par exemple; l'urine conserve dans son ensemble des caractères normaux, elle ne contient pas de cylindres; c'est donc une cicatrice rénale plutôt qu'une néphrite en évolution. Teissier distingue, dans l'albuminurie résiduale, trois groupes de faits : une albuminurie permanente, avec cylindrurie et troubles de la santé générale, c'est une néphrite résiduale qui peut guérir définitivement, même au bout de plusieurs années ou passer à la chronicité définitive; une albuminurie résiduale vraie, qui est irrégulière, inconstante, ne s'accompagne d'aucun trouble de la perméabilité rénale; et enfin une albuminurie résiduale tardive ou de reviviscence, survenant parfois plusieurs mois après une scarlatine qui ne s'était pas accompagnée de néphrite.

Quelques-unes de ces albuminuries résiduales, et surtout la néphrite résiduale, sont assez voisines de la *néphrite subaiguë scarlatineuse*. Il y a donc des malades qui, à la suite de la scarlatine, restent des albuminuriques avec des symptômes persistants de néphrite. Il s'agit parfois d'une néphrite subaiguë grave, à évolution rapide. Brault a soigné un jeune homme de seize ans atteint de néphrite scarlatineuse au mois de mars 1896; l'anasarque persista, l'albuminurie resta abondante; le cœur s'hypertrophia avec un bruit de galop; des accidents urémiques survinrent et le jeune homme mourut en juillet, quatre mois après la scarlatine; Brault trouva, à l'autopsie, des gros reins blancs, à l'examen microscopique, de la glomérulo-néphrite.

Dans d'autres cas, la néphrite subaiguë a une évolution moins rapide, avec des périodes d'amélioration, des rechutes; c'est une néphrite à poussées successives. Un jeune homme contracte la scarlatine à quinze ans; il reste neuf mois à l'hôpital, avec de l'anasarque; puis c'est un répit de deux ans; les œdèmes reviennent, persistent six mois; entré de nouveau à l'hôpital, ce malade en sort, après quelques semaines de traitement, très amélioré, mais ayant toujours de l'albuminurie (Brault). Pavlinow a publié aussi quelques observations de néphrite subaiguë à évolution lente.

Restent, enfin, les cas dans lesquels les altérations rénales de la scarlatine aboutissent, après une période plus ou moins longue, à l'*atrophie rénale*. Dans sa thèse, inspirée par Brault, Montignac a bien étudié cette forme clinique. En voici quelques observations : un homme a une scarlatine compliquée de néphrite, à dix-neuf ans ; depuis lors, il ressent toujours des malaises, se plaint de céphalée, d'oppression; à quarante ans, c'est un brightique (Potain). Un autre brightique, âgé de trente ans, a toujours eu des symptômes d'origine rénale depuis une scarlatine contractée à l'âge de six ans (Lécorché et Talamon). Une femme, atteinte de scarlatine à dix-huit ans, présente à plusieurs reprises des accidents urémiques et meurt à vingt-six ans (Faitout). Un malade a la scarlatine à dix-huit ans; sa santé se rétablit peu à peu, mais quatre ans plus tard, à l'occasion d'une grippe il a des accidents urémiques; encore quatre ans de répit et mort d'urémie; à l'autopsie, on trouve des reins petits, rouges, granuleux, avec une réduction considérable de la substance corticale (Brault). Une femme ayant eu à huit ans une néphrite scarlatineuse avec anasarque, meurt à vingt-quatre ans, emportée par une crise d'urémie gastro-intestinale. Ces observations montrent bien que la néphrite scarlatineuse peut évoluer vers l'atrophie rénale.

Diagnostic. — Quand un malade est soigné pour la scarlatine, le diagnostic de néphrite ne peut pas ne pas être fait par un médecin attentif. Il faut, chaque jour, savoir quelle quantité d'urine a été émise en vingt-quatre heures; il faut rechercher souvent si l'urine contient ou non de l'albumine, découvrir le moindre œdème, sachant qu'il y a parfois néphrite avec rétention chlorurée sans albuminurie. On diagnostiquera ainsi la néphrite dès son début; les différentes recherches, aujourd'hui classiques, pour reconnaître s'il y a rétention chlorurée, rétention azotée, seront pratiquées toutes les fois que les symptômes cliniques en montreront l'utilité; l'examen du cœur et de la pression artérielle ne sera pas négligé.

Une néphrite survient-elle chez un sujet dont la scarlatine était passée inaperçue, c'est en reconstituant l'histoire clinique de la maladie, en apprenant que ce rénal a eu récemment un malaise fébrile avec mal de gorge, que l'on fera le diagnostic de néphrite scarlatineuse; parfois, c'est la desquamation qui met sur la voie et permet de trouver la cause de la néphrite.

Le diagnostic ne présente donc pas de difficultés; plus tard, une question importante se pose, dont la solution est souvent plus embarrassante : il s'agit de savoir si la néphrite est guérie, de reconnaître si les lésions rénales se sont réparées; on cherchera à « formuler une opinion sur l'avenir de ces sujets affectés d'une insuffisance rénale relative, épave lointaine de la néphrite infectieuse guérie » (J. Teissier). Ce *diagnostic de guérison* ou de non guérison ne pourra être posé qu'après un examen très complet et parfois après des examens en série; pour chaque malade, il faudra établir le bilan précis et rigoureux de son état local et général, étudier comment se font les éliminations rénales, faire les épreuves du bleu de méthylène, de la chlorurie alimentaire, rechercher la constante uréo-sécrétoire d'Ambard. J. Teissier a donné les principales indications pratiques à tirer des différents types évolutifs des albuminuries résiduales post-infectieuses; il a montré que chaque cas devait être minutieusement observé, en particulier pour prendre une décision à propos d'une assurance sur la vie, du choix d'une profession, d'un mariage.

Pronostic. — Le pronostic doit être porté, pour chaque cas, d'après les renseignements fournis par le syndrome urinaire, d'après l'importance des œdèmes, d'après l'état du cœur. On aura recours à toutes les recherches actuellement employées pour connaître le fonctionnement rénal. Quelques-unes des méthodes proposées pour arriver à ce but sont déjà tombées dans l'oubli; Cottet indique comme n'ayant plus qu'un intérêt historique la recherche de la toxicité urinaire, la cryoscopie, l'épreuve de la glycosurie phloridzique. On utilise aujourd'hui les méthodes d'exploration du rein fondées sur l'étude de l'élimination et de la rétention uréiques, sur l'étude de l'élimination provoquée des substances colorantes; il faut savoir aussi comment le rein élimine l'eau et le chlorure de sodium.

Si, laissant de côté le pronostic de chaque cas, nous cherchons à avoir une idée générale sur le pronostic des néphrites scarlatineuses, il me semble que cette néphrite ne doit pas être considérée comme aussi grave qu'on le croit communément. Sans doute, on trouve dans la littérature médicale, des faits assez nombreux de néphrite scarlatineuse immédiatement grave, ayant entraîné la mort, et des cas de néphrite passée à l'état subaigu ou chronique pour aboutir à l'urémie. Ces observations, on les publie, elles ont du retentissement, alors qu'on ne publie pas celles des anciens scarlatineux complètement et définitivement guéris. Retenons plutôt les statistiques de Gouget qui donnent une idée exacte du pronostic des néphrites scarlatineuses. Lécorché et Talamon ont comparé les conséquences lointaines de la scarlatine en ce qui concerne les reins à celles du rhumatisme articulaire pour l'endocarde; cette comparaison est très exacte, mais ne convient-il pas d'ajouter que les séquelles cardiaques du rhumatisme sont beaucoup plus fréquentes que les séquelles rénales de la scarlatine? On trouve presque toujours dans un service d'hôpital un cardiaque dont la lésion date d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, alors qu'il faut chercher longtemps pour découvrir une néphrite subaiguë ou chronique devant être attribuée à une scarlatine antérieure. En deux ans, dans un centre de réforme, j'ai vu plus de soixante cardiopathies d'origine rhumatismale et un seul cas de néphrite chronique d'origine scarlatineuse.

Traitement. — Par un traitement judicieux de la maladie causale, le médecin peut faire beaucoup pour empêcher l'apparition de la néphrite. La chambre du malade sera maintenue à une température convenable et l'on évitera toute cause de refroidissement; le scarlatineux sera maintenu au lit pendant trois semaines environ dans la plupart des cas, un peu moins longtemps s'il n'a eu qu'une scarlatinette. Les soins de la bouche, de la gorge et des fosses nasales ont une grande importance, pour diminuer la virulence et la durée de l'infection rhino-pharyngée; d'après certains auteurs, l'application de la méthode de Milne est utile pour la prophylaxie des complications rénales; des bains assureront le bon fonctionnement de la peau. La question du régime alimentaire a été bien souvent discutée, et je ne la reprendrai pas ici; les scarlati-

neux ayant de l'abuminurie précoce doivent être très surveillés pendant longtemps pour l'alimentation tandis que ceux qui n'ont pas eu d'albuminurie au début pourront être mis plus tôt à un régime plus varié. Pour ma part, je donne le régime suivant à un scarlatineux atteint d'une forme moyenne sans néphrite ou n'ayant eu que des traces d'albumine : lait et tisanes pendant la période fébrile, puis du lait jusqu'au quinzième jour environ; huit jours de régime lacto-végétarien déchloruré; huit jours de régime lacto-végétarien peu salé; le malade arrive ainsi au trentième jour sans avoir faim et reprenant peu à peu des forces; à ce moment, s'il n'y a eu aucun signe de néphrite, il peut être mis au régime ordinaire azoté et chloruré. Faut-il prescrire de l'uroformine, comme antiseptique général et antiseptique rénal? On a dit qu'en employant systématiquement l'uroformine, on arriverait à diminuer le nombre des néphrites; d'autres affirment au contraire avoir noté une plus grande fréquence de l'albuminurie chez les malades ainsi traités. Je crois qu'une petite dose d'uroformine doit être un bon antiseptique des reins et du foie.

Si malgré ces précautions, la scarlatine vient à se compliquer de néphrite, c'est alors, selon les formes cliniques, le traitement de la néphrite avec rétention chlorurée, de l'hématurie, de l'anurie, des accidents urémiques; c'est parfois le traitement toni-cardiaque en cas de néphrite avec dilatation du cœur. Plus tard, l'albuminurie résiduale, le passage de la néphrite à l'état chronique posent de nouvelles indications thérapeutiques. Ce traitement n'a rien de spécial à la néphrite scarlatineuse; c'est celui de toutes les néphrites aiguës et subaiguës.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 janv. 1912.

ACHARD et LEBLANC. La rétention chlorurée dans les néphrites aiguës, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juillet 1914.

APERT. *Précis des maladies des enfants*, 1920.

AUBERTIN. L'albuminurie orthostatique au cours de la néphrite scarlatineuse, *Presse méd.*, 3 oct. 1901.

AUBRY. Scarlatines frustes et scarlatines méconnues, *Gaz. méd. de Nantes*, 5 oct. 1907.

AUSSET et BROUSTET. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 nov. 1915.

BRAULT. Classification des néphrites, *XIIe Congrès de méd.*, Moscou 1897; — Art. MALADIES DES REINS, *Traité de médecine*, 1902, t. V; — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, 1922, t. VIII.

BRELET. *La Scarlatine*, 1 volume de la Bibliothèque des Connaissances médicales, 1924; — Le régime alimentaire dans la scarlatine, *Gaz. méd. de Nantes*, 12 déc. 1908.

CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1882, t. II.

CASTAIGNE. *Les Maladies des reins*, 1921; — Art. NÉPHRITES, *Manuel des maladies des reins*, 1906.

CHAUFFARD et LAEDERICH. Art. MALADIES DES REINS, *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, 1909, t. XXI.

COTTET. Art. NÉPHRITES, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, 1923, t. XIII.

DI CRISTINA. *La Pediatria*, 1921, n° 24.

DRUJON. Des formes cliniques de l'azotémie aiguë, *Th. de Paris*, 1923.

GERSCHENOVITSCH. Néphrites scarlatineuses chroniques, *Th. de Paris*, 1914.

GOUGET. La scarlatine à l'hôpital Claude-Bernard en 1908, *Revue de méd.*, 1910.

HALLÉ. Art. SCARLATINE, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, 1921, t. XVI.

HUTINEL. Les différents aspects des néphrites scarlatineuses. Influence des soins et du régime, *Monde méd.*, 15 août 1923; — Formes bénignes de la néphrite scarlatineuse, *Progrès méd.*, 1913, p. 514; — A propos de la néphrite scarlatineuse, *La Clinique*, 31 oct. 1913.

HUTINEL et MARTIN. Art. SCARLATINE, *Les Maladies des enfants*, 1909, t. I.

JANET. Types cliniques des néphrites aiguës dans l'enfance, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1924.

LÉCORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, 1888.

MERKLEN. L'azotémie dans les néphrites, *Progrès méd.*, 1922, n° 39; — Types cliniques des néphrites aiguës, *Paris méd.*, 5 août 1922; — Les néphrites de l'enfance, *Bull. méd.*, 1922, n° 46.

MERKLEN, HIRSCHBERG et TURPIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 86.

MONTIGNAC. Atrophie rénale consécutive à la scarlatine, *Th. de Paris*, 1897.

MOIZARD. Art. SCARLATINE, *Traité des maladies de l'enfance*, 1904, t. I.

NOBÉCOURT. *Précis de médecine des enfants*, 1922.

NOBÉCOURT et DARRÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 janv. 1912.

NOBÉCOURT et MERKLEN. *Soc. de péd.*, déc. 1907 et juin 1908.

NOBÉCOURT et MILHIT. *Paris méd.*, 18 juillet 1914.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Art. NÉPHRITES, *Pathologie médicale*, 1922, t. IV.

PAVLINOW. *Congrès de Moscou*, 1897.

POUGAUD. *Th. de Paris*, 1910.

RAUZIER. *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 3097.

RAYER. *Traité des maladies des reins*, 1840, t. II.

RITOSSA. *La Pediatria*, 15 sept. 1923.

ROGER. *Les Maladies infectieuses*, 1902.

SANNÉ. Art. SCARLATINE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1879.

TEISSIER (J.). Pronostic lointain des albuminuries résiduales postinfectieuses, *Bull. méd.*, 1904, n° 94.

TEISSIER et DUVOIR. Art. SCARLATINE, *Nouveau Traité de médecine*, 1922, f. 2.

VASSEUR (Mlle). *Th. de Paris*, 1910.

WEILL et PÉHU. Art. SCARLATINE, *La Pratique des maladies des enfants*, 1922, f. 6.

LIVRES NOUVEAUX

La douleur en chirurgie (1), par le docteur L. DARTIGUES.

Dans une étude à la fois littéraire, philosophique et scientifique, à laquelle il a mis comme exergue : « La plus noble conquête que l'homme ait jamais faite est bien celle qu'il a réalisée sur l'empire de la douleur », Dartigues trace une grande fresque avec aperçus nouveaux de tout ce que l'homme a fait pour lutter contre la douleur opératoire. Cette étude, qu'il a dédiée à ces deux grands chirurgiens-écrivains les professeurs J.-L. Faure (de Paris) et Forgue (de Montpellier), et qui comprend une vingtaine de portraits, est une synthèse qui n'avait jamais été faite et qui est extrêmement curieuse et attachante.

Dartigues traite : de la douleur en général, de la psychologie du chirurgien devant la douleur; il passe en revue la valeur signalétique et la signification clinique de la douleur, fait l'historique des anesthésiques chirurgicaux et esquisse l'évolution de l'anesthésie chirurgicale et son avenir probable. Il termine par des considérations sur les conséquences psychiques et pratiques du progrès de l'anesthésie chirurgicale; il montre la psychologie des malades devant la douleur chirurgicale, et les rapports de l'anesthésie avec la rapidité opératoire.

Enfin, il parle de ce qu'on peut se permettre d'entrevoir par anticipation.

Tous les médecins voudront lire cette étude si attachante dans laquelle notre collègue Dartigues montre une fois de plus la générosité et l'originalité de son esprit. L. G.

(1) Un vol. in-8. Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-32

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les concours du clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : titulaire, M. Blum; adjoint, M. Fatou.

Clinique médicale Saint-Antoine : titulaire, M. Ravina.

Clinique médicale de l'hôpital Cochin : titulaires, MM. Mareau, Hutinel, Boulin.

Clinique médicale de la Pitié : titulaires, MM. Mouquin, Tissier.

Clinique médicale propédeutique de la Charité : titulaires, MM. Bordet, Mignot.

Clinique médicale infantile : titulaire, M. Janet; adjoint, M. Pichon.

Clinique médicale de la première enfance : titulaire, M. Pierre Vallery-Radot; adjoints, MM. Florent et Lestoquoy.

Clinique des maladies infectieuses : titulaire, M. Cathala; adjoints, MM. Rivalier et Joannon.

Clinique des maladies mentales : titulaires, MM. Targowla, Cadot, Mlle Badonnel, M. Robin.

Clinique des maladies nerveuses : adjoint, M. Marquézy.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, M. Schulmann; adjoint, M. Fouet.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin : titulaire, M. Monod.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : adjoint, M. Dubois.

Clinique chirurgicale de l'hospice de la Salpêtrière : adjoint, M. Soupault.

Clinique thérapeutique chirurgicale : titulaire, M. Richard; adjoints, MM. Oberlin, Girault.

Clinique obstétricale : titulaires, M. Lantuéjoul; Mlle Labeaume; adjoints, MM. Chaumé, de Manet.

Clinique gynécologique : titulaire, M. Michon; adjoint, M. Leroy.

Clinique urologique : titulaire, M. Garcin (André); adjoint, M. Fouquiau.

Clinique oto-rhino-laryngologique : titulaire, M. Truffert; adjoints, MM. Chatellier, Cornet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925 :

Chefs de travaux : MM. Demeure, licencié ès sciences (physique médicale), les docteurs Louis, pharmacien de 1re classe (chimie minérale), Cordonnier (médecine légale).

Chef de laboratoire : M. le docteur Vullien (clinique des maladies mentales).

— Lyon. — Un congé sans traitement, du 1er novembre 1924 au 1er novembre 1925, est accordé, sur sa demande et pour convenances personnelles, à M. Cordier (P.), agrégé d'anatomie.

M. Thévenot (Léon), agrégé, est maintenu en exercice pour l'année 1924-1925. Il est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours complémentaire d'anatomie, en remplacement de M. Cordier (P.), en congé.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Florence, agrégé (toxicologie), Laroyenne, agrégé libre (orthopédie), Barral, agrégé, professeur sans chaire (chimie analytique et analyse biologique), Patel, agrégé libre (anatomie topographique), Condamin, professeur sans chaire (propédeutique de gynécologie), Tellier, chargé de cours (stomatologie), Martin (E.), professeur (déontologie), Gayet, professeur sans chaire (propédeutique urologique), Rochaix, agrégé (hygiène urologique), Noël, agrégé (embryologie), Bonnamour, chargé de cours (thérapeutique expérimentale), Mayet, chargé de cours (anthropologie et paléontologie humaines).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Barral, professeur sans chaire (chimie minérale), les agrégés Leulier (matière médicale), Rochaix (hygiène), Savy (anatomie pathologique), Florence (chimie organique), Noël

(histologie), les docteurs Mazel (médecine légale), Chanoz (physique).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Santy (pathologie externe), Garin (zoologie), Froment (pathologie interne), Trillat (accouchement), Nogier (physique pharmaceutique), Lucien Thévenot (bactériologie clinique), Léon Thévenot (anatomie descriptive).

M. Piéry, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique.

M. le docteur Gallois est délégué, pour l'année scolaire 1924-1925, dans les fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1924-1925 :

I. Chefs de travaux : MM. le docteur Imbert (thérapeutique), le pharmacien de 1re classe Fouillouze (pharmacie), les docteurs Dufourt (médecine expérimentale), Massia (parasitologie), l'agrégé libre Tavernier (chirurgie opératoire), le docteur ès sciences Mlle Bellion (physiologie).

II. Chefs de laboratoire : MM. Bosnoblet (clinique ophtalmologique), les docteurs Bussy (clinique ophtalmologique), Dunet et Pollosson (clinique chirurgicale), le pharmacien de 1re classe Boulad et M. Cade (clinique médicale).

MINISTÈRE DES PENSIONS — M. le docteur Sibut, inspecteur général au ministère des Pensions, chef adjoint du cabinet du ministre, est désigné pour faire partie de la Commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (Paris, 20-25 avril 1925). — ORGANISATION DU CONGRÈS. — Au cours de la guerre, pour faire bénéficier les blessés des progrès qu'elles avaient individuellement réalisés, les nations alliées furent conduites à instituer les conférences chirurgicales interalliées dans lesquelles furent formulées les règles générales de traitement des diverses blessures.

Le Service de santé de Belgique, estimant que cette heureuse collaboration scientifique devait se continuer en temps de paix, prit l'initiative, sous le haut patronage de Sa Majesté le Roi des Belges, de réunir, en 1921, un *Congrès international de médecine et de pharmacie militaires* où furent conviées toutes les nations alliées et neutres. Cette première réunion de Bruxelles, où vingt nations furent représentées, fut suivie deux ans après d'une réunion tenue à Rome, sous la présidence de Sa Majesté le Roi d'Italie, où trente-cinq puissances étrangères participaient.

C'est à la France que revient l'honneur d'organiser, en 1925, le IIIe Congrès international de médecine ou de pharmacie militaires. Il se tiendra à Paris, du 20 au 25 avril 1925, au Val-de-Grâce, berceau de la médecine d'armée. Cette réunion doit être une manifestation grandiose témoignant de l'union des cadres de l'armée active et de l'armée de complément, s'associant pour présenter à leurs collègues étrangers les progrès réalisés par notre pays dans l'ordre humanitaire.

Le Congrès comportera des séances scientifiques : Etude des questions ci-après : la spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé aux armées ; des méthodes de sélection du contingent ; l'étiologie et le traitement des arthrites traumatiques et de leurs séquelles ; les méthodes d'analyse du matériel de pansement et de suture.

En même temps, auront lieu au Val-de-Grâce des démonstrations de matériel technique constitué en formations sanitaires de campagne ; et une exposition industrielle et commerciale, organisée en accord avec le ministère du Commerce qui groupera sous les yeux des congressistes tout ce qui intéresse les médecins et pharmaciens dans toutes les branches de leur activité.

De brillantes réceptions officielles, un gala à l'Opéra, une visite à Versailles seront organisés ; un Comité de dames est prévu pour accompagner les dames des congressistes et leur faciliter des visites instructives et attrayantes ; des circuits organisés à tarifs réduits, permettront aux congressistes qui le désireront de visiter, dans les conditions les plus favorables, les environs de Paris, Chantilly, Fontainebleau ; les champs de bataille de Verdun ; les villes d'eau des Pyrénées du Massif central, des Vosges, des Alpes ou de la Côte d'Azur.

Nous rappelons que nous avons publié dans le numéro 64 de la *Gazette des hôpitaux* tous les détails matériels concernsnt ce Congrès qui paraît dès maintenant assuré du plus brillant succès.

Toute correspondance relative au Congrès doit être adressée au commissariat du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, 66, rue de Bellechasse, Paris, 7e.

— *La participation belge au Congrès de médecine et de pharmacie militaires de Paris, 1925.* — Le colonel médecin Derache, chef du service de chirurgie à l'hôpital militaire de Bruxelles, et le major médecin Voncken, chef du service à l'hôpital militaire de Liége, ont été nommés rapporteurs pour la question : « Etiologie et traitement des arthrites traumatiques et de leurs séquelles ».

Le *Bruxelles médical* qui annonce cette nouvelle ajoute que le comité de propagande a été constitué comme suit : Président d'honneur : le lieutenant général médecin honoraire Wibin ; président : le lieutenant général médecin Wilmaers, secrétaire ; au titre de l'active : le major médecin Voncken et le capitaine en premier pharmacien Desiron ; au titre de la réserve : le capitaine médecin Beckers.

Il est dès à présent certain que la participation belge au Congrès de Paris sera très importante. Le Ministre de la Défense Nationale s'y fera officiellement représenter par un certain nombre de délégués.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 17 novembre 1924, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les troubles nerveux commotionnels. Les névroses de guerre », par M. Claude Vincent, médecin des hôpitaux.

HOPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois, chef de service, commencera le lundi 10 novembre 1924, à 10 h., une série de 15 leçons sur les maladies de l'oreille et les complications des otites, avec la collaboration de MM. Rouget, A. Bloch, Ramadier, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux ; Maurice Bouchet, G. Ill, Tarneaud, Poyet, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 10 h.

Au cours de cette série, une leçon sera faite par M. Auvray, professeur agrégé, chirurgien à l'hôpital Laënnec, qui traitera le sujet suivant : « Fracture du rocher. »

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours. Ils pourront être admis, sur leur demande, à continuer dans le service comme aides bénévoles et à participer au traitement des malades.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec, auprès de M. Maurice Bouchet, assistant du service d'oto-rhino-laryngologie.

Droit d'inscription : 200 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents).

HOPITAL AMBROISE PARÉ (82, rue de Saint-Cloud et 145, avenue Edouard-Vaillant, à Boulogne-sur-Seine). — MM. les docteurs Laubry et Trémolières feront alternativement tous les jeudis, à 10 h. 1/2, à partir du 6 novembre, dans la salle de la consultation, une leçon clinique avec présentation de malades.

TÉTANIE ET NOYAUX GRIS CENTRAUX

Par M. le docteur RAUX (de Millau, Aveyron).

L'anatomie pathologique de la tétanie est encore fort imprécise. Des lésions ont été signalées, qui intéressaient les divers segments du névraxe; le substratum anatomique du syndrome tétanique a été localisé tantôt dans le cerveau, tantôt dans le bulbe, tantôt dans la moelle, tantôt dans les nerfs. Les travaux les plus récents et les nouvelles données attirent l'attention sur les noyaux gris centraux. Ce sont les lésions de ces masses grises que nous avons provoquées et réalisées et que nous allons signaler dans nos observations.

Expériences sur le rat blanc. — C'est avec le rat blanc que nous avons commencé notre expérimentation. Voici les résultats de quelques examens macroscopiques de cerveaux de rats thyroïdectomisés et ayant présenté des crises de tétanie.

Observation n° 1. — Hyperémie des méninges et du cerveau. Les vaisseaux sont gorgés d'un sang noirâtre. Les coupes frontales du cerveau nous montrent une substance grise corticale congestionnée, avec légère prédominance à gauche et une masse grise centrale encore plus fortement hyperémiée, avec un piqueté hémorragique un peu plus net à droite.

Observation n° 2. — Méninges congestionnées. Tout le cerveau est fortement hyperémié, mais l'hyperémie est plus marquée sur l'hémisphère gauche et surtout en arrière. Présence d'un foyer hémorragique dans la scissure intercérébro-cérébelleuse. Deuxième foyer plus important, sur l'hémisphère gauche, au niveau de la scissure qui correspond chez l'homme à la scissure de Sylvius. Les coupes montrent une congestion de la substance grise corticale, mais cette congestion est bien plus nette dans les masses grises centrales, aussi bien à droite qu'à gauche.

Observation n° 3. — Le cerveau est congestionné uniformément. Pas de foyer hémorragique. Les coupes frontales montrent une hyperémie assez marquée de la substance corticale, moins intense des noyaux gris centraux.

Observation n° 4. — Le cerveau est fortement congestionné et d'une façon uniforme. Les deux hémisphères, ayant été débités par coupes frontales, montrent une hyperémie de toute la substance grise, mais cette hyperémie prédomine nettement dans les masses centrales, aussi bien dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère gauche. Présence dans les noyaux gris de la base gauche d'un foyer hémorragique du volume d'une tête d'épingle.

Observation n° 5. — Congestion cérébrale. De nombreuses coupes pratiquées dans un même plan frontal montrent une hyperémie générale prédominant dans les lobes occipitaux.

Observation n° 6. — Le cerveau est rosé, les veines sont dilatées par un sang très foncé. Coupes par coupes, la substance grise est hyperémiée, mais la congestion est nettement prédominante dans les masses centrales. Un piqueté hémorragique très délicat, mais contrastant avec le rose des parties environnantes, se trouve tout autour du canal de l'épendyme. Le noyau dentelé du cervelet est nettement congestionné.

Expériences sur le cobaye. — Notre expérimentation sur le cobaye a été rarement couronnée de succès. En effet les accidents tétaniques n'ont éclaté avec netteté que chez un seul des quatre rongeurs thyroïdectomisés, et cela, grâce à une deuxième opération. Les insuccès de ces expériences sont probablement dus à la présence de glandules aberrantes, suffisamment distantes du corps thyroïde pour sortir indemnes de l'opération.

Expériences sur le chien. — Chez le chien, au contraire nos interventions ont toujours été concluantes. Voici d'abord les examens macroscopiques des cerveaux de nos chiens tétanisés. Afin d'éviter les lésions d'ordre agonique nous avons toujours sacrifié nos animaux, quelque temps avant leur mort.

Examens macroscopiques. — *Observation n° 1.* — Les méninges sont hyperémiées. Le cerveau est fortement congestionné. Dans le sillon intercérébro-cérébelleux gauche se trouve un petit foyer hémorragique.

L'examen d'une coupe frontale passant par l'émergence de la IIIe paire nous montre une congestion bien limitée de la masse grise de la région sous-ventriculaire gauche. Au niveau des deux pédoncules, dans la région de la calotte, présence d'un piqueté hémorragique, plus net à gauche. Dans la substance grise des circonvolutions calloso-marginales (surtout à gauche) même processus de congestion. Dans une coupe frontale passant par le chiasma optique, les lésions sont identiques, mais de moindre intensité.

Observation n° 2. — Coupe passant par l'émergence de la IIIe paire : Les masses grises des noyaux de la base sont congestionnées et présentent un piqueté hémorragique très net, qui se retrouve dans la substance grise des circonvolutions calloso-marginales. Les plexus choroïdes sont hypertrophiés et de couleur rouge sombre.

Coupe passant par le chiasma optique : Congestion et piqueté hémorragique de la substance grise qui se trouve sous les ventricules latéraux et autour du troisième ventricule, ainsi que de la substance grise des circonvolutions colloso-marginales. Les plexus choroïdes sont injectés, la substance grise corticale est légèrement hyperémiée. Notons que l'examen des prélèvements sortis du toluène, montrait par transparence les lésions d'une remarquable netteté : la congestion des masses grises centrales pouvait se suivre aisément dans toute la profondeur du bloc cérébral prélevé.

Observation n° 3. — Chien mort par hémorragie (prise de sang antérieure à une artère fémorale). Les deux coupes frontales passant par l'émergence de la IIIe paire et par le chiasma optique révèlent une hyperémie légère de toute la substance grise aussi bien corticale que centrale.

Observation n° 4. — Coupe passant par l'émergence de la IIIe paire : Les masses grises centrales sont très congestionnées et présentent un piqueté hémorragique très intense, aussi net à droite qu'à gauche. La substance grise corticale est, elle aussi hyperémiée, mais dans des conditions bien moindres. Les plexus choroïdes sont dilatés et injectés d'un sang noirâtre.

Coupe passant par le chiasma optique : Les altérations sont identiques aux précédentes et au moins aussi nettes.

Observation n° 5. — Coupe passant par l'émergence de la IIIe paire : Congestion très nette de toute la substance grise cérébrale (corticale et centrale) peut être avec prédominance à droite. Piqueté hémorragique très net dans les noyaux gris de la base à droite.

Coupe frontale passant par le chiasma optique : L'hyperémie est marquée surtout dans les noyaux gris centraux qui offrent un piqueté hémorragique très net. La congestion cérébrale moins intense que dans l'autre coupe est toujours plus forte à droite.

Observation n° 6. — Le cerveau débité en coupes frontales ne nous montre aucune lésion de la substance grise dans les premières coupes. Mais dès que les sections intéressent les noyaux gris centraux, la congestion intense de ces masses grises frappe l'œil, si bien qu'on peut distinguer trois colorations dans la coupe : une zone blanche (substance blanche), une zone grise (substance grise corticale) et une zone gris-rosée (substance grise centrale). Piqueté hémorragique très abondant, prédominant à la base du IIIe ventricule.

Examens microscopiques. — Voici les résultats d'examens pratiqués dans le laboratoire de notre maître M. le professeur Grynfeltt, sur le cerveau d'un chien mort en cinq jours de tétanie après une parathyroïdectomie totale (chien n° 1) et sur le cerveau d'un chien n'ayant succombé qu'en deux mois à la même maladie, après une parathyroïdectomie en deux temps (chien n° 6). Nous avons toujours opéré par comparaison entre des cerveaux de chiens morts d'accidents tétaniques et des cerveaux de chiens normaux tués par piqûre du bulbe et immédiament autopsiés.

Chien n° 1. — L'examen d'une coupe d'ensemble du cerveau par les méthodes ordinaires révèle des troubles vasculaires généralisés, mais dont l'importance est plus marquée dans la région des noyaux gris centraux. Dans cette zone, on observe un processus de congestion des vaisseaux dont les gaines sont fortement dilatées. Dans le centre ovale, de nombreuses cellules de la névroglie se sont parfois accumulées le long des vaisseaux. Les gaines lymphatiques distendues restent béantes.

Les lésions de l'élément noble méritent de retenir plus longuement notre attention. La cellule ganglionnaire est fortement intéressée par le processus destructif. Son noyau est déformé et présente du gonflement. Il subit souvent un déplacement, abandonne alors le centre de la cellule pour aller se loger à la périphérie. Le nucléole paraît être diminué de volume; il semble en maints endroits avoir subi une atrophie très marquée. Au niveau du corps cellulaire, nous notons des phénomènes accentués de neuronophagie; il est souvent écorné par des éléments phagocytaires. Dans certaines cellules, les grains de Niss'l ont disparu en partie et se trouvent remplacés par une fine poussière qui prend les bleus basiques. A côté d'éléments totalement décolorés, certains ne le sont qu'en partie. C'est une tigrolyse surtout centrale, quelquefois périnucléaire. Dans d'autres cas, il semble que le corps chromatique se dissolve dans la substance achromatique et donne naissance à un état vacuolaire de la cellule. Quelques neurones semblent avoir échappé au processus destructif et se présenter avec leur armature chromatique normale, mais nous notons tout de même l'absence des corps tigroïdes à la base de certains prolongements. En somme, le processus est à peu près général, la grande majorité des cellules ganglionnaires étant fortement lésée.

En associant la coloration du muci-carmin au Weigert-Loyez (procédé de G. Pélissier) nous avons mis en évidence un début de processus de dégénérescence mucocytaire, tel que l'a défini M. le professeur Grynfeltt dans les cellules de la névroglie de la substance blanche du centre ovale. Il y a là une réaction hypertrophique et dégénérative des cellules de la névroglie avec un début de dégénérescence mucocytaire traduite par la basophilie légère de leur contenu et par la faible colorabilité du coagulum cellulaire au moyen du muci-carmin. Cette substance est évacuée par les gaines périvasculaires où on la retrouve.

Par la méthode de Bielchowsky, l'imprégnation se fait d'une façon moins intense que sur le chien normal.

Chien n° 6. — L'examen de diverses coupes nous permet de retrouver les altérations signalées chez notre chien n° 1, à tétanie rapidement mortelle. Mais ici l'hyperémie nous paraît plus marquée. Les vaisseaux très congestionnés sont distendus par les globules rouges. Quelques parois vasculaires sont rompues et donnent lieu à des hémorragies intragainales. Nous notons un épaississement des éléments conjonctifs de la paroi vasculaire. Mais si la méso-vascularite est nette, l'intima paraît peu touchée. Il n'y a pas de périvascularite appréciable sous forme d'exsudat leucocytique dans l'intérieur des gaines de Robin ou dans les zones adjacentes de la substance nerveuse.

Nous retrouvons, de plus et surtout, les lésions des divers constituants de la cellule ganglionnaire qui présente des altérations du même ordre que celles du chien précédemment étudié, mais avec des différences que nous allons signaler. Le noyau déformé, aux contours irréguliers, émigre et peut devenir fortement excentrique, allant même au contact de la limite cellulaire. Dans quelques noyaux vésiculeux, le nucléole ne peut être retrouvé. L'étude du corps cellulaire nous montre ici une neuronophagie intense. Nous pouvons retrouver l'état apyknomorphe : les corpuscules chromatiques étant diminués de volume et fixant moins énergiquement les colorants. A un degré de plus, certaines cellules nous présentent l'état dit chromophile : la substance chromatique ne se montre plus alors sous la forme de granulations distinctes, elle est dissoute dans le protoplasma et lui donne une teinte homogène et uniforme. On assiste enfin à la translation de la substance chromatique des grains de Niss'l, qui passe dans la partie achromatique de la cellule, qui prend alors le bleu polychrome. C'est la colorabilité de la substance achromatique, la chromatophilie de ce qui était l'a-chromatophile.

Nous n'avons pu obtenir du réseau fibrillaire intracellulaire d'images nettes. La cellule au lieu de se présenter à nous avec son fin réseau de fibrilles teintes en noir par la réduction du métal apparaît granuleuse et gris cendrée, à peu près décolorée. Dans la substance blanche de la capsule interne et du centre ovale, les axones sont irréguliers, rubanés ou moniliformes et présentent l'altération ballonnisante. La méthode de Bielschowsky nous a montré certains groupes cellulaires du rhinencéphale qui semblent avoir échappé à ce processus, mais en général les lésions dégénératives agissent d'une façon plus massive sur les noyaux gris centraux que sur la corticalité où elles sont plus discrètes.

CONCLUSIONS. — Les noyaux gris centraux présentent donc, dans la tétanie, des lésions d'une intensité et d'une constance remarquables. Aussi bien, nous paraît-il de bonne logique, en nous basant sur les résultats de notre expérimentation, de situer dans les noyaux gris centraux la localisation la plus importante du substratum anatomique du syndrome tétanique.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTONI et TIZZONI. *Arch. per le scienze med.*, 1886.
CAPOBIANCO. *Arch. ital. de biol.*, 1893, 1895, 1899.
CRISTIANI. *Acad. des sciences*, 1892; — *Soc. de biol.*, 1892, 1895, 1897, 1900; — *Arch. de physiol.*, 1893, 1895.
FÜHR. *Arch. f. experim. Pathol. und Pharm.*, 1886.
GLEY. *Arch. de physiol.*, 1892, 1893, 1894, 1897; — *Congrès int. de méd.*, Moscou 1897; — *Presse méd.*, 1918.
GRYNFELTT. *Soc. de biol.*, 1923.
GRYNFELTT, PAGÈS et PÉLISSIER. *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 1924.
JEANDELIZE. *Th. de Nancy*, 1902.
LOWENTAHL. *Soc. vaudoise de méd.*, 1887.
LUPO. *Riforma med.*, 1887; — *Progresso med.*, 1888.
LUSENA. *Firenze*, 1899.
MASETTI. *Riv. sperim. di frenatria e med. légale*, 1896.
MOUSSU. *Th. de Paris*, 1907.
ROGOWITCH. *Arch. de phys.*, 1888.
SANQUIRICO et CANALIS. *Arch. per le scienze med.*, 1884.
TIZZONI et CENTANNI. *Arch. per le scienze med.*, 1890.
URECHIA. *Revue neurol.*, 1923.
URECHIA et ELEKES. *Arch. de neurol.*, 1923.
WYSS. *Corresp. Blatt. f. schweizer Ærtze*, 1889.

XXIVe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

(Paris, 8-11 octobre 1924.)

La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale.

M. THÉVENOT (de Lyon), rapporteur.

Résumé du rapport.

L'étude de cette question représente la troisième étape dans notre interprétation des lésions rénales ou vésicales au cours de la tuberculose urinaire.

Dans la première étape, qui va jusqu'aux dernières années du siècle dernier, on pensait que la tuberculose était surtout vésicale, les lésions des reins étaient consécutives ou coexistantes. Les travaux de Guyon et de ses élèves ont montré que la lésion initiale, capitale, était la lésion rénale et que les altérations vésicales étaient secondaires. Ce fut la deuxième étape avec cette conclusion thérapeutique que la néphrectomie allait débarrasser le sujet de tous ses troubles vésicaux.

L'expérience clinique nous a appris que cette rétrogression des symptômes vésicaux est bien la règle, mais que parfois ils peuvent persister comme si la tuberculose vésicale, une fois installée, continuait à évoluer pour son propre compte.

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

Les **lésions anatomo-pathologiques**, avant l'intervention, portent sur la vessie ou le segment inférieur de l'uretère.

1. Orifice urétéral. — Au début, lésions de congestion et d'œdème, avec béance de l'orifice pouvant aboutir à l'uretère forcé. Plus tard, lésions spécifiques avec des granulations, puis des ulcérations qui détruisent plus ou moins l'orifice, créant un infundibulum ostial, dans lequel fait saillie l'uretère sous forme d'un bourgeon ostial, le conduit lui-même se continuant par un conduit induré, le cordon ostial.

Quelquefois, au contraire, il se fait de la sclérose et une oblitération du conduit.

2. Lésions vésicales. — En principe, elles partent de l'orifice urétéral malade pour rayonner sur tout le trigone. Exceptionnellement, elles sont prédominantes au côté sain, on peut les voir aussi s'étaler dans les cornes vésicales.

Au début, elles sont limitées à la muqueuse. Ce sont des lésions de congestion et d'œdème, plus tard des granulations, des exulcérations, puis des ulcérations cratériformes. Pousson, Oraison, Gauthier, Laverrière, etc., ont décrit une cystite végétante, framboisée.

Dans un second temps, les lésions dépassent la muqueuse. La musculeuse, d'abord infiltrée de cellules embryonnaires, est ulcérée (type ulcéreux banal, type ulcéreux réticulé, type ulcéreux végétant). La paroi peut s'infiltrer dans toute son étendue, s'amincir ou même se perforer.

3. Segment inférieur de l'uretère. — Il devient épaissi, infiltré. Des granulations, des ulcérations déterminent sa suppuration. Parfois, au contraire, il se sclérose, se rétrécit ou même s'oblitère.

Après la néphrectomie, on note les transformations suivantes :

Vessie. — *a.* Disparition complète des lésions.

b. Disparition de toute lésion tuberculeuse, mais persistance d'une zone de congestion, de plaques jaunâtres, etc.

c. Persistance de lésions tuberculeuses qui ont été cependant souvent améliorées.

Uretère. — Normalement, il s'oblitère, mais lentement, au bout de plusieurs années (trois ans d'après Lorin). Cette oblitération n'est pas la conséquence physiologique de l'ablation de la glande sécrétrice ; la suppression du rein supprime ses contractions et le met au repos; dès lors ses parois s'accolent et se soudent comme les parois d'une synoviale immobilisée.

Exceptionnellement, il continue à suppurer.

Les **symptômes cliniques** sont essentiellement :

La fréquence des mictions,

La douleur pendant ou après la miction,

La pyurie et l'hématurie qui se confondent avec les mêmes troubles d'origine vésicale,

La diminution de la capacité vésicale.

Après la néphrectomie, ils se modifient et permettent de classer les malades en trois groupes :

Premier groupe. — Disparition de tous les symptômes.

Deuxième groupe. — Amélioration momentanée, puis aggravation par lésion du rein opposé ou lésions génitales.

Troisième groupe. — Persistance de certains troubles en dehors de toute complication surajoutée.

a. Sujets ayant des urines claires, non tuberculeuses (vérification faite par l'examen direct et l'inoculation), mais gardent de la pollakiurie.

b. Sujets ayant de la pollakiurie, de la douleur, de la pyurie, non par lésions tuberculeuses, mais par infection surajoutée.

c. Sujets conservant des urines tuberculeuses.

La **fréquence** de la persistance des troubles n'est pas très élevée.

Voici les chiffres fournis par les auteurs : Wildholz, 11,5 p. 100 ; Borélius, 25 p. 100 ; Israël, 54 p. 100 ; Rafin, 9 p. 100 ; Gayet, 24 p. 100 ; Rochet et Thévenot, 9 p. 100, etc.

Tous les urologues admettent :

Pour les lésions peu accentuées une guérison rapide.

Pour des lésions plus accentuées une guérison lente.

Pour des lésions très accentuées une guérison difficile, avec diminution définitive de la capacité vésicale.

Chez tous les malades la douleur disparaît plus vite que la pollakiurie.

La **pathogénie** de cette persistance est variable suivant les groupes distingués plus haut :

Premier groupe. — La persistance des accidents est due parfois à une sensibilité exagérée du col, souvent à une rétraction, à une sclérose du muscle vésical.

Deuxième groupe. — Elle est due à une cystite banale, due à des microbes surajoutés.

Troisième groupe. — Elle s'explique :

Par l'invasion du rein opposé,

Par le développement d'une tuberculose génitale, annexielle, prostatique, etc.

Par une suppuration persistante de l'uretère restant.

Par ce fait que les lésions vésicales continuent à évoluer pour leur propre compte.

Le **pronostic**, pour le premier groupe, est bon en ce qui concerne l'état général, au sujet, mais la pollakiurie risque de rester définitive. Il est favorable pour le deuxième groupe et pour le troisième groupe est assez favorable si les troubles relèvent seulement de la persistance des lésions urétérales ou vésicales.

La **thérapeutique** comprend :

1° Des moyens médicamenteux : Ce sont les toniques généraux, l'héliothérapie, etc., d'autant plus efficaces que le foyer tuberculeux a été enlevé.

Les antiseptiques urinaires, en particulier la térébenthine et le bleu de méthylène.

Les tuberculines dont l'action paraît indéniable.

Les corps immunisants qui agissent sur la pollakiurie (Rochet), la pyurie (Gayet).

2° Un traitement local qui comporte :

Les lavages au sublimé (Guyon) avec l'acide phénique à 6 p. 100 (Rovsing), à l'oxycyanure de mercure (Cifuentes).

Les instillations de sublimé, d'huile gaïacolée ou goménolée (Pasteau), de bouillon lactique (Marion), etc.

L'enfumage iodé préconisé par Farnarier, Marion, Normand, etc.

L'étincelage recommandé par Heitz-Boyer, Parisi et de nombreux auteurs.

3° Le traitement sanglant est réalisé :

a. *Par l'uretérectomie.* — L'urétérectomie primitive, jadis préconisée par Albarran, Legueu, Escat, etc., mais actuellement abandonnée en France. On considère qu'elle est très souvent inutile et qu'elle aggrave le pronostic opératoire. Certains chirurgiens, au moment de l'opération abouchent l'uretère à la peau, d'autres cherchent à détruire sa muqueuse par une cautérisation directe, les courants de haute fréquence, l'acide phénique, etc.

L'urétérectomie secondaire exécutée exceptionnellement par Poncet, Marion, Hartmann.

b. *Par des opérations portant sur la vessie et ses nerfs.* — Curettage de la vessie à travers l'urètre chez la femme.

Curettage de la vessie après cystostomie, la destruction des points légers pouvant conduire à la résection totale de la paroi vésicale (Delagénière).

Dilatation du sphincter, combinée à la sphinctérotomie par voie transurétrale (Rochet). L'auteur fait une incision du col sur la ligne médiane (paroi antérieure) et deux incisions latérales, l'ensemble représentant un Y renversé et place une grosse sonde pour arrêter l'hémorragie. Il en résulte une incontinence d'une durée de deux à trois semaines et ensuite un très bon résultat.

Chez l'homme, la sphinctérotomie nécessite une taille périnéale et expose à des fistules.

Opérations sur les nerfs (Rochet, Latarget). Les expériences des physiologistes, les recherches de Latarjet, Thévenot, Rochet, ont montré que :

La section des nerfs hypogastriques amène l'incontinence.

La section des nerfs érecteurs amène la rétention.

La section des nerfs des ganglions hypogastriques amène la rétention.

Rochet a fait avec succès deux fois la résection des ganglions hypogastriques. Il préconise trois voies : l'abord des ganglions après avoir décollé, par voie sous-péritonéale, toute la face postérieure de la vessie ; l'abord des ganglions par voie transpéritonéale, l'abord par le procédé de Gildon pour découvrir le segment inférieur de l'uretère.

Rochet et nous, avons fait aussi cinq résections des nerfs vésicaux à leur émergence des ganglions, pour éviter la section des nerfs envoyés par ces ganglions au rectum et des troubles intestinaux. Les résultats de toutes ces opérations sont tous très satisfaisants.

c. *Exclusions vésicales.* — La chirurgie dispose :

Des diverses cystostomies.

De la cystectomie totale (Trendelenbourg). etc., opération trop importante.

Des urétéro-entéro-anastomoses (Villard, Legueu), excellente méthode, mais qui expose à l'infection ascendante.

Des urétérostomies iliaques (Rosenkranz, Papin) ou lombaires.

Des néphrostomies du rein restant (Bœckel, Wilhems, etc.)

Valeur et indications de ces méthodes. — Il ne faut pas oublier qu'un traitement médical longtemps prolongé conduit très souvent à la guérison des malades. On aidera celle-ci par des instillations et surtout par l'étincelage, métyode que tous reconnaissent comme excellente, surtout si les lésions sont limitées. L'enfumage iodé sur lequel on croyait pouvoir compter en cas de lésions diffuses paraît abandonné.

Le traitement sanglant sera exceptionnel. L'ablation du segment restant de l'uretère malade a des indications très rares.

En cas de persistance de troubles graves, deux méthodes paraissent en opposition : d'une part, la sphinctérotomie et les opérations sur les nerfs, et, d'autre part, les exclusions vésicales par urétérostomies ou néphrostomies. Mais ce qui domine toute la question, c'est le fait que des lésions vésicales légères guérissent spontanément après la néphrectomie, d'où : la nécessité de pratiquer cette opération d'une façon précoce pour avoir un excellent résultat, non seulement au point de vue vital, mais au point de vue fonctionnel.

O. PASTEAU.

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (2).]

TROISIÈME QUESTION

Des soins pré et post-opératoires, du choix de l'anesthésie dans les opérations sur l'estomac.

Rapport de M. LAMBRET.

La chirurgie gastrique actuellement bien au point peut donner d'excellents résultats. Elle offre cependant quelques dangers spéciaux dont il importe d'être prévenu ; ce sont : le *shock opératoire*, et les *complications pulmonaires*.

I. Les moyens d'évaluer la résistance du malade au shock opératoire. — Le *shock* a son origine habituelle dans le *traumatisme opératoire* et dans l'*anesthésie*.

Le *traumatisme opératoire* est d'autant plus marqué que l'état du sujet est plus précaire.

Le malade débilité par les restrictions alimentaires et par l'accumulation de déchets toxiques dans le sang présente des troubles variés de la nutrition dont les principaux sont l'*azotémie* et l'*acidose*. La muqueuse gastrique qui normalement n'absorbe guère, laisse passer des peptones irritantes, des sucres non assimilables et, dans le cas de cancer, des poisons hémolysants qui vont au foie et le fatiguent.

Enfin, l'action de la douleur a un retentissement sur le système nerveux végétatif qui à son tour agit sur les autres fonctions.

Tels sont les principaux facteurs préparateurs du shock. Il faut tenir compte dans le même ordre d'idées, de la *nature de la lésion* et de l'*anémie du sujet*.

Les sténosés du cardia sont de purs inanitiés. Les sténosés du pylore présentent en plus les effets de la stase gastrique, en particulier cette carence des liquides qui se traduit en définitive par l'hypotension artérielle, la concentration sanguine et la déshydratation tissulaire.

L'anémie est plus ou moins marquée. Habituellement moyenne et sans grande importance, elle peut être aiguë — et disparaître après l'opération — ou chronique et définitive.

Les méthodes d'examen. — Elles tendent à rechercher les tares de l'organisme, pour les supprimer, ou les réparer, s'il est possible.

L'*inspection* qui renseigne sur le degré d'amaigrissement, d'asthénie, de dépression et d'anémie du sujet manque de précision et doit être complétée par d'autres investigations : la *pesée*, l'*évaluation de la pression artérielle*, l'*oscillométrie*, l'*examen globulaire du sang*, la *recherche du temps de coagulation et de saignement*.

L'*analyse des urines* encore plus nécessaire doit être complète et comporter en particulier, la recherche de l'acétone et des corps cétonés. L'évaluation de la constante d'Ambard s'imposera parfois.

Les recherches de laboratoire porteront également sur *le sang*. Presque toujours les malades en question présentent un excès d'urée sanguine, conséquence d'une insuffisance hépato-rénale. Une azotémie s'élevant à 1g50 ou à 2 grammes interdit l'acte opératoire, d'autant plus que le taux de l'urée dans le sang augmente encore du fait de l'anesthésie générale et du fait de l'intervention elle-même.

Quant aux recherches portant sur la glycosurie, la glycémie, l'urobilinurie, les acides aminés, l'hémoplasie digestive, on peut s'en dispenser. Leur intérêt pathologique n'est pas encore assez nettement établi pour faire accepter les difficultés techniques qu'elles offrent pour la plupart.

La constance de l'alcalinité du sang est une nécessité absolue. A l'état normal, le milieu intérieur maintient sa stabilité en dépit du perpétuel mouvement des acides et des bases que fournit la nutrition. Mais quand le foie est compromis dans sa physiologie, les acides arrivent en trop grande quantité et épuisent « la réserve alcaline ». L'*acidose* apparaît, et c'est une menace de mort.

La réserve alcaline du sang étant en moyenne de 65 volumes, il y a danger à opérer quand elle descend aux environs de 30. On note alors des symptômes nerveux : somnolence ou agitation. Certains croient se mettre à l'abri en injectant dans les veines des solutions concentrées de bicarbonate de soude ; mais la rechute est certaine et la mort survient.

Si l'on remet à plus tard l'intervention, on a quelques chances de faire disparaître cette intoxication par le régime alcalin, le sucre, le jus de fruits donnés abondamment pendant quinze ou vingt jours, mais s'il en est autrement la contre-indication opératoire est formelle.

II. Soins pré-opératoires basés sur ce qui précède. — De cet exposé on peut conclure que la conduite à tenir varie avec l'état général du sujet. Si l'affection a évolué et si l'on note de l'insuffisance polyglandulaire chez un malade déshydraté, intoxiqué, il faut par tous les moyens essayer de le rendre susceptible de résister.

Le *repos* est le plus important de ces moyens à condition d'être complet : physique et moral.

L'*alimentation* sera abondante et bien choisie. Les farines, les légumineuses complètes, les panades très cuites formeront la base de cette alimentation. On n'hésitera pas à donner des viandes crues pilées et passées, des gélatines fraîches et même quelques jaunes d'œufs frais dans du thé ou du café. Les légumes verts en purées seront servis à tous les anémiques.

La teneur du foie en glycogène a une importance primordiale ; d'où la nécessité de donner au malade des solutions de glucose ou de lactose.

Pour diminuer la concentration du sang et assurer l'hydra-

(2) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353 ; n° 83, p. 1372 ; n° 86, p. 1426, et n° 87, p. 1437. — Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

tation des tissus on prescrira des boissons abondantes. Si le malade ne peut pas boire, on injectera sous la peau alternativement du sérum salé et du sérum glucosé. On pourra utiliser également la méthode du goutte à goutte rectal de Murphy.

L'administration des liquides sucrés ne sera jamais trop largement prescrite, car ils répondent à toutes les atteintes portées à l'organisme. Sous leur action on voit la pression artérielle s'élever, l'amplitude oscillométrique s'améliorer et la diurèse devenir normale. Celle-ci ne doit pas être inférieure à un litre par jour.

Il faudra d'autre part éviter toute occasion de déperdition de liquide. A ce point de vue les purges sont contre-indiquées. L'évacuation du gros intestin sera assurée par de petits lavements répétés. On veillera à obtenir le rejet complet des ingesta barytés provenant des examens radioscopiques.

La *médication toni-cardiaque* rendra de grands services : huile éthéro-camphrée sous la peau, adrénaline dans les sérums injectés, digitaline, spartéine.

On luttera contre l'auto intoxication gastrique par les *lavages d'estomac* et après chacun d'eux on abandonnera dans l'estomac un demi-litre d'eau contenant 15 grammes de bicarbonate de soude.

Si la formule hématologique accuse moins de 2.000.000 de globules rouges et moins de 40 p. 100 d'hémoglobine on prescrira les médications habituelles, mais le grand remède sera souvent la *transfusion*.

Les *retards de coagulation* sont rares chez cette variété de malades. Il est classique de les traiter par le chlorure de calcium dont l'efficacité est douteuse. Mieux vaut injecter quelques centimètres cubes d'un sérum thérapeutique quelconque ou 20 centimètres cubes de sérum humain la veille de l'intervention.

III. **Complications pulmonaires**. — Elles sont fréquentes et causent 30 p. 100 des décès. Il s'agit soit de points de congestion, soit de broncho-pneumonie, soit de pneumonie, rarement de pleurésies ou de gangrène.

Ces complications sont dues le plus souvent à des associations microbiennes, mais l'*entérocoque* de Thiercelin est en cause dans 45 p. 100 des cas.

La *narcose* peut avoir une large part dans la production des accidents pulmonaires en irritant l'épithélium du poumon ou en permettant l'introduction des matières vomies dans la trachée.

La faiblesse de l'amplitude respiratoire limitée par la douleur au niveau de la plaie, l'immobilisation postopératoire, l'action du pneumogastrique, nerf commun à l'estomac et au poumon, le refroidissement qui diminue le pouvoir bactéricide de l'épithélium pulmonaire, les microbes de la bouche, du nez et du pharynx et *surtout ceux de l'estomac* constituent autant de facteurs des inflammations du poumon.

On peut poser en loi que dans toute opération portant sur un estomac qui contient des germes, il y a presque fatalement transport de ceux-ci dans les poumons. Ce passage ne se fait pas sous forme d'embolies ; il s'agit d'une véritable absorption par les lymphatiques.

Grégoire a pensé qu'en lavant l'estomac à l'eau iodée on pouvait supprimer cette cause de complications pulmonaires. Une telle pratique est de grande utilité, mais elle est insuffisante. Plus active et plus sûre est la méthode de la *vaccination préventive* à l'entérocoque bien réglée par Gernez, de l'Institut Pasteur de Lille. Cerf et Pauly font aux malades qui doivent subir une éthérisation une injection de sérum antipneumococcique, et Pauchet recommande cette même injection chez les opérés de l'estomac pendant les épidémies de grippe.

Contre le refroidissement on évitera d'exposer le malade à l'air. Les bouillottes d'eau chaude, les cataplasmes sinapisés, les ventouses seront utilisés systématiquement.

La ventilation pulmonaire sera favorisée par la *gymnastique respiratoire* et le *lever précoce*, celui-ci conseillé cependant avec discernement.

La *désinfection* du *nez*, de la *bouche* et de la *gorge* sera assurée par quelques gouttes d'huile goménolée et les dents seront brossées deux fois par jour.

En cas d'alerte inquiétante on utilisera le stock-vaccin de Minet et les moyens médicaux classiques.

IV. **Du choix de l'anesthésie**. — Une bonne anesthésie en chirurgie gastrique doit réunir les qualités suivantes :

L'*efficacité*, c'est-à-dire un silence abdominal complet permettant les explorations et les manœuvres nécessaires.

La *régularité*, car à aucun moment l'opéré ne devra faire d'efforts intempestifs, ni présenter nausées ou vomissements.

L'*absence de toxicité*, afin qu'il n'y ait pas d'accidents immédiats ni de complications tardives dues aux lésions des organes nobles déjà déficients chez beaucoup de gastropathes.

Aucun anesthésique ne possède toutes ces qualités. Il faut chercher celui qui en a le plus.

Le *chloroforme*, d'administration facile, donne une bonne résolution musculaire et un calme abdominal parfait, mais le réveil s'accompagne d'efforts, de nausées et de vomissements. Il rend l'alimentation précoce, même liquide, impossible. Son action sur le poumon est négligeable, par contre c'est un poison du foie et du rein. Il est nettement hypotenseur.

L'*éther* donne aussi une bonne anesthésie, mais la respiration prend volontiers le type abdominal. Il prédispose nettement aux complications pulmonaires et son action sur le foie et le rein, bien que moins profonde et moins durable, se rapproche cependant de celle du chloroforme. C'est un hypertenseur manifeste.

Le chloroforme et l'éther sont des anesthésiques commodes pour l'opérateur, mais ce sont les plus toxiques pour le malade.

Le *protoxyde d'azote* ne lèse ni le poumon, ni le rein, ni le foie. Les vomissements sont rares. Il ne provoque pas de shock. Par contre, le relâchement musculaire est incomplet et le calme abdominal n'existe jamais. L'hémostase est pénible. Enfin, il nécessite un anesthésiste de profession.

Le *chlorure d'éthyle* est sans action marquée sur le cœur, le foie et le rein. C'est un hypotenseur brutal. Il ne se prête guère à une narcose prolongée qu'entre les mains d'un anesthésiste compétent. Le sommeil qu'il donne est rarement complet et toujours de mauvaise qualité.

Les défauts des anesthésiques généraux pris isolément ne disparaissent nullement quand on emploie *leurs mélanges*. Le contraire serait assez paradoxal. Du reste, ils n'ont pas été étudiés dans les laboratoires quant à leur action possible sur le foie et le rein.

Il semble donc qu'en attendant la découverte de la narcose idéale le mieux soit de s'adresser aux *anesthésiques à action localisée*.

La cocaïne est à peu près abandonnée en raison de sa toxicité ; mais on emploie couramment la novocaïne et la stovaïne, substances peu toxiques dont on peut injecter de grandes quantités en solutions faibles pour l'anesthésie locale et qui servent à réaliser la rachi-anesthésie.

Cette dernière a des partisans résolus et des adversaires irréductibles. Sans action sur le foie, le rein, le cœur et le poumon, elle assure un silence abdominal remarquable et permet la suppression d'un aide. Par contre, il faut noter le pouls misérable qui, vers la vingtième minute, traduit une chute extrême de la pression artérielle. Or, tous les opérés de l'estomac sont déjà des hypotendus. La céphalée, les accidents tardifs doivent entrer également en ligne de compte. De plus, pour la chirurgie de l'estomac, il est nécessaire de pratiquer une anesthésie haute entre DVII et DXI, et il est certain que la gravité de la méthode augmente avec la hauteur du niveau où l'on doit la faire porter.

Pour ces raisons on ne peut que souscrire à une récente conclusion de Riche, à savoir qu' *il ne faut pas pratiquer l'anesthésie rachidienne dans les cas où l'anesthésie locale doit suffire*. Celle-ci, en chirurgie gastrique, est-elle réalisable?

D'une part, le nerf sensible de l'estomac est le sympathique dont les fibres viennent des racines des nerfs dorsaux de D^5 à D^{10} par l'intermédiaire des rami communicantes. D'autre part, l'expérience montre que la sensibilité de l'estomac est obtuse et que la douleur due à la traction sur les mésos n'existe que dans l'extériorisation et la remise en place de l'organe. Par suite, le *blocage anesthésique* de la zone gastrique peut être obtenu par trois procédés :

1° L'*anesthésie paravertébrale* ;
2° L'*anesthésie des splanchniques* ;
3° L'*anesthésie par infiltration*.

Le premier procédé est abandonné.

Les splanchniques peuvent être anesthésiés par la méthode

de Roussiel qui consiste en une injection massive de 60 centimètres cubes d'une solution à 0g5 p. 100 poussée au niveau de DXI ou DXII, d'un côté ou des deux côtés de la colonne vertébrale. Le liquide diffusant aisément dans l'espace sous-pleural et sous-péritonéal atteint les splanchniques et le ganglion semi-lunaire. Il est nécessaire naturellement d'anesthésier dans un temps spécial la paroi abdominale antérieure.

Mais l'*anesthésie locale* par infiltration successive est d'exécution plus simple ; c'est celle que l'auteur emploie. Il en a toujours eu satisfaction. Il la fait traçante, plan par plan, et parfois, aux instants plus particulièrement douloureux, y ajoute l'administration passagère de quelques gouttes d'éther ou de chloroforme.

Le *shock* dans l'anesthésie locale ainsi réalisée est insignifiant.

Pour que cette méthode ait toute son efficacité il est bon que le malade soit préparé par une injection de scopolamine-morphine ou par un autre narcotique : véronal, somnifène.

En outre, cette anesthésie exige de l'opérateur de l'entraînement et de la méthode. Il faut savoir attendre cinq à six minutes, reconnaître les temps douloureux, faire preuve d'une douceur spéciale, essuyer sans frotter, réduire au minimum le traumatisme manuel et instrumental, enfin, à l'occasion, s'entretenir avec le malade de façon à détourner son attention des manœuvres opératoires un peu douloureuses.

V. Après l'opération. — Dès le retour du malade dans son lit on lui donnera la *position assise*. La *douleur* est essentiellement déprimante, hypotensive; pour la calmer on recourra prudemment à la morphine ou au pantopon.

Le *régime alimentaire* dépendra de l'état général du malade mais résistant ou non il devra boire le plus possible, notamment de l'eau lactosée ou édulcorée au sirop de fruits. On assurera ainsi une élimination urinaire suffisante.

En cas de *vomissements*, les lavages gastriques fréquents avec des liquides alcalins constitueront la meilleure thérapeutique. On veillera au *nettoyage* bi-quotidien de la *bouche*, des *dents* et du *nez*.

La *gymnastique respiratoire* évitera les complications pulmonaires.

L'*évacuation intestinale* sera facilitée par le lever précoce ; à la rigueur on prescrira un lavage au quatrième jour, un purgatif au huitième.

Enfin, on luttera contre la *diarrhée* qui survient parfois au début de l'alimentation solide par l'opium, le bismuth, les poudres neutralisantes et absorbantes.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1924)

Contribution à l'étude des sérums normaux. — M. Auguste LUMIÈRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1924)

Les origines de la diffusion des maladies contagieuses chez les musulmans originaires de l'Afrique du Nord. — M. DINGUIZLI signale comme principales sources de propagation des affections contagieuses chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord les lieux de réunion en commun à savoir le bain maure, le café maure, la boutique du barbier arabe, les écoles coraniques, etc.

Le bain maure se compose d'une antichambre; puis d'un patio flanqué de larges bancs sur lesquels prend place la clientèle populaire. Des dépendances pour la clientèle de choix leur permettant de se déshabiller à l'abri des regards indiscrets.

Plus loin, trois larges et spacieuses pièces, la première salle de rechange ou de séchage, dans laquelle des garçons de bains essuient soigneusement les indigènes en les enroulant dans plusieurs grandes serviettes, leur bain terminé.

A cette salle fait suite une seconde où les indigènes après un court séjour leur permettant une sudation profuse vont s'allonger sur des bancs en marbre blanc pour se livrer aux manœuvres des masseurs. Cette pièce contient en outre un certain nombre de cabines individuelles dites cabines de purification, où le bain de propreté terminé, les croyants se retirent pour se livrer à des toilettes particulières telles que le rasage du bas ventre, le curage des ongles. Dans ces cabines, ils prennent le bain purificateur final qui consiste à se jeter sur le corps, suivant un certain rite, abondamment de l'eau tiédie.

Dans le fond du bain se trouve la troisième pièce où piscine proprement dite. La température alors qu'elle était dans la salle de massage de 35 à 38 degrés, atteint dans la piscine 40 degrés et plus. Dans cette pièce se trouve un bassin de 2 à 3 mètres carrés et de 0m80 à 1 mètre de profondeur. La plupart des indigènes vont s'y plonger pendant quelques instants malades ou bien portants indistinctement.

L'auteur considère que le bain maure serait un excellent moyen de propreté corporelle si des améliorations d'ordre hygiéniques y étaient introduites; mais tel qu'il est conçu aujourd'hui, il représente à ses yeux une redoutable source de contamination. En effet, le linge du bain est fourni conformément à l'usage par l'établissement et n'est soumis à un savonnage très superficiel qu'après avoir servi maintes et maintes fois à plusieurs personnes. Il incrimine l'usage de ce bassin que contient la piscine dans lequel il a vu plonger des sujets atteints de lésions syphilitiques et tuberculeuses parfaitement ouvertes et très apparentes. En même temps que des malades, des personnes parfaitement saines vont les suivre dans leur plongeon.

A côté du bain maure, la boutique du barbier arabe est critiquée par l'auteur et incriminée comme une source certaine de propagation des maladies contagieuses.

L'auteur rappelle que par tolérance, les barbiers arabes pratiquent la circoncision et la saignée ainsi que l'application de ventouses sèches ou scarifiées. Que l'on se figure la plus légère entaille produite par un rasoir ayant servi sur un terrain spécifique par exemple, et l'on se rend compte du danger auquel sont exposées les personnes saines.

La syphilis et la tuberculose trouvent d'après l'auteur le terrain le plus favorable à leur transmission dans le café maure et cela par ignorance des plus élémentaires règles de l'hygiène. En effet, les indigènes crachent par terre, fument dans les mêmes pipes, boivent leur café dans des tasses d'une propreté fort sommaire. On les voit dans ces établissements former des cercles de dix à quinze personnes autour d'un seul narghilé dont ils se passent de bouche en bouche l'extrémité métallique du serpentin. Ils étanchent leur soif en buvant tous dans ces écuelles en terre poreuse.

Les zaouias où pullule toute une armée de mendiants, d'infirmes et de loqueteux exploitant ainsi la charité publique constituent aussi un danger. Les enfants, voire même ceux en bas âge, que leurs parents y conduisent dans une pensée de piété contractent souvent dans ces lieux saints les plus sérieuses et les plus graves maladies en raison de leur contact inévitable avec toutes ces misères humaines.

M. Dinguizli termine cette communication en signalant à l'attention de l'Académie l'existence dans les villes de nos possessions Nord-Africaines de marchands de friandises ambulants destinées aux enfants. Ils ne prennent aucune précaution pour préserver leur marchandise des poussières des rues et de l'action funeste des mouches. Les enfants contractent souvent les plus graves affections gastro-intestinales quelquefois mortelles à la suite de l'ingestion de ces friandises.

M. Dinguizli fait savoir que dans une prochaine communication, il fera connaître les moyens qui, d'après lui, seraient efficaces en vue de l'amélioration de la situation hygiénique de ses compatriotes et coreligionnaires de l'Afrique du Nord.

La méthode de l'acétone appliquée au traitement chimique des immosérum permet de mettre en évidence leurs propriétés actives. — M. PIETTRE.

Stérilisation de l'eau d'alimentatiou et de l'eau de mer à Marseille. — M. VIOLLE.

Etude du procédé dit de la « suraération » pour la conservation en un milieu aseptique de l'huître vivante. Résultat obtenu par un contrôle scientifique en vue de déterminer la valeur du procédé dans la protection de la santé publique. — M. BARBARY rappelle qu'un décret de juillet 1923 a imposé des mesures de protection capables d'assurer la salubrité des parcs et dépôts des huîtres et autres coquillages incriminés à juste titre d'être les véhicules d'agents pathogènes d'infections intestinales.

Parmi plusieurs procédés, celui de la suraération, en raison des qualités de simplicité de son fonctionnement réunies à des éléments de sécurité, a fait l'objet d'une demande d'application de la part d'un Syndicat d'industriels.

Le principe de la suraération est dû au docteur Gineste (de Bordeaux). Suit une description détaillée des appareils.

De nombreuses expériences ont été faites sous la direction de M. Barbary.

Elles ont montré que l'eau de mer suraérée, est un milieu dans lequel l'huître saine vit en dehors de toute contamination et qui, par suite, revêt un caractère de garantie très nette pour l'hygiène alimentaire.

Il était utile de pousser plus loin les recherches et d'étudier l'action que pouvait avoir, le cas échéant, la suraération sur des agents pathogènes véhiculés par des huîtres souillées.

Des expériences furent entreprises à ce sujet.

Les huîtres souillées furent débarrassées progressivement du coli-bacille en six jours.

L'eau du bassin, souillée en surface et au fond, au troisième jour par l'apport des éléments pathogènes contenus dans les huîtres, n'a plus révélé de coli à l'analyse bactériologique le sixième jour.

On peut donc conclure, des résultats de cette expérience, que les huîtres souillées par un arrosage avec une eau plus ou moins suspecte, tel qu'il est clandestinement pratiqué par beaucoup de dépositaires, sont mécaniquement nettoyées, décapées, et finalement débarrassées d'éléments pathogènes, après six jours. Il ne s'agit pas de destruction d'agents pathogènes mais de leur disparition progressive par le brassage aéro-marin allié à une aspiration qui les entraîne dans la couche de sable sous la profondeur de laquelle les déchets et agents pathogènes s'accumulent.

Les résultats s'appuyant sur des données rigoureuses permettent de déclarer que la suraération réalise une auto-épuration intense et rapide. Cette auto-épuration serait sous la dépendance de deux facteurs : 1° un facteur oxydation; 2° un facteur décantation.

La suroxydation débarrasse l'eau de la matière organique et la rend moins propice à la vie des germes pathogènes.

La décantation, elle, s'opère rapidement et progressivement par une sorte de succion dans les zones inférieures dans la couche de sable des microbes agglutinés.

En se plaçant uniquement sur le terrain pratique et en envisageant le rôle que peut jouer dans la protection de la santé publique le procédé dit de la « suraération », on peut déclarer qu'à l'heure actuelle, un établissement réunissant en groupe des bassins de suraération constitue un établissement de dépôt qui réalise toutes les conditions d'une installation hygiénique puisqu'il remplit deux rôles contrôlés scientifiquement :

1° Rôle d'auto-épuration des huîtres déposées dans les bassins.

2° Rôle de milieu de conservation des huîtres vivantes à l'abri des souillures qui menacent les parcs immergés ou non.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1924)

Traitement des anévrismes par le sérum gélatineux. — M. LE DENTU adresse une note sur ce sujet. Il s'agit d'anévrismes artériels traités par les injections de sérum gélatiné et ayant été grandement améliorés, au point que l'on pouvait admettre une guérison qui s'est maintenue depuis vingt ans. Tout en considérant cette méthode comme répondant à certaines indications. M. Le Dentu n'en conclut pas moins que le traitement chirurgical reste la méthode de choix.

Résection du cordon latéral de la moelle pour remédier à des troubles et plus particulièrement aux douleurs résultant de la présence de tumeurs, de cancers ou d'autres affections telle que le tabes. — Très intéressante communication de M. ROBINEAU sur ce sujet. S'appuyant sur des données physiologiques, il rappelle que les différentes sensibilités sont localisées dans des faisceaux distincts, intimement mêlés jusque dans les racines postérieures. Là, ils se séparent les uns des autres et peuvent être isolés. Les chirurgiens américains ont cherché la sédation des douleurs constantes en allant sectionner le cordon latéral.

M. Robineau indique la technique en détails, il est parvenu à calmer presque instantanément les douleurs les plus intenses et les plus rebelles, même celles des tabétiques. L'opération est délicate et difficile.

Le faisceau qu'il faut atteindre occupe, sur une coupe transversale de la moelle, une zone triangulaire, dans le cordon latéral, en avant du faisceau pyramidal. La base de ce faisceau occupe une zone de 3 millimètres environ, entre l'insertion du ligament dentelé en arrière et les racines motrices en avant. Il faut sectionner à ce niveau sans dépasser 2 millimètres et demi en profondeur. Une laminectomie portant sur deux vertèbres suffit. Il faut surtout s'appliquer à ne pas atteindre le faisceau pyramidal.

Il y a dans ce procédé un intérêt capital. Mais il ne faut pas se dissimuler que l'opération est délicate, difficile et que si, elle n'est pas absolument correcte, on pourrait exposer les malades aux accidents les plus graves.

M. J.-L. FAURE a eu recours à la section des racines postérieures dans un cas de cancer utérin compliqué d'une sciatique, provoquant des douleurs intolérables. Les douleurs ont complètement disparu. M. J.-L. Faure se demande si cette section des racines postérieures, beaucoup plus facile que celle proposée par M. Robineau ne pourrait suffire.

M. ROBINEAU répond que les radicotomies donnent souvent des insuccès, tandis que les résultats de la section du cordon latéral sont toujours efficaces.

Cholécystostomie et cholécystectomie. — M. PROUST fait un rapport sur cinq observations adressées par M. Jean Berger. Il s'agit de cinq cas de cholécystite aiguë, calculeuse ou non. Traités avec succès par la cholécystostomie.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une cholécystite calculeuse aiguë, opérée d'urgence par cholécystostomie, ouverture de la vésicule, ablation du calcul, drainage. Après un mois, la fistule était fermée. Le deuxième cas est analogue au premier. Dans la troisième observation, le cas était très grave. Après une amélioration passagère, les accidents fébriles ont reparu et la malade a succombé à des accidents d'occlusion intestinale. Dans les deux autres observations, il s'agissait de cholécystites chroniques.

En résumé, M. Jean Berger estime que, dans la majorité des cas, la cholécystostomie doit suffire dans le traitement des cholécystites aiguës.

M. LECÈNE. La question consiste à bien poser quelles sont les indications d'intervention à chaud dans les cas de cholécystite aiguë avec ou sans calculs.

Chez des malades gravement atteints, cachectiques, la cholécystostomie a pu parfois amener la guérison, là où la cholécystectomie aurait échoué.

Ces cas, ainsi que ceux où il y a des adhérences, des hémorragies, demandent, dans l'intérêt des malades, qu'entre deux méthodes opératoires on choisisse celle qui comporte le minimum de traumatisme. Dans beaucoup d'autres cas, la cholécystectomie sera préférable. C'est là une question d'appréciation. Il faut bien connaître les ressources dont on peut disposer, soit par le drainage ou l'ablation de la vésicule. Il faut toujours avoir bien soin de s'assurer de l'état de la voie principale.

M. SAVARIAUD, dans des cas de ce genre, a obtenu, chez des malades gravement atteints, cachectiques, deux succès par la cholécystentérostomie ; opération moins grave, selon lui, que la cholécystectomie et plus efficace que la gastrostomie.

M. LECÈNE n'est pas partisan de la cholécystentérostomie qui peut donner lieu à une infection d'origine intestinale.

M. Chiffoliau a pratiqué, chez une jeune femme une cholécystostomie qui a laissé une fistule intarissable. Une seconde intervention a démontré que dans ces cas, il y avait une coudure du cholédoque. Il est donc utile de s'en assurer au cours de l'opération.

M. Brechot estime qu'il faut être éclectique. Chez plusieurs malades cholécystostomisés, il a dû pratiquer une cholécystectomie secondaire. Mieux eut valu la pratiquer d'emblée.

M. Cunéo n'est pas partisan de la cholécystentérostomie. Avec M. Lecène, il préfère le procédé le moins choquant, la cholécystostomie.

M. Okinczyc a pratiqué une cholécystostomie d'urgence chez une malade gravement atteinte. La malade a été mieux et quelques jours après, par la fistule est sorti spontanément un calcul. La guérison se maintient parfaite depuis trois ans.

M. Lecène rappelle que le calcul n'est pas le seul obstacle. Aussi quand on intervient sur la vésicule, faut-il toujours aller au canal pour s'assurer de sa perméabilité. Quant à l'intervention elle-même, il faut savoir doser l'opération selon la résistance du malade.

M. Basset, chez un homme de soixante-dix ans, atteint de cholécystite grave, avec ictère, a pratiqué une cholécystostomie. Le malade s'en est bien trouvé, mais il a eu une fistule qui a duré neuf mois. Il se demande si, dans ces cas, l'état de l'intestin n'est pas en cause.

M. Wiart craindrait que la cholécystentérostomie proposée par M. Savariaud n'exposât à de l'infection intestinale.

M. Savariaud répond qu'on est bien revenu de cette opinion exprimée par M. Terrier. Il y a des cas où cette cholécystentérostomie se produit spontanément sans qu'il survienne ensuite d'infection d'origine intestinale.

Rupture de l'urètre. — M. Proust fait un second rapport sur une autre communication de M. Jean Berger. Il s'agit d'un enfant qui, dans une chute, se fit une vaste plaie de la région périnéale, avec rupture de l'urètre. M. Jean Berger pratiqua aussitôt une cystostomie, un cathétérisme rétrograde et put, sur la sonde, reconstituer l'urètre, sans rétrécissement consécutif. La plaie périnéale se referma rapidement.

M. Veau communique un cas analogue : un enfant tombe à califourchon sur le dossier d'un banc, se rompt l'urètre.

M. Veau intervient une heure après. Guérison sans rétrécissement.

M. Mathieu fait observer que les choses ne se passent pas toujours aussi simplement et qu'après ces reconstitutions de l'urètre on a assez souvent des rétrécissements consécutifs et des récidives qui sont bien le résultat de la rupture de l'urètre.

M. Savariaud, dans un cas de rupture complète de l'urètre, a pu reconstituer le canal avec, seulement, un léger rétrécissement consécutif.

Dorsalisation de la VIIe vertèbre cervicale. — M. Albert Mouchet présente les radiographies d'un cas d'hypertrophie des apophyses transverses de la VIIe vertèbre cervicale chez une jeune femme de vingt-huit ans qui éprouvait depuis cinq ans des douleurs vagues dans le cou et dans les bras, surtout dans le bras droit.

Hystérectomie postabortum. — M. Cadenat est partisan de l'hystérectomie vaginale dans les formes graves de l'infection puerpérale. Il a constaté que lorsqu'on ouvrait la cavité utérine, après l'ablation, on y trouvait toujours des lésions infectieuses confirmées par l'examen histologique.

Selon lui, il faut enlever ces utérus infectés de même qu'on doit amputer un membre gangréné.

Quelles sont, dans ces cas, les indications et les contre-indications de l'hystérectomie ?

Lorsque, après un soigneux écouvillonnage, une sévère désinfection, la fièvre persiste ou se rallume, lorsque les frissons reparaissent, il ne faut plus hésiter à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Un signe important de la gravité de l'infection est l'abaissement de la tension artérielle. Il faut aussi tenir compte des caractères des pertes, de leur odeur, de la mollesse de l'utérus et s'appuyer enfin sur tous les examens de laboratoire.

L'hystérectomie vaginale est l'opération de choix. Il faut avoir bien soin de ne pas ouvrir la cavité utérine au cours de l'opération. Il faut bien entendu recourir à l'asepsie la plus rigoureuse, ainsi qu'à l'hémostase la plus parfaite. Pour l'assurer M. Cadenat applique une série de pinces sur les deux bords de l'incision, l'antérieur et le postérieur, selon la méthode de Segond (1).

Angiome de la face. — M. Sorrel présente un malade qu'il a traité d'un angiome de la face par l'injection formolée de Morestin, après ligature de la carotide externe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 18 octobre 1924)

A propos de la paralysie générale. — M. Gailliot insiste sur l'emploi nécessaire de grosses doses médicamenteuses dans le traitement de la paralysie générale et sur la nécessité de varier les agents thérapeutiques suivant les cas.

M. Marie a montré avec M. Kohen qu'il existait des rémissions appréciables dans l'évolution de la paralysie générale consolidées et même précipitées par une thérapeutique appropriée fondée sur l'hyperthermie provoquée avant la médication spécifique.

La mise au point de la kinésithérapie des scolioses. — M. Kouindjy montre que le traitement kinésithérapique de la scoliose poursuit un triple but : réduire la courbure de la colonne vertébrale, maintenir cette réduction et développer l'état physique du malade au moyen d'appareils de redressement, du massage méthodique, de la gymnastique respiratoire.

Tuberculose pulmonaire et vers intestinaux. — M. Mélamet.

Le centre du réveil. — M. Bérillon.

Anomalies vertébrales. Diverses projections. — MM. Roederer et Gastaud.

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal.

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau ; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

LIVRES NOUVEAUX

Travaux du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université de Cracovie (2), édités par W. Heinrich, directeur du laboratoire.

Le problème de la méthode. Recherches sur la psychologie de l'espace : Le problème psychologique de l'espace. La localisation en profondeur des images doubles. Les courbes de repère de la vision monoculaire dans la lumière homogène. Recherches concernant la psychologie de l'attention : Les problèmes. Sur la fonction de la membrane du tympan. Recherches sur l'acte de lecture. Recherches sur les rapports entre la perception et la reproduction des images. Note sur l'acuité de la perception visuelle dans la vision périphérique. Recherches pletysmographiques : le travail mental et la courbe pletysmographique.

(1) Bien avant Segond, Péan avait fait connaître toute l'importance de cette hémostase, à laquelle il eut recours dès ses premières hystérectomies vaginales. Il ne mettait pas moins de dix à douze pinces hémostatiques sur chacune des surfaces de section. Segond, ainsi qu'il l'a reconnu lui-même, n'a fait qu'adopter la technique de Péan relative à l'hystérectomie vaginale. (*N. D. R.*)

(2) Un vol. gr. in-8. — Prix : 25 fr. — Cracovie. Académie polonaise des sciences et des lettres ; — Librairie Félix Alcan, Paris, 108, boulevard Saint-Germain.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE CANCER DU REIN[1]

2. **Il s'agit donc d'un gros rein. Quelle en est la cause?** On constate la présence d'une tumeur rénale. Il faut chercher si elle est liquide ou solide. Si la tumeur est de volume moyen, on a assez facilement la fluctuation, mais si la paroi est épaisse, il est parfois difficile de préciser et l'on peut prendre pour des tumeurs solides des kystes ou des hydronéphroses sous tension. En revanche, le sarcome dans certains cas peut être fluctuant.

a. LES TUMEURS LIQUIDES DU REIN. — Les *kystes séreux* ne présentent aucun autre signe que la présence d'une tumeur rénale, survenant en général chez une femme de vingt à quarante ans.

Les *kystes hydatiques* coexistent avec d'autres kystes de même nature dans un autre viscère. Evacuation d'hydatides par l'uretère provoquant une crise de colique néphrétique, ou une crise de rétention d'urine. Vomique hydatique.

La *maladie kystique du rein* : c'est le rein polykystique avec des douleurs uni ou bilatérales. Parfois légère hématurie; l'albuminurie est fréquente. Les signes d'urémie surviennent : œdèmes, céphalalgie. A la palpation, on sent une tumeur bosselée, irrégulière, en grappe de raisin.

Le *kyste paranéphrétique* est exceptionnel, impossible à diagnostiquer cliniquement.

L'*hydronéphrose,* avec ses crises de rétention et de débâcle, coïncidant avec l'apparition et la disparition de la tumeur rénale. Souvent on constate de la fluctuation.

Le cathétérisme de l'uretère peut être utile.

La *pyonéphrose* : le gros rein s'accompagne de pus dans les urines et de fièvre à grandes oscillatiens.

Parfois pyonéphrose intermittente.

b. LES TUMEURS SOLIDES DES REINS. — Les *tumeurs rares* sont ; le fibrome, l'adénome, l'angiome, le myxome du rein, ou paranéphrétiques se développant alors dans la capsule cellulo-adipeuse.

Dans ces cas, il n'y a aucun signe fonctionnel autres que ceux résultant du volume et du poids de la tumeur rénale. Ce sont des tumeurs bénignes.

Les *tumeurs fréquentes* du rein sont les plus habituelles; parmi elles, le diagnostic se limite à la tuberculose, à la lithiase ou au cancer rénal.

La *tuberculose rénale* s'accompagne de pus dans les urines, de fièvre, d'amaigrissement, de signes de tuberculose viscérale (vésicale, prostatique, épididymaire ou pulmonaire). On cherchera les bacilles de Koch dans l'urine; on inoculera des cobayes.

La *lithiase rénale* s'accompagne de crises répétées de coliques néphrétiques; les hématuries sont calmées par le repos, provoquées par le mouvement. Il peut y avoir enkystement du calcul dans le rein ou le bassinet. La radiographie montrera les calculs phosphatiques et oxaliques. Dans les cas de plusieurs petits calculs dans le bassinet, chercher le signe de la collusion crépitante (Tuffier).

Nous avons étudié tout au long les *signes du cancer du rein.*

Ajoutons qu'il faut ne pas prendre pour un cancer du rein un *rein ptosé* douloureux. Mais il faut également se garder de méconnaître un rein ptosé et néoplasique à la fois.

C. **Cancer du rein avec hématuries et sans tumeur.** — C'est le diagnostic de toutes les hématuries qui se posent. Il faut d'abord éliminer les hémorragies d'origine

urétrale,
prostatique,
vésicale,
urétérale.

Nous avons vu que l'hématurie du rein est totale, et nous avons étudié tous ses caractères propres. Si le sang vient bien du rein, il faut éliminer toutes les hématuries que l'on voit survenir au cours ou à la suite d'une affection générale : hémophilie, néphrites aiguës ou chroniques, parasites rénaux, pyélonéphrites, hématuries a frigore.

Les hématuries vraiment difficiles à distinguer relèvent du même groupe d'affections que nous avons déjà étudiées.

En présence d'une hématurie totale, d'origine rénale, il faut toujours penser, en dehors de la notion de traumatisme, à la tuberculose, à la lithiase, au cancer.

Nous avons vu comment on arrive à différencier les hématuries de ces diverses affections et comment on peut ainsi remonter à la notion étiologique.

Diagnostic du rein atteint. — Quand il y a une tumeur rénale perceptible, la question ne se pose pas. Mais quand il n'y a pas de tumeur perceptible, il faut rechercher par tous les procédés quel est le côté atteint :

Par la cystoscopie,

La division intravésicale des urines,

Le cathétérisme des uretères, grâce auquel on pourra rechercher :

L'épreuve du bleu de méthylène,

L'étude de la cryoscopie,

L'analyse des urines des deux reins (urée, acide urique, phosphate, etc.),

L'étude microscopique de l'urine et la recherche des cellules néoplasiques.

On pourra également apprécier la valeur fonctionnelle et l'état du rein sain.

Diagnostic des complications. — 1° Rechercher si la tumeur rénale est *mobile* ou *adhérente*.

Le ballottement rénal ne permet pas de rejeter l'existence d'adhérences. Mais la présence de douleurs vertébrales rejette toute possibilité d'une opération.

2° Chercher les ganglions, les généralisations à distance.

Etudier le *varicocèle* : Si le varicocèle disparaît, le malade étant dans le décubitus dorsal, il n'y a pas de propagation et l'on peut opérer.

Si le varicocèle persiste, les masses d'adénopathie sont telles, que toute opération serait vouée à un échec.

Diagnostic de la variété anatomique. — En réalité, ce diagnostic ne peut s'établir, qu'après néphrectomie par l'étude des coupes anatomo-pathologiques :

L'*adénosarcome* survient surtout chez l'enfant. Evolution rapide.

Le *sarcome* se développe chez l'adulte de vingt à trente ans; de gravité moindre. Douleurs vives, cachexie retardée. Mort en trois à cinq ans. Hématuries rares.

Le *carcinome* survient de cinquante à soixante ans. Cachexie lente et progressive avec hématuries répétées. Durée un à deux ans.

Le *lymphadénome* : autres lésions de leucocythémie.

TRAITEMENT

1° Il doit être surtout **chirurgical** au début. La *néphrectomie* précoce s'impose, si l'autre rein fonctionne bien, s'il n'y a pas d'adhérences, ni de généralisation, si le malade est jeune et n'est pas trop affaibli.

Mais les résultats opératoires ne sont pas brillants. La mortalité opératoire est de 20 p. 100 et d'autre part la survie, que donne l'opération, n'est guère supérieure comme durée à celle obtenue sans opération. D'après la statistique de Forgue, sur 400 opérés, il n'y a eu que 28 guérisons. Les récidives se produiraient rapidement.

2° Le **traitement médical** s'impose d'une façon absolue, si le malade est cachectique, si le rein opposé ne fonctionne pas bien, si des adhérences ou des métastases existent, si l'état de l'azotémie n'est pas satisfaisant. La morphine, la dionine, la codéine, etc., s'imposent alors larga manu. Le traitement habituel des cancéreux sera mis en usage.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 83, p. 1378; n° 85, p. 1415, et n° 87, p. 1446.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Erythème noueux. — Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale. »

MM. Nativelle, 17; Worms (Robert), 22; Pannier (Paul) et Paris (Pierre), 16; Mlle Fontaine, 23; MM. Cattan (Roger), 27; Merklen (Jules), 19; Mlle Guérin (Suz.), 24; M. Nédelec (Marc), 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : M. Ponthus; ex æquo MM. Baumelod, Meyssonnier; Martinet, Tiran, Borie, Dubois, Goujon, Seguin, Jarricot, Tarlet, du Bourguet, Morel, Cluzet, Talfumier, Tourniaire, Mlle Curveille, MM. Ehrart, Putod, Dubuis, Bisch, Ravon, Naussac, Mlle Delos, MM. Lardanchet, Pizzera, Forge, de Mourgues, Mlle Butavand, M. Thilly, Mlle Ammar, MM. Labry, Perret, Meunier, Juvanon, Cuilleret (Pierre), Hutet, Sourd, Marmet, Rolland, Rodet, Carle, Fabre, Rode, Savoye, Tristani, Mlle Fumey, MM. Bouiloud, Leloutre, Astier, Douillet, Sassard, Mlle Vivien, M. Bonnand, Mlle Maximovittch, M. Cuilleret (Fernand).

Externes provisoires : MM. Arnult, Euler, Baroni, Cornu, Perron, Poulin, Besson, Charpentier, Rousson, Brunerie, Burlats, Dugois, Graber, Novat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Strohl, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé, à partir du 1er novembre 1924, professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres fonctions.

— Bordeaux. — M. Bégouin, professeur de clinique gynécologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Villar, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Guyot (Joseph), professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique gynécologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bégouin, appelé à d'autres fonctions.

— Lille. — M. Polonowski, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur de chimie organique à ladite Faculté (chaire vacante).

— Lyon. — M. Leriche (René), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg (chaire vacante).

— Montpellier. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à compter du 1er novembre 1924, à MM. Cabannes et Galavielle, agrégés près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

— Toulouse. — M. Serre, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à ladite Faculté (chaire vacante).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés pour une période de quatre ans membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France :

MM. les docteurs Dequidt, inspecteur général des services administratifs; Graux, Bouloumié, Boursier, Macé de Lépinay, G. Baudouin, Moncorgé, Piatot, Rathery, Bordas, Durand-Fardel, Meillon et Gardette.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — 1° Prix Gingeot (1.500 fr.). — Sujet : « Les ictères épidémiques. » Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1925; le prix sera attribué à la fin de décembre 1925.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 fr.). — Sujet : « Le service social à l'hôpital, résumer les œuvres qui le constitueront en 1925 et proposer les améliorations désirables. » Les

mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1926 ; le prix sera attribué à la fin de décembre 1926.

La **SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS** tiendra, le dimanche 16 novembre 1924, sa séance plénière annuelle à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre) avec le programme suivant :

Le matin, à 10 heures, conférence de M. Abrami, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux : « L'anaphylaxie spontanée en médecine ».

Le soir, à 14 h. 45, rapport de MM. J. Chaillous et Cotoni : « Sérums et vaccins en thérapeutique oculaire. »

La discussion du rapport est ouverte à tous les confrères invités, au même titre qu'aux membres de la Société, à condition de se faire inscrire dans ce but auprès du secrétaire général.

JOURNÉES MÉDICALES MAROCAINES (CASABLANCA-RABAT, 26-29 décembre 1924). — La Société de médecine et d'hygiène du Maroc et le Journal *Maroc médical* organisent pour les 26-27-28 et 29 décembre, à Casablanca et Rabat, des Journées médicales dont le but est, en facilitant l'étude, la mise au point et la discussion des grandes questions de pathologie marocaine, de contribuer à l'entretien scientifique des médecins du Maroc, par l'établissement de rapports réguliers avec les maîtres et praticiens de France.

M. le maréchal Lyautey, résident général au Maroc, qui, au cours de sa longue carrière de colonisateur et d'organisateur, a toujours su apprécier les médecins et leur donner dans son œuvre civilisatrice un rôle important, a tenu à accorder son patronage et l'appui de la direction du Service de santé à cette première manifestation collective, et non officielle, de la science médicale au Maroc.

Les organisateurs de ces premières Journées médicales forcément modestes ont toutefois déjà obtenu la précieuse collaboration de maîtres qui iront exposer aux praticiens et spécialistes du Maroc les résultats de leur expérience et de leurs recherches personnelles, tels que MM. Bergonié, J.-L. Faure, Garin, Ravaut, Bégouin, Noël Fiessinger, Nicolle, de l'Institut Pasteur de Tunis, Roux-Berger, Abrami.

A proximité immédiate de la salle des conférences, les praticiens et les dirigeants de grands services et exploitations trouveront exposées les réalisations pratiques des grandes maisons de produits pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et de mobilier hospitalier.

Enfin, comme les Journées médicales marocaines ne pourront que de très loin rappeler les brillantes Journées médicales de Bruxelles et de Toulouse, les organisateurs ont étudié tout un programme de distractions et d'excursions qui fera oublier en partie la modestie de cette première tentative d'exportation scientifique coloniale.

Des avantages considérables ont été consentis par les Compagnies de navigation, de transports automobiles et les hôteliers du Maroc aux participants des Journées médicales marocaines.

Des auto-circuits nord-africains, à tarifs très réduits, pour les médecins adhérents qui désirent visiter le Maroc et l'Algérie, ont été organisés par la Compagnie générale transatlantique (4.700 francs au lieu de 7.000 francs pour un circuit de vingt-huit jours de Bordeaux à Marseille par le Maroc et l'Algérie).

Pour tous renseignements, s'adresser à Casablanca, au *Maroc médical*, ou au secrétaire des Journées médicales marocaines, le docteur Lépinay, rue de Marseille, à Casablanca.

Pour les circuits nord-africains, s'adresser à Paris, à la Compagnie générale transatlantique, rue Auber, ou à l'Office du Maroc, rue des Pyramides.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE. — Les prochaines Journées médicales auront lieu les 11, 12, 13 et 14 juillet 1925.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Delbet, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, chirurgien à Paris, officier de la Légion d'honneur.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (V à X gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

CHRONIQUE

LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS

La pose de la première pierre du sanatorium des étudiants a eu lieu la semaine dernière à Saint-Hilaire-du-Touvet, à 1.100 mètres d'altitude, dans un des plus beaux sites du massif de la Grande Chartreuse.

Ainsi se réalise cette œuvre grandiose et généreuse dont l'initiative revient entièrement à la solidarité des étudiants de France.

Sur le plateau des Petites-Roches où l'on arrive par un funiculaire dont la pente atteint 83 p. 100, se sont réunis autour de M. Honnorat les premiers artisans de cette belle entreprise, MM. Crouzat et Antebi, de l'Association générale des étudiants, puis nos confrères Amabert (de Grenoble), Boudin, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; MM. Silvy, président du Comité départemental du Rhône contre la tuberculose; Léon Perrier, président du Conseil général de l'Isère; Thierry, Pinot, du Comité des Forges qui est propriétaire du terrain; Cavalier et Guy, recteurs de Lyon et de Grenoble, le professeur Léon Bernard, représentant le ministre de l'Hygiène, et le préfet de l'Isère représentant le Président de la République.

On sait que le plateau des Petite-Roches va devenir, grâce au magnifique exemple donné par les étudiants, un merveilleux centre sanatorial. A côté du sanatorium des étudiants, 950 lits sont déjà prévus par la Société métallurgique et minière et par les départements du Sud-Est. L'association de ces efforts permettra une réduction importante des frais généraux. Le projet date de quinze mois à peine et déjà les travaux d'édification vont commencer de suite avec les premiers fonds disponibles.

L'Etat a accordé une subvention de 1.300.000 francs. Des banques et des particuliers ont offert 116.240 francs; 100.000 francs proviennent encore de différentes subventions, d'autres sont annoncées. Mais ces sommes importantes sont encore insuffisantes, il faut trouver encore plus d'un million pour mener à bien cette œuvre si pressante.

Tous les médecins de France voudront certainement s'associer à cette belle création. Rappelons donc que les dons sont centralisés par M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble. Ils peuvent être encore adressés à tous les recteurs de France ou au dévoué secrétaire général de l'œuvre, notre confrère Crouzat, 13, rue de la Bûcherie, à Paris.

L. S.

REVUE GÉNÉRALE

LES PSEUDO-KYSTES TRAUMATIQUES DU PANCRÉAS

Par le docteur Paul FOUCAULT (de Poitiers),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

On a confondu longtemps dans un même cadre toutes les formations kystiques du pancréas, aussi bien les kystes vrais, glandulaires, que les faux kystes traumatiques, ou encore les hématomes spontanés du pancréas, ou de l'arrière-cavité des épiploons.

On retrouve en effet cette confusion dans les travaux de Senn (1885), le mémoire de Bœckel (1891), les observations de Heinricius (1897), les thèses de Michel (1898), de Tulasne (1899), où les observations de pseudo-kystes traumatiques voisinent avec celles de kystes spontanés.

Körte, le premier, en 1898, sépare nettement les kystes vrais, glandulaires, des faux kystes, spontanés ou traumatiques, dont le caractère essentiel est l'absence de paroi propre.

Depuis, les observations et les travaux se sont multipliés; nous ne ferons que citer le rapport de Villar, au Congrès de chirurgie (1905) celui de Guinard à la Société de chirurgie (1908), les thèses de Couture (1910), de Lenoir (1911), l'article de Miginiac (*Revue de chir.* 1919), et l'excellente étude de MM. Mocquot et Costantini (*Revue de chir.* 1923).

Étiologie. — Il s'agit en général d'hommes jeunes, d'adolescents, parfois même d'enfants. La fréquence des traumatismes chez les uns, le défaut de résistance du rebord costal chez les autres, expliquent en partie la possibilité de l'atteinte d'un organe aussi profond, aussi bien protégé que le pancréas.

Dans la grande majorité des cas, les pseudo-kystes ne s'observent qu'à la suite de traumatismes *fermés* et *isolés* du pancréas; aussi faut-il que l'agent vulnérant ait une forme, une direction, une force vive spéciale pour qu'il puisse atteindre uniquement, ou presque, le pancréas : on invoque en effet souvent les chocs par timon de voiture, par coup de pied de cheval, par coup de guidon de bicyclette, par chute sur un objet dur et saillant.

La glande n'est presque jamais lésée dans sa totalité, mais seulement dans ses segments les plus vulnérables :

Le corps, à cheval sur la saillie vertébrale (60 p. 100 des cas),

La tête, appliquée sur le plan résistant des apophyses transverses lombaires (30 p. 100).

La queue, à cause de ses connexions avec la rate (10 p. 100).

Anatomie pathologique. — Il est difficile de préciser la nature exacte et l'étendue des lésions anatomiques, qui sont à la base des pseudo-kystes traumatiques du pancréas. On peut admettre que la rupture totale de la glande, avec section complète du parenchyme et des canaux excréteurs; ou encore que l'écrasement du pancréas avec broiement plus ou moins étendu de la glande, ne constituent pas les lésions initiales des pseudo-kystes.

De telles lésions, en effet, sont le plus souvent accompagnées de contusions viscérales graves et sont incompatibles avec une longue survie; ils ne donnent pas le temps aux faux kystes de se développer.

Ceux-ci sont en réalité la conséquence de *ruptures partielles, limitées et isolées* du pancréas; dans plus de la moitié des cas, c'est le corps qui est atteint; moins fréquemment les lésions portent sur la tête; celles qui atteignent la queue sont exceptionnelles (Jeannel, Mickulicz).

Des expériences récentes, en particulier celles de MM. Mocquot et Costantini ont prouvé que la résistance des différents tissus contenus dans la loge pancréatique était très inégale. Alors que le tissu glandulaire est très fragile, les canaux excréteurs sont plus résistants; le canal de Wirsung en particulier voit sa résistance s'accroître à mesure que son calibre augmente. Le cholédoque est rarement sectionné; enfin les gros vaisseaux spléniques possèdent une résistance toute particulière, et ne sont lésés que dans les traumatismes graves de l'abdomen.

En somme, il faut admettre avec Villar que les pseudo-kystes traumatiques ont pour point de départ une contusion limitée du pancréas, avec section ou écrasement incomplet du parenchyme glandulaire et rupture des canalicules et des capillaires pancréatiques.

Il n'est pas prouvé que la section complète du canal de Wirsung soit nécessaire pour constituer un pareil kyste.

Le cholédoque, les gros vaisseaux juxta-pancréatiques sont en général indemnes, de même que les feuillets fibreux et péritonéaux de la loge pancréatique.

Il convient de faire ici une remarque d'une importance capitale. Bien que l'épanchement intrapancréatique commence à se constituer aussitôt après le traumatisme, le pseudo-kyste semble n'apparaître, et ne devient perceptible, que dans les semaines, sinon dans les mois consécutifs.

On a émis à ce sujet de nombreuses hypothèses, et l'on a invoqué successivement la *nécrose partielle* du pancréas (Garré), l'*autodigestion* de la glande (Morel, Binet et Brocq). Dans ce dernier cas, les ferments pancréatiques activés par la bile, le suc duodénal, ou les germes microbiens, provoquent la désintégration du parenchyme glandulaire, et des vaisseaux intrapancréatiques.

La *digestion progressive du parenchyme nécrosé* a été récemment défendue par MM. Denechau et Gigon; c'est elle qui « ouvrant canaux et vaisseaux, permet au suc pancréatique et au sang de se répandre autour du foyer nécrotique; si le péritoine résiste, c'est le pseudo-kyste prévertébral; s'il est digéré, c'est l'envahissement de la cavité des épiploons. Une réaction défensive réunira les organes de voisinage; elle limitera le processus ».

MM. Mocquot et Costantini ont fait remarquer à juste titre que le contenu des pseudo-kystes ne semblait guère posséder des propriétés digestives très marquées : on n'observe presque jamais de taches de cytosteatonécrose, et après ouverture du kyste, le liquide est sans action appréciable sur le péritoine.

Ils pensent donc que, dans les pseudo-kystes du pancréas, comme dans les hématocèles rétro-utérines, la collection ne devient perceptible qu'au moment où les adhérences se sont formées, où ses parois ont acquis une certaine consistance, et où des phénomènes de compression ont commencé à apparaître.

Ne doit-on pas également faire intervenir, avec M. le professeur M. Labbé la *sclérose cicatricielle* qui, se constituant progressivement après le traumatisme, isole ainsi des fragments glandulaires où la sécrétion continue à se faire ?

Le *mode de développement* des pseudo-kystes varie suivant le segment atteint. Lazarus distinguait des formes : *gastro-hépatique*, *gastro-colique*, *rétroventriculaire*, *mésocolique* et *prévertébrale*.

En réalité, il faut distinguer les *quatre variétés* suivantes :

1° Quand la lésion siège au niveau de la *tête*, le pseudokyste se développe à droite de la ligne médiane, dans l'aire du cadre duodénal, au milieu de la loge pancréatico-duodénale, qu'elle distend à l'extrême.

2° Dans les cas où le *col* est atteint, le faux kyste se développe derrière le petit épiploon, au niveau du tubercule omental (Cushing).

3° Les pseudokystes qui succèdent aux lésions du *corps* du pancréas se développent sur la ligne médiane, ou à gauche de celle-ci, dans l'arrière cavité, et tendent à refouler l'estomac en haut, le côlon transverse en bas.

4° Enfin ceux qui se développent aux dépens de la *queue*, s'insinuent entre la rate et l'estomac.

Constitution. — Les pseudo-kystes n'*ont pas de paroi propre* ; ils sont limités par le parenchyme glandulaire lui-même, tassé en une coque assez épaisse, tapissée de filaments fibrineux, et de débris jaunâtres pigmentaires : en aucun point on ne trouve d'épithélium de revêtement.

Le contenu est habituellement formé de sang et de liquide pancréatique. Le sang n'est pas coagulé et donne une teinte brunâtre ou jaunâtre au contenu kystique. Parfois le liquide est limpide et il rappelle, par ses propriétés, celles du suc pancréatique normal ; on a attribué les modifications observées à la stagnation du suc pancréatique à l'intérieur du kyste.

La *quantité* de liquide contenu est très variable : 7 litres (Sheele), 3 litres (Auvray), 250 grammes (Graff).

Le liquide contenu dans les pseudo-kystes possède-t-il des propriétés stéatolysantes susceptibles d'attaquer la graisse sous-péritonéale et le péritoine ?

La lecture des observations permet de faire une remarque d'une importance capitale : En aucun cas, il n'est question de taches de cytostéatonécrose sur le péritoine. Or, les recherches récentes, en particulier de Binet, Brocq, Morel, ont permis d'établir le fait suivant : le suc pancréatique ne possède que des proferments, sans propriétés digestives, à moins qu'ils ne soient *activés* par la bile ou le suc intestinal. Or, les conduits biliaires et intestinaux étant, en général, respectés au cours des lésions pancréatiques, origines des pseudo-kystes, il s'ensuit que la digestion *in vivo* de la graisse sous-péritonéale ne peut se produire.

Il n'est même pas prouvé que le suc pancréatique normal puisse provoquer une réaction péritonéale importante (Villar, Cecherelli).

Symptômes. — La symptomatologie des pseudo-kystes traumatiques se répartit en *trois phases* absolument caractéristiques.

Une *première phase*, de *contusion* pancréatique, où l'on retrouve les signes communs à tout traumatisme intéressant l'étage supérieur de l'abdomen.

Une *deuxième phase intermédiaire*, phase essentiellement silencieuse, où le malade se croit guéri, et reprend ses occupations habituelles.

Enfin, une *troisième phase*, de *tumeur*, où brusquement réapparaissent les signes du début, associés à des symptômes nouveaux : tumeur, amaigrissement, altération de l'état général.

1° La première phase ne possède guère de symptômes propres.

On retrouve ici, comme dans la plupart des traumatismes de l'étage sus-méso-colique de l'abdomen, la *douleur* atroce du début, douleur cœliaque, avec perte de connaissance, pouls imperceptible, pâleur de la face.

Le malade revient vite à lui, et on constate alors une contracture pariétale intense, une sensibilité superficielle et profonde du creux épigastrique ; le facies est angoissé et pâle ; des vomissements surviennent ; mais tout se calme rapidement, et en quelques jours grâce à la glace, au repos, à la diète, les symptômes alarmants des premières heures ont disparu.

Aussi diffère-t-on l'intervention chirurgicale qui avait paru s'imposer au premier abord.

L'évolution des accidents semble, en effet, justifier la temporisation ; l'amélioration survient si rapidement que la surveillance médicale devient moins sévère, et que l'on permet au malade de s'alimenter, de se lever, et même de reprendre ses occupations habituelles.

Cette première phase dure en moyenne *quatre à cinq jours*.

2° La deuxième phase, phase intermédiaire, phase silencieuse, est réellement caractéristique de l'évolution des pseudo-kystes pancréatiques.

Entre la période des accidents contemporains du traumatisme, et celle où apparaissent les signes nets de la tumeur kystique, il s'écoule un certain laps de temps, véritable *intervalle libre*, dont la durée, d'ailleurs est fort variable.

Cet intervalle libre dure en moyenne huit à trente jours, parfois plus ; dans certaines observations, les accidents sont apparus trois mois, six mois, un an après le traumatisme. Dans des cas tout à fait exceptionnels, c'est au bout de cinq ans, huit ans même que sont apparus les accidents du pseudo-kyste.

Cette phase, très variable en durée, est remarquable par sa latence. Il n'existe aucun signe fonctionnel ou physique attirant l'attention du côté de l'abdomen. Bien que l'état général reste souvent précaire, que l'amaigrissement augmente chaque jour et que les forces reviennent lentement, le malade reprend en partie son travail lorsque brusquement le tableau clinique change.

3° Troisième phase, phase de tumeur. — Le premier symptôme qui ouvre la scène varie suivant le siège même du pseudo-kyste.

S'il s'agit d'un kyste développé au niveau du corps du pancréas, son apparition est marquée par des *douleurs* violentes, tantôt continues, tantôt paroxystiques, et rappelant les névralgies cœliaques.

Quand il siège au niveau de la tête du pancréas, ce sont les *vomissements* les premiers en date. Les vomissements sont incessants, presque incoercibles, aboutissant à une intolérance gastrique absolue ;

aux vomissements alimentaires succèdent les vomissements bilieux et porracés sans qu'ils deviennent jamais fécaloïdes.

Ils sont dus, en grande partie, à la compression du pylore et du duodénum; parfois même ils s'accompagnent d'ictère, par compression du cholédoque, d'ascite, par compression de la veine porte. Les douleurs par compression du plexus cœliaque ne surviennent que tardivement.

Mais, dans tous les cas, il est un signe constant, qui ne manque jamais, c'est l'*altération de l'état général*, c'est l'*amaigrissement* brutal, c'est la *cachexie* à marche rapide, avec fonte musculaire des joues, du thorax, des membres. L'abdomen, par contre, est quelque peu ballonné, et l'on voit, soulevant la paroi du creux épigastrique, une masse arrondie, que jusqu'ici l'on n'avait point perçue.

Il s'agit d'une *tumeur* volumineuse, immobile, fixée à la paroi abdominale postérieure, présentant un certain degré de ballottement lombaire, et située très près de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic.

Elle est séparée du rebord du foie par un *sillon*, une dépression nettement perceptible à la palpation; elle est mate, et sa matité est encadrée par deux zones de sonorité : l'estomac en haut, le côlon transverse en bas.

L'*insufflation* de l'estomac et du côlon transverse le ferait diminuer, sinon disparaître ; ce moyen de diagnostic a été bien rarement utilisé.

Le pseudo-kyste pancréatique ne subit pas les impulsions du diaphragme et reste immuable pendant les mouvements respiratoires ; il possède une rénitence spéciale, parfois même une certaine fluctuation que l'on peut mettre en évidence par la palpution transabdominale.

La *radioscopie* donnerait des renseignements intéressants, si chez un tel malade, on pouvait sans inconvénient, introduire du bismuth dans son tube digestif.

Quel est le retentissement d'un tel kyste sur le fonctionnement pancréatique ?

Bien que peu d'observations fassent mention de ces troubles, on doit remarquer qu'ils sont peu accentués. Les selles sont, en général, diarrhéiques, mais la stéarrhée est peu intense; les urines contiennent très rarement du sucre ; l'examen du sang ne révèle rien d'anormal.

En somme, il faut retenir qu'en pareil cas, il n'y a pas d'insuffisance pancréatique véritable.

Évolution. — En général, le pseudo-kyste est traité chirurgicalement dès que les symptômes de la troisième phase sont apparus. L'ouverture du kyste, son évacuation, son drainage, permettent de voir rétrocéder les accidents, assez rapidement.

Toutefois, l'amaigrissement persiste longtemps, et ne disparaît qu'au moment où la fistule pancréatique est complètement tarie.

Par contre, abandonné à lui-même, le faux kyste évolue fatalement vers la *cachexie*, ou vers des complications, telles que la *suppuration* ou la *rupture*.

Si la suppuration est une éventualité grave la rupture, par contre, est un accident relativement bénin. La rupture dans la cavité péritonéale (Le Dentu), détermine des phénomènes de péritonite subaiguë; celles qui se produisent dans l'estomac (Schala), dans l'intestin (Karewski), constituent un mode de guérison spontanée de la tumeur, qui est, en somme, plus grave par les complications d'ordre général, telles que la cachexie, que par les complications d'ordre local, telles que l'infection, ou la péritonite.

Diagnostic. — En dehors des signes fournis par le laboratoire ou la radioscopie, ceux qui sont tirés de l'examen clinique du malade permettent d'éliminer :

Les *tumeurs rénales* et en particulier les hydronéphroses qui possèdent à la fois le ballottement et le contact lombaires qui ont un siège et une forme caractéristiques et qui présentent une zone de sonorité colique antérieure. Les symptômes urinaires permettent de confirmer le diagnostic.

Les *tumeurs hépatiques* et en particulier les *kystes hydatiques du lobe gauche* qui sont reconnus, d'une part à l'absence de sillon entre la tumeur et le foie, d'autre part aux résultats des examens radiologiques et hématologiques. L'étiologie et l'évolution sont, en outre, tout à fait différents dans les deux cas.

Les *hydrocholécystes*, les grosses vésicules prolabées et flottantes, appendues à la face inférieure du foie, sont mobiles et par suite faciles à distinguer des kystes pancréatiques.

Par contre, les cholécystites entourées d'une épaisse gaine épiploïque, suppurée ou néoplasique, sont plus difficiles à reconnaître en l'absence de tout antécédent; le diagnostic ne pourra être fait qu'après une exploration physique minutieuse, et en particulier l'état des connexions de la masse avec le foie.

Les *kystes du mésentère* sont médians, mobiles, indolores et recouverts d'une zone sonore sur toute leur étendue.

Les *tumeurs spléniques* ont un siège, une consistance, une évolution toute différente.

Les *abcès sous-hépatiques*, les collections dues à une *péritonite enkystée* d'origine gastrique, duodénale, vésiculaire, ne pourront être confondus qu'avec les accidents de suppuration des pseudo-kystes pancréatiques; ici encore l'étude minutieuse des antécédents, l'histoire de l'affection, les renseignements fournis par la radioscopie permettront d'éliminer ce diagnostic.

En réalité, tous ces diagnostics peuvent être discutés quand le pseudo-kyste survient longtemps après le traumatisme, et que l'on hésite à établir une relation de cause à effet entre l'accident initial et la tumeur épigastrique.

Par contre, quand la notion de traumatisme est encore suffisamment récente, le doute ne peut être permis qu'entre le pseudo-kyste du pancréas et l'*hématome de l'arrière-cavité des épiploons*.

Un tel diagnostic est très difficile à porter cliniquement, car on ne peut affirmer, d'une façon rétrospective, l'existence de la lésion viscérale ou vasculaire qui est à son origine. D'ailleurs Körte, puis MM. Mocquot et Costantini n'ont-ils pas soutenu que, dans ces cas, il y avait toujours une lésion pancréatique associée ? Et n'avons-nous pas vu que bon nombre d' « hématomes de l'arrière-cavité » n'étaient souvent que des pseudo-kystes développés aux dépens du corps du pancréas ?

Traitement. — Le traitement, purement chirurgical, passe par deux phases : évacuer la poche kystique; traiter la fistule pancréatique.

1° L'évacuation du faux kyste ne doit pas être pra-

tiquée par *ponction*, moyen infidèle, aveugle, dangereux, et toujours inutile car le kyste se reforme aussitôt après.

L'évacuation doit être réalisée après incision de la paroi : l'ouverture doit se faire au grand jour. Certains auteurs ont préconisé la voie lombaire pour atteindre les kystes de l'arrière-cavité; cette voie présenterait, en effet, de gros avantages (voie extrapéritonéale, drainage au point déclive).

En règle générale, c'est la *voie antérieure* qui est utilisée ; on pratique, soit une incision médiane, soit une incision latérale, verticale ou coudée ; certains chirurgiens ont dû recourir à des résections costales pour des pseudo-kystes de la queue du pancréas.

La paroi une fois incisée, l'œil et le doigt explorent la tumeur et cherchent un point d'attaque pour en pratiquer l'ouverture qui ne sera faite qu'après une bonne protection de la cavité abdominale.

La présence de nombreux vaisseaux dilatés rend cette incision délicate. Pour les pseudo-kystes développés aux dépens de la tête du pancréas, il faut inciser *au-dessus* du méso-côlon transverse, au centre de l'aire gastro-duodéno-mésocolique. Il existe là une zone avasculaire, approximativement triangulaire, limitée par les vaisseaux coliques droits en bas, les vaisseaux gastro-épiploïques droits en haut et à gauche, les vaisseaux pancréatico-duodénaux supérieurs droits, en haut et à droite. C'est là que l'on dissociera prudemment au bistouri et à la sonde cannelée pour effondrer la paroi antérieure du kyste.

Pour atteindre les pseudo-kystes de l'arrière-cavité, il faut traverser le ligament gastro-colique en ménageant avec soin les arcades vasculaires et passer entre l'estomac et le côlon transverse.

L'ouverture du kyste *en un temps* est la règle; la majorité des auteurs pratiquent la *marsupialisation* après ouverture de la collection et fixation de ses bords à celles de l'incision cutanée.

On peut se contenter d'un *simple drainage* avec mèches et tamponnement s'il existe une hémorragie; l'on se comporte alors comme s'il s'agissait d'un drainage des voies biliaires et l'on retire le drain et les mèches à partir du quatrième jour.

On ne pratique plus guère l'*extirpation totale* de la collection, préconisée surtout par l'Ecole allemande.

Le traitement des *fistules pancréatiques* constitue la deuxième phase de la thérapeutique dirigée contre les pseudo-kystes traumatiques.

Les fistules pancréatiques sont, en règle générale, très longues à se fermer (plusieurs mois); quelques-unes même ont été considérées comme intarissables et l'on a dû tenter dans ces cas des opérations exceptionnelles : *pancréatico-gastrostomie* de Doyen, Michon, etc.

Dans la grande majorité des cas, la fistule se tarit peu à peu, grâce à plusieurs procédés :

1° L'*injection de liquides atrophiants* (alcool, teinture d'iode, chlorure de zinc) est souvent employée; elle n'est pas sans danger, et certains auteurs lui préfèrent la *cautérisation* du trajet au thermocautère (Ricard).

2° Le *régime antidiabétique* (Wohlgemuth) donne d'excellents résultats. La suppression des hydrocarbones, le bicarbonate de soude à haute dose ont une heureuse influence sur l'écoulement pancréatique qui se tarit en général assez rapidement (deux à six semaines).

3° Enfin, il convient de faire remarquer que le *mode de traitement* du pseudo-kyste influe sur l'évolution ultérieure de la fistule.

C'est ainsi que nous pensons que le *drainage est supérieur à la marsupialisation.*

Sur un total de 15 cas traités par le drainage on constate que la fistule n'a pas duré, en moyenne, plus d'*un mois*; dans certains cas la fermeture a été beaucoup plus rapide : douze jours (Gross), dix-huit jours (Foucault), dix-neuf jours (Auvray); rarement plus lente : deux mois et demi (Cushing).

Sur un total de 20 cas traités par la marsupialisation, la durée moyenne de la fistule a été de *deux mois et demi.* Les cas favorables ont duré six semaines seulement; les cas rebelles ont duré des années; un opéré de Tillaux portait encore une fistule pancréatique sept ans après l'intervention.

Les *résultats* des interventions sur les pseudo-kystes traumatiques du pancréas sont très encourageants. Alors que l'affection abandonnée à elle-même aboutit à la mort (100 p. 100 de mortalité dans la statistique de Lenoir), l'intervention chirurgicale, par contre, permet de transformer complètement le pronostic puisque l'on enregistre plus de 80 p. 100 de succès : sur 88 observations, 74 guérisons, 13 morts et 1 résultat inconnu (statistique de Mocquot et Costantini).

L'indication opératoire est donc formelle en pareil cas, et la temporisation ne saurait être admise, quel que soit l'état général du malade.

BIBLIOGRAPHIE

La plus grande partie de la bibliographie est indiquée dans les articles :

VILLAR. *Congrès de chirurgie*, 1905.

CHAVANNAZ et GUYOT. Art. MALADIES DU PANCRÉAS, *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet.

MOCQUOT et COSTANTINI. Contusions du pancréas et faux kystes traumatiques, *Revue de chir.*, 1923, n°s 1, 4, 10.

Il faut signaler depuis ces importants travaux :

MAUCLAIRE et FOUCAULT. Pseudo-kyste traumatique du pancréas, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 22 nov. 1924.

DÉNECHAU et GIGON. Pseudo-kystes spontanés du pancréas, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1924, n° 4.

JANNIN. Contribution à l'étude des kystes et pseudo-kystes du pancréas, *Th. de Lyon*, 1923.

Marcel LABBÉ. Etude des fonctions pancréatiques dans un cas de kyste du pancréas opéré, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1924, n° 7.

BROCQ et MOREL. Rôle de la bile dans la reproduction expérimentale des pancréatites et de la stéato-nécrose, *C. R. de la Soc. de biol.*, 12 avril 1919.

BINET et BROCQ. Rôle du suc intestinal dans la reproduction expérimentale des pancréatites et de la stéato-nécrose, *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 mars 1920 ; — Pathologie expérimentale, *Journ. méd. franç.*, 1921, n° 1.

SAUVÉ. Contusion épigastrique, lésion pancréatique, guérison, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1923, p. 943.

MAISONNET. Blessures du pancréas, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1924, n° 16, p. 604.

COURBOULÈS. Pseudo-kyste traumatique du pancréas, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1924, n° 20, p. 728.

ROUVILLOIS, DUJARIER et OKINCZYC. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, discussion.

DORIA. Kystes et pseudo-kystes du pancréas, *Th. Rio de Janeiro*, 1923.

BOSCH ARANA, CHUTRO, PASSERON, RIVAROLA, JORGE et CALCAGNO. Kystes hématiques du pancréas, *Bull. et trav. de la Soc. de chir. de Buenos-Aires*, 1922, n°s 1, 2, 3, 4.

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (1).]

TROISIÈME QUESTION (*suite*)

Soins pré et post-opératoires, choix de l'anesthésie en chirurgie intestinale.

Rapport de M. G. LARDENNOIS (de Paris).

I. **Soins préopératoires.** — La préparation d'un malade à opérer se présente dans des conditions très différentes suivant qu'il s'agit d'un cas d'urgence ou d'une intervention différée.

A. **Interventions d'urgence.** — Quoiqu'il faille, dans ce cas, aller vite, certaines précautions ne peuvent être omises : ainsi l'examen du cœur et des poumons, la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine. On remonte les malades affaiblis par les injections d'huile camphrée, de sérum glucosé, d'extrait surrénal. Les lavages de bouche et la désinfection du nez sont utiles. Le lavage d'estomac devra toujours être pratiqué en cas d'occlusion. Enfin, l'injection d'un narcotique avant l'anesthésie est ici discutable, mais l'atropine-morphine peut rendre service,

B. **Interventions différées.** — Un examen complet est nécessaire pour dresser « l'inventaire » organique du futur opéré. Cet examen comportera obligatoirement le dosage de l'urée dans le sang et l'établissement d'une constante d'Ambard, la recherche et le dosage de l'acidose, l'étude cytologique du sang et les réactions propres à révéler la syphilis, des recherches coprologiques. La préparation morale du malade ne sera pas négligée. Certaines tares organiques méritent d'être envisagées à part :

Syphilis. — L'indication du traitement spécifique préopératoire est délicate à poser, car un traitement intensif a quelquefois, pour effet, de bloquer le rein et de congestionner les organes digestifs.

Diabète. — Les diabétiques sans dénutrition ni acidose peuvent être opérés. Les diabétiques sans dénutrition avec poussées d'acidose risquent des accidents. L'intervention chez les diabétiques avec dénutrition et acidose, si elle est indispensable, comporte un pronostic grave.

Morphinomanie. — La démorphinisation ne doit pas être tentée avant l'opération. Elle risque d'échouer et met le malade dans un état d'abattement peu favorable à l'intervention. D'ailleurs, le pronostic n'est pas nécessairement aggravé par la morphinomanie si le sujet n'est pas cachectique.

Anémie. — Elle sera traitée par les injections de sérum, le chlorure de calcium, l'hémostyl et dans certains cas par la transfusion.

Subasphyxiques. — Les lésions des voies respiratoires supérieures se rencontrent souvent chez les malades atteints d'appendicite chronique, de mésentérite, de stase intestinale. En principe, il vaut mieux les traiter avant l'opération intestinale si celle-ci n'est pas pressée.

Aérophagie. — Ce tic doit être ramené sous le contrôle de la volonté avant l'opération.

Les données qui précèdent concernent la préparation générale du malade. Il faut voir maintenant les soins qui s'adressent plus particulièrement à l'intestin et à la lésion dont il est atteint.

Préparation du tube digestif. — La mise en état de la denture, l'antisepsie du naso-pharynx ont une grande importance. Pour diminuer la septicité de l'appareil digestif, le meilleur moyen est encore de régulariser le transit intestinal, en traitant les spasmes par la belladone et la jusquiame, les douleurs par le repos, l'enveloppement tiède, l'ésérine et en accélérant la traversée colique par la paraffine, les préparations de bile, les lavements d'huile, quelquefois par de grands lavages avec une simple infusion de camomille. Si l'on tient à employer des désinfectants de l'intestin, ce sont les ferments lactiques, le collargol ou l'urotropine qui semblent devoir être choisis.

Vaccins. Immunisation. — On a cherché à immuniser l'organisme contre les infections venues de l'intestin, à l'aide tantôt de stock-vaccins : Propidon de Delbet, vaccin de L. Bazy, entéro-vaccins Lumière, tantôt d'auto-vaccins comme le coli-soude de Mauté. Cette pratique n'est pas encore acceptée de tous, mais elle fait des progrès et donne déjà des résultats intéressants dans les complications chroniques des infections intestinales.

La *sérothérapie* peut être appelée à jouer son rôle aussi bien après qu'avant l'opération. Ce sont surtout les sérums antigangréneux de Leclainche et Vallée, de Weinberg, de Veillon, de Vincent et Stodel, etc., qui ont été employés dans les appendicites gangréneuses et les cancers coliques.

Alimentation. Evacuation intestinale. — L'inanition prépare le shock opératoire. Il faut donc nourrir les opérés jusqu'au jour de l'opération, de préférence avec des hydrocarbonés et des aliments sucrés. On peut même leur faire absorber un peu de liquide le matin de l'intervention. De même qu'on a abandonné la diète, on a abandonné la purgation préopératoire qui déprimait inutilement le malade et, irritant l'intestin, créait des conditions fâcheuses par cette chirurgie spéciale.

Dans les états subinflammatoires, l'application de glace sur l'abdomen ou, chez le spasmodique, l'enveloppement tiède sont à conseiller dans les jours qui précèdent l'opération.

II. **Soins postopératoires. — Pansement.** — Certains chirurgiens l'ont complètement supprimé. En général, un pansement léger est utile et confortable. On y ajoute, pendant deux ou trois jours, une vessie de glace qui maintient l'intestin traumatisé au repos.

Position de l'opéré. — Il n'y a nulle nécessité à maintenir l'opéré dans le décubitus dorsal complet, sauf durant la période de réveil. Pour les appendicites aiguës, les colostomies droites et cæcostomies, le décubitus latéral droit convient particulièrement.

Vomissements. — Moins fréquents qu'autrefois, ils peuvent être encore dans quelques cas fort gênants. Les causes en sont complexes et la thérapeutique incertaine. On emploie selon les cas le sérum glucosé, l'adrénaline, l'atropine, les boissons alcalines, le bismuth, la craie, etc. Parfois l'ingestion d'une bouillie épaisse donne un soulagement au malade, mais le meilleur traitement dans les cas graves est le lavage gastrique.

Les calmants. — Quand la morphine ou ses succédanés sont mal supportés, on peut recourir aux suppositoires de belladone, opium et pyramidon, aux lavements de valériane et bromure.

Les stimulants. — Déjà au cours de l'opération, quand l'état de l'opéré est précaire, il est bon de faire une injection sous-cutanée de sérum chaud. Après toutes les interventions longues et shockantes, l'emploi du sérum glucosé, de l'huile camphrée, de l'adrénaline est indiquée. On pourra utiliser l'irrigation intrarectale au goutte à goutte de Murphy toutes les fois que l'opération n'aura pas intéressé les côlons gauches. Le rapporteur indique comme procédé dont il a obtenu de très heureux effets, l'injection intraveineuse de sérum hyperglucosé à 300 grammes de glucose par litre, la dose injectée de ce sérum ne devant pas dépasser 150 centimètres cubes.

Alimentation. — La date de la reprise de l'alimentation ne peut être fixée d'une manière absolue. De toute façon, il faut donner à boire à l'opéré de très bonne heure et de l'eau alcaline ou de l'eau pure. Quelquefois même des potages épais et des purées sont mieux tolérées que les liquides pris à doses minimes et répétées.

Entérocolite aiguë postopératoire. — C'est cet état de ballonnement douloureux qui, après les grandes interventions

(1) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353; n° 83. p. 1372; n° 86, p. 1426; n° 87, p. 1437, et n° 89, p. 1472. — Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

abdominales, commence le second jour, dure une journée parfois plus et cesse après l'évacuation des gaz. L'entéro-colite succède à la gastrite anesthésique. Elle a, pour origine, les troubles fonctionnels de l'estomac et du foie, l'intoxication générale et le traumatisme opératoire. Elle provoque le réflexe aérophagique.

L'estomac et l'intestin sont distendus par les gaz jusqu'à ce que le péristaltisme normal se soit rétabli. Cette distension ne peut guère mettre en danger des sutures techniquement correctes. Cependant, dans le cas d'anastomose iléo-sigmoïdienne, il est bon d'employer la précaution indiquée par Lane qui consiste à faire pénétrer par voie rectale jusqu'au-dessus de l'anastomose un tube de calibre et de rigidité appropriée.

On a traité l'entéro-colite par la morphine, la belladone ; la pilocarpine est plus indiquée. Le rapporteur donne de l'eau alcaline en boissons abondantes. Dans certains cas, le lavement d'huile, l'enveloppement moite et chaud sont utiles.

Dilatation aiguë postopératoire. — Cet accident se produit quand les gaz qui distendent l'estomac ne peuvent ni s'évacuer par le cardia vers la bouche, ni progresser dans l'intestin par suite d'un obstacle pylorique ou plus souvent duodénal. Le traitement consiste à placer le malade en position genu-pectorale ou mieux à laver l'estomac avec le tube de Faucher.

La *rétention d'urine* complète ou incomplète doit être reconnue et surveillée chez des malades particulièrement exposés à l'infection colibacillaire. Le *lever des opérés* ne doit pas avoir lieu aussi tôt pour les opérés de l'intestin que pour ceux de l'estomac et il ne sera permis que si aucun symptôme ne peut faire redouter une phlébite.

III. Choix d'un anesthésique.

— Trois considérations doivent déterminer ce choix : la sécurité de l'opéré, son confort, la commodité technique pour l'opérateur. L'accord est loin d'être fait encore sur le procédé qui remplit le mieux ces conditions en chirurgie intestinale. Toutes les méthodes d'anesthésie seront donc passées en revue.

A. **Narcoses par inhalation.** — 1° CHLOROFORME. — Le rapporteur décrit longuement les avantages et les inconvénients connus du chloroforme. En ce qui regarde l'emploi de cet anesthésique dans la chirurgie intestinale, voici ce qu'il faut surtout retenir :

Le chloroforme donne une respiration régulière, sans ampleur exagérée et peu de saignement. Mais le risque des syncopes qu'il détermine parfois est peut-être plus grand en chirurgie intestinale, chez des sujets abattus, anémiés en état d'occlusion ou de réaction péritonéale, qui sont souvent d'autre part des émotifs, vagotoniques, hypotendus et aérophages. En outre parmi les lésions viscérales que crée le chloroforme celles du rein et celles du foie sont particulièrement fâcheuses portant sur des organes prédisposés à s'infecter (la néphrite toxique prépare la néphrite à colibacilles) ou déjà touchés (on sait la fréquence de l'atteinte hépatique dans les affections de l'intestin).

En somme la chloroformisation n'a guère ici d'indications. On ne peut l'employer que pour des opérations courtes chez des sujets ayant encore un bon état général et à la condition que l'anesthésie, précédée par une injection préparante, soit bien conduite par un anesthésiste expérimenté.

2° ETHER. — Cet anesthésique quoique, lui aussi, toxique pour les viscères, l'est cependant beaucoup moins que le chloroforme, en particulier pour le foie. Mais il a contre lui les accidents pulmonaires qu'il peut déterminer. En réalité ces accidents sont beaucoup plus rares avec les appareils à éthérisation moderne comme ceux d'Ombrédanne et de Rolland. Quant à l'incommodité pour l'opérateur qui résulte de l'amplitude des mouvements respiratoires, elle diminue ou disparaît si l'on emploie un appareil qui combine au « rebreathing » l'apport d'une certaine quantité d'oxygène ou encore l'insufflation trachéale.

L'éther bien administré convient donc parfaitement à la chirurgie intestinale en général sauf pour les sujets apparemment menacés de complications respiratoires.

3° Le PROTOXYDE D'AZOTE a des inconvenients, il faut pour l'administrer avec sécurité un outillage très perfectionné et la technique de l'anesthésie est délicate. Mais c'est le mode de narcose idéal chez les sujets épuisés ; on doit y recourir, en chirurgie intestinale, chez les malades en état précaire, chez ceux qui ont le foie et les reins en mauvais état, chez les diabétiques et aussi quand on est dans l'obligation de pratiquer plusieurs opérations successives.

4° Le CHLORURE D'ÉTHYLE est peu toxique et convient à certaines opérations intestinales de courte durée.

5° Divers MÉLANGES anesthésiques ont été employés. Celui de Schleich donne d'excellents résultats mais ne saurait être préféré à l'éther si l'état général ou le foie sont déficients.

B. **Narcoses par injection.** — 1° RACHI-ANESTHÉSIE. — Les avantages et les inconvénients de cette méthode en chirurgie générale ont été maintes fois débattus. Dans la chirurgie de l'intestin, on peut dire que la rachi-anesthésie est techniquement très commode pour une grande intervention mais elle est dangereuse chez les malades atteints de troubles bulbaires aigus ou chroniques, chez les hypotendus, dans les cas d'urgence avec état général précaire et elle est inutile dans les interventions courtes et faciles auxquelles conviennent mieux d'autres modes d'anesthésie. C'est dans les interventions longues, difficiles, chez les malades ayant un état général assez bon que le rachi-anesthésie pourra être choisie en l'entourant de toutes les précautions nécessaires.

2° ANESTHÉSIE RÉGIONALE. — L'*anesthésie paravertébrale* qui atteint les troncs nerveux à leur sortie des trous de conjugaison est incommode, en raison du grand nombre de piqûres nécessaires, s'il faut anesthésier tout l'abdomen. Mais elle peut être utilisée dans les interventions par voie latérale et d'étendue limitée, celles qui s'attaquent par exemple à une tuberculose cæcale ou à un cancer du cæcum au début.

L'*anesthésie splanchnique*, après anesthésie pariétale, peut être réalisée soit par l'infiltration directe des mésos, soit par l'anesthésie des nerfs splanchniques atteints, à travers la paroi lombaire, dans la région cœliaque latérale. Cette méthode qui n'offre à peu près aucun danger mais présente une certaine difficulté technique est capable de rendre des services en chirurgie intestinale quand l'anesthésie générale est contre-indiquée et qu'on ne veut pas faire une rachi-anesthésie pour une intervention de quelque durée.

3° L'ANESTHÉSIE LOCALE peut rendre de grands services dans la chirurgie de l'intestin, soit seule dans des interventions courtes et simples, cæco ou colo-stomie, extériorisation d'une tumeur, etc., soit, s'il s'agit d'une intervention plus importante chez un malade ayant un état général précaire, aidée d'un narcotique comme la scopolamine-morphine, le somnifène, ou encore combinée à une courte anesthésie générale par inhalation. Cette dernière méthode d'*anesthésie mixte* par anesthésie locale complétée par l'anesthésie générale réalise dans ses grandes lignes le schéma d'*anoci-association* proposé par Crile.

Pour conclure, il faut dire qu'aucun anesthésique n'est parfait et qu'on ne peut prétendre à toujours utiliser le même procédé d'anesthésie, Il faut connaître et employer, selon les cas, tous ceux qui ont fait leurs preuves. C'est pour cela que la chirurgie a besoin d'anesthésistes de carrière se tenant au courant des diverses techniques et pourvus du meilleur outillage.

Discussion des rapports

M. ZAWADZKI (de Varsovie) se range à l'avis du rapporteur quant aux soins pré et post-opératoires en chirurgie gastrique. Mais l'anesthésie qu'il préfère est l'infiltration des nerfs splanchniques. Il relate une statistique de 300 cas sans mortalité.

M. KÜMMER (de Genève) a observé 32 fois dans ces dernières années des complications pulmonaires graves à la suite d'interventions diverses. 7 de ces malades sont morts dont 4 avaient été opérés pour étranglement herniaire gangréneux et 3 avaient subi la prostatectomie mais présentaient de la pyélonéphrite. Tous ces cas de complications pulmonaires ont été traités par l'injection de sérum antipneumococcique. Quelques réactions sériques ont été constatées et souvent le sérum n'a paru agir ni en bien, ni en mal, mais d'autres fois

il a donné des résultats rapides et manifestement heureux avec sensation de mieux-être, amélioration des phénomène dyspnéiques, facilité plus grande de l'expectoration, chute rapide de la température. Aussi l'auteur est-il décidé à continuer cette pratique.

M. ROUSSIEL (de Bruxelles) pense que les accidents pulmonaires ont souvent pour point de départ l'organe opéré lui-même ou le péritoine. Des grains de carmin abandonnés expérimentalement dans le péritoine d'un animal gagnent les ganglions, le canal thoracique, la veine sous-clavière, le poumon.

Avant l'intervention il faut rechercher l'acidose et la traiter. Si l'acidose persiste, l'opération est contre-indiquée.

Les sérums salé, bicarbonaté ou sucré rendent le foie plus apte à lutter contre l'intoxication chloroformique. Mais l'anesthésie de choix est l'infiltration des splanchniques et du ganglion semi-lunaire, complétée par l'anesthésie locale de la paroi.

L'auteur insiste sur la nécessité du lavage de l'estomac avant et après l'opération.

M. LOICQ (de Bruxelles) considère que la transfusion sanguine est indiquée chez tous les futurs opérés qui n'ont pas au moins 3.500.000 globules rouges ou 75 p. 100 d'hémoglobine. Il a ainsi pratiqué 25 transfusions de 250 à 500 centimètres cubes de sang citraté avec l'appareil et selon la technique de Bécart, sans un seul accident. Mais les sangs du donneur et du receveur doivent être préalablement étudiés. La transfusion chez de tels malades augmente rapidement le nombre des globules et le taux de l'hémoglobine et supprime le shock opératoire.

M. BÉRARD (de Lyon) comme tous les chirurgiens de l'école lyonnaise préfère l'éther au chloroforme. Dans les cas où l'anesthésie générale lui paraît dangereuse, il recourt à la rachi-anesthésie par injection de 4 centimètres cubes de scurocoïne ou d'allocaïne entre D^{10} et D^{12}. Il a pu ainsi opérer sans accident 22 malades atteints d'affections gastriques ou duodénales.

Pour l'auteur l'infection du poumon a le plus souvent comme point de départ la tranche gastrique et se fait par voie sanguine ou lymphatique. On a beaucoup exagéré le rôle de l'éther dans la production des accidents pulmonaires.

M. GOULLIOUD (de Lyon) emploie toujours, en chirurgie gastrique et chez l'homme surtout, l'anesthésie locale de la paroi préparée par une injection de morphine et complétée par quelques bouffées de Billroth pendant la suture de la paroi. Voici une statistique qui permet de comparer l'effet des anesthésies par inhalation et des anesthésies locales :

335 gastro ou pylorectomies ont donné 18 morts par complications pulmonaires, soit 5,37 p. 100. Or l'anesthésie générale a donné pour 183 cas, 14 morts (7,65 p. 100) et l'anesthésie locale pour 137 cas, 4 morts (2,77 p. 100). La mortalité comparée chez l'homme et chez la femme est d'ailleurs très différente. Chez l'homme on a, avec l'anesthésie générale 12,64 p. 100 de mortalité et avec l'anesthésie locale 4,44 p. 100. Chez la femme l'anesthésie générale comporte une mortalité de 3,12 p. 100 et l'anesthésie locale ne comporte aucune mortalité.

Cette statistique montre que l'anesthésie joue un rôle important comme facteur de complications pulmonaires mais cependant qu'il y a d'autres causes de ces complications car l'anesthésie locale ne les supprime pas complètement.

M. CAILLAUD (de Monte-Carlo), pense que toutes les fois que l'on ne peut faire d'anesthésie locale le mieux est de recourir à l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Mais pour donner avec ce produit une narcose de quelque durée, il est nécessaire de se servir d'un appareil spécial. L'auteur présente l'appareil qu'il a montré déjà en 1912 et qu'il a simplifié depuis.

Par cette méthode, l'intoxication est peu marquée. Le malade au réveil a une urine normale. L'urobiline n'augmente pas dans les urines. Les vomissements sont rares. Le rein n'est pas touché. Enfin cet anesthésique favorise le lever précoce.

C'est la chirurgie du tube digestif qui donne les malades les plus fatigués; c'est pour eux surtout que le chlorure d'éthyle constitue le meilleur anesthésique.

M. THÉVENARD (de Paris) qui préfère à toute autre la rachi anesthésie, emploie la cocaïne, mais une cocaïne parfaitemen purifiée. En outre il ne soustrait qu'une faible quantité de liquide céphalo-rachidien et injecte entre le 2e espace lombaire et le 9e dorsal suivant la hauteur de l'anesthésie à obtenir.

Il rejette l'anesthésie paravertébrale compliquée et assez dangereuse et à l'anesthésie locale insuffisante préfère en certains cas l'anesthésie intermittente au chlorure d'éthyle. Enfin il a renoncé au somnifène recommandé par Fredet à cause de l'agitation consécutive qu'il détermine chez les opérés.

M. BILLET (de Lille) prend la défense de l'anesthésie à la novocaïne des nerfs splanchniques. On a reproché à cette méthode d'être d'exécution difficile et d'exposer à la blessure de l'aorte ou de la veine cave. Ces reproches ne sont pas fondés. L'auteur rappelle les notions anatomiques sur lesquelles est basée la technique. On se rend compte que l'aorte et la veine cave sont protégées du contact de l'aiguille, par les corps vertébraux en avant desquels elles sont placées. Seule la veine rénale peut être atteinte. Cet accident dont il ne faut pas s'exagérer l'importance est peut-être arrivé une fois à l'auteur et ne saurait faire condamner la méthode.

M. CATHELIN (de Paris), à propos du rapport et sans prendre une part active dans une chirurgie qui n'est pas de son ressort, conseille cependant à ses collègues d'utiliser comme moyens anesthésiques en chirurgie gastro-intestinale, la *méthode des injections épidurales* qu'il a imaginée il y a plus de vingt ans dans le service de Lejars et qui est maintenant largement utilisée dans les grands services de l'étranger. Cette méthode vient de faire un pas considérable avec la découverte de Hannecart, le chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Gilles de Bruxelles qui a eu l'idée, pour obtenir une anesthésie quasi-générale d'utiliser les fortes doses, allant sans danger jusqu'à 200 centimètres cubes de scurocaïne à 1 p. 100.

Hannecart a pu ainsi faire facilement 3 gastrostomies; 9 gastro-entérostomies; 1 jéjunostomie en Y; 1 jéjuno-jéjunostomie; 9 appendicites; 1 anus iliaque, 1 résection intestinale et opérer un cas particulièrement intéressant d'occlusion intestinale.

M. Cathelin pense donc encore, comme en 1902, qu'il s'agit là d'une méthode de grand avenir parce qu'anodine et n'exposant à aucun des accidents de la rachianesthésie sous-arachnoïdienne.

M. Paul DELBET (de Paris) attache une grosse importance à l'examen de l'urine en chirurgie gastro-intestinale, car l'azotémie, à elle seule, suffit à produire un syndrome de pseudo-occlusion qu'il importe de dépister et grâce à des recherches personnelles il a pu se rendre compte que les anesthésiques généraux augmentaient l'azotémie de 0,35 à 0,50 p. 100. La détermination préopératoire de la constante d'Ambard permet donc de prévoir ce que sera l'azotémie après l'administration de l'éther ou du chloroforme.

La glycosurie à la dose de 15 grammes par jour ne contre-indique pas les opérations, mais il ne faut pas chercher à faire disparaître le sucre; en diminuant la glycosurie on provoque l'autophagie, l'acidose et on favorise le coma. Il faut laisser les malades au régime commun et leur donner des boissons sucrées.

La scopolamine est dangereuse par la dépression qu'elle produit; les anesthésiques généraux sont redoutables par les vomissements et les complications pulmonaires dont ils sont la cause; l'anesthésie locale est l'anesthésie de choix.

Le lavage de l'aire opératoire au sérum de Locke prévient le shock par résorption cellulaire. On se met à l'abri des phénomènes infectieux par l'injection préventive de sérum de Leclainche et Vallée et l'arrosage de la plaie au même sérum. Le sérum de Weinberg est indiqué après l'opération au moindre signe de réaction septique, pouls rapide, température basse.

M. RASTOUIL (de La Rochelle) passe en revue les diverses méthodes anesthésiques employées en chirurgie gastro-intestinale et indique ses préférences pour l'anesthésie locale ou régionale qui, pour être efficace, exige d'ailleurs l'action morale du chirurgien encourageant et rassurant le malade.

Il pense que le chlorure d'éthyle donne également une bonne anesthésie. Mais il rejette le somnifène qui laisse le malade endormi trop longtemps et diminue parfois considérablement la quantité des urines.

M. PAUCHET (de Paris) donne son avis sur l'anesthésie mixte, en chirurgie gastrique. Cette méthode consiste à administrer deux soporifiques successifs (scopomorphine, puis somnifène) et à pratiquer l'anesthésie locale (syncaïne à 1/100) de la paroi.

Chez les *sujets cachectiques* ou fatigués, l'infiltration de la paroi, suffit quelquefois. Le plus souvent, il est nécessaire d'y adjoindre le blocage des splanchniques.

Chez les *sujets nerveux*, ou bien entre les mains d'*opérateurs non entraînés*, surtout en cas d'ulcus adhérent, la gastrectomie nécessite l'addition d'un narcotique supplémentaire. Le somnifène peut alors rendre service. Dans ces conditions, on peut, grâce à l'anesthésie locale, employer une dose plus faible de somnifène (4 centimètres cubes).

Avec le somnifène seul, il faut, en effet, au moment de l'ouverture et de la fermeture de la paroi abdominale, ajouter quelques gouttes de chloroforme ou d'éther. L'infiltration pariétale évite cette addition. De plus, l'anesthésie locale bloque les nerfs et amoindrit le shock, suivant le principe de l'anoci-association (Crile). La dose de soporifique est ainsi légère; le malade ne conserve aucun souvenir de son opération. Cette méthode ralliera certainement la sympathie de la plupart des chirurgiens qui craignent de laisser subsister la conscience du malade, ou de rater le bloquage des splanchniques.

M. COSTANTINI (d'Alger) apporte un nouveau plaidoyer en faveur de l'anesthésie locale. Sur 50 interventions, il a utilisé successivement l'anesthésie générale, la locale, la rachidienne. Avec la première, il a constaté des accidents pulmonaires et il craint, depuis, l'anesthésie générale. La locale est ce qu'il y a de mieux, mais elle ne suffit pas pour certaines pylorectomies. C'est pourquoi l'auteur a utilisé l'anesthésie rachidienne. Il préconise, deux heures avant l'opération, une injection de 500 grammes de sérum caféiné.

M. H. LARDENNOIS (de Reims) rappelle qu'il a, le premier, au Congrès de 1909, indiqué la cause de la dilatation aiguë post opératoire de l'estomac qui est l'aérophagie. Ce tic est beaucoup plus fréquent chez les malades de l'estomac et de l'intestin qui sont des anémiés, des asthéniques présentant une tendance aux spasmes et surtout une salivation exagérée.

L'aérophagie peut être libre, quand le cardia et le pylore laissent passer les gaz qui distendent l'estomac ou bloquée quand, pour une cause quelconque, spasme ou oblitération mécanique, l'estomac ne peut se vider et c'est alors la dilatation aiguë postopératoire avec tous les accidents graves qu'elle détermine.

A côté de l'aérogastrie, il y a la distension du côlon transverse bloquée par une coudure ou un spasme de l'angle sous-splénique, aérocolie, caractérisée par l'apparition d'une tumeur sonore et douloureuse dans l'hypocondre gauche.

Avant l'apparition des signes fonctionnels graves, il existe des signes physiques très nets, l'immobilité de la voussure diaphragmatique gauche, l'abolition du murmure vésiculaire, enfin et surtout le déplacement du cœur refoulé à droite par la poche gazeuse.

Le traitement du tic aérophagique comporte : un appel à l'attention constante de l'opéré, des exercices de gymnastique diaphragmatique, l'ouverture de la bouche maintenue par un fume-cigarettes, des suppositotres belladonés, enfin l'évacuation des gaz bloqués, par le tube de Faucher.

MM. SIMON et FONTAINE (de Strasbourg) ont constaté, expérimentalement et cliniquement, que la laparotomie provoquait une chute de la tension artérielle. Cette hypotension a une double origine; il s'agit d'une part d'une hypotension lente et progressive due à l'éviscération et à l'exposition à l'air et au froid des anses intestinales; on observe, d'autre part, une série de chutes rapides et passagères, qui correspondent aux tiraillements des pédicules viscéraux. L'intensité de ce réflexe hypotenseur varie avec l'intensité de la traction exercée sur un pédicule. L'anesthésie générale l'atténue, l'infiltration cocaïnique des mésos le supprime complètement. Les auteurs en concluent, que pour éviter cette hypotension, cause du « choc opératoire » il faut opérer doucement en évitant les tractions inutiles et pratiquer l'infiltration des mésos ou l'anesthésie des splanchniques.

L'anesthésie locale avec infiltration des mésos ou l'anesthésie des splanchniques leur paraît donc être l'anesthésie de choix en chirurgie gastrique. Ils ont pratiqué ainsi : 11 résections gastriques avec une mort; alors que 28 résections faites auparavant sous narcose à l'éther leur avaient donné 7 morts. La mortalité a été nulle pour 15 gastro-entérostomies; alors que 31 exécutées sous narcose à l'éther ont donné 6,1 p. 100 de mortalité.

Le seul inconvénient que les auteurs aient observé après l'emploi de l'anesthésie locale est une rétention des selles et des gaz persistant quatre, cinq et même six jours, mais toujours bénigne.

M. DUPUY DE FRÉNELLE (de Paris) expose que lorsque l'on n'emploie pas l'anesthésie locale, ou la rachianesthésie, on doit avoir recours au chlorure d'éthyle pur donné au goutte à goutte. Lorsque celui-ci ne donne pas un sommeil assez profond, le meilleur anesthésique est le mélange qui contient 10 grammes de chloroforme pour 90 grammes de kélène.

Lorsque l'on craint une défaillance du foie, le meilleur mélange est celui qui contient un tiers d'éther pour deux tiers de chlorure d'éthyle. Ces mélanges donnés au goutte à goutte, diminuent considérablement ou suppriment le plus souvent les ennuis ou les dangers de la maladie postanesthésique.

M. AUVRAY (de Paris) insiste sur la nécessité d'une désinfection soignée de la bouche, de la gorge et du nez dans la préparation des opérés de l'estomac, sur la nécessité de les hydrater largement avant l'opération et de leur faire subir des lavages répétés de l'estomac en particulier avec de l'eau iodée.

Au sujet de l'anesthésie, qui est le point le plus discuté, l'auteur préconise toutes les fois qu'on le peut de recourir à l'anesthésie locale. L'anesthésie de la paroi suffit dans les opérations simples (gastrostomie, gastro-entérostomie) à condition de manœuvrer avec douceur, de n'exercer aucune traction brutale sur les viscères. Dans les opérations plus compliquées, on adjoindra l'infiltration des mésos à l'anesthésie locale de la paroi.

Dans certains cas, l'anesthésie mixte sera avantageusement employée; la plus grande partie de l'opération sera faite à l'anesthésie locale et pour le temps final de l'opération, on administrera quelques bouffées d'un anesthésique général.

M. PÉRAIRE, à propos de la communication de M. Auvray et du choix de l'anesthésique local, indique qu'il se sert volontiers du nikétol. Il suffit : 1° d'appliquer des compresses imbibées de la solution de niketol à 1/100 une demi-heure avant l'opération; 2° au moment d'opérer, injections sous-cutanées de la solution à 2 p. 100. Après incision péritonéale, champs opératoires trempés dans la solution à 1 p. 100 pour isoler l'intestin.

S'il y a encore légère douleur, il suffit d'injecter dans les mésos de la solution à 2 p. 100. L'anesthésie se prolonge même dans la journée.

Un grand avantage c'est que le nikétol est aseptique et non toxique.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1924)

L'hygiène de l'enfance. — M. NOBÉCOURT, au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance, insiste sur :

1° Le grand nombre d'enfants placés en nourrice pendant les premiers jours de leur existence : en 1920, sur 100 enfants placés pendant leur première année, 23 l'ont été d'un à neuf jours, 25 de dix à vingt-neuf jours, 25 de trente à quatre-vingt-dix jours. Il importe donc de faire comprendre aux mères à quels dangers cette manière de faire expose les bébés

et d'intensifier l'aide aux mères et aux familles pour éviter le placement précoce en nourrice.

2° Le fonctionnement médical trop souvent défectueux du service de protection. Un tel état de choses tient, pour une grande part, à l'insuffisance des crédits accordés par les conseils généraux, à l'inspection médicale; tant qu'il persistera, le service de protection ne pourra pas fonctionner régulièrement.

3° La difficulté de réaliser la surveillance médicale des enfants avec le placement libre actuel. Cette surveillance est plus facile et moins onéreuse avec le placement familial surveillé ou centre d'élevage qu'il convient d'encourager.

4° La difficulté ou même l'impossibilité, dans nombre de départements, du placement des enfants assistés à cause des salaires élevés demandés par les nourrices. Il est nécessaire que les prix de pension qui leur sont accordés soient relevés et mis en accord avec le coût actuel de la vie.

Résultats sociaux de trente ans de prophylaxie antituberculeuse dans une station climatique française. — M. F. Lalesque rappelle sa première communication du 19 février 1924 (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 16, p. 278). Dans cette première note, M. Lalesque, se basant sur des statistiques de mortalité par tuberculose pulmonaire, à Arcachon, de 1904 à 1924, comparées aux statistiques officielles d'autres villes de même densité, arrivait à cette comparaison : Arcachon donne une moyenne annuelle de 15 p. 10.000. Or, d'après la Commission de la tuberculose, pour villes de même importance, cette mortalité est de 26,7 p. 10.000, alors qu'une statistique plus récente établie par le docteur Pacquet l'estime à 22-23 (Congrès d'hygiène, 1923).

Restait à savoir si cette situation excellente était allée en s'améliorant depuis le début des mesures prophylactiques. Or, la mortalité par tuberculose va en décroissant.

Le fait n'est pas douteux; en effet, si on divise en quatre lustres la période de vingt années envisagée, on obtient les chiffres suivants : premier lustre 1904-1908, mortalité 17,74 p. 10.000; deuxième lustre 1909-1913, mortalité 15,45 p. 10.000; troisième lustre 1914-1910, mortalité 18,05 p. 10.000; quatrième lustre 1919-1923, mortalité 12,74 p. 10.000.

Donc, du premier au dernier lustre, décroissance manifeste (17,74 à 12,74), de même du premier au second et du troisième au quatrième. Seul le troisième fait exception, accusant une augmentation. Mais celui-ci, comprenant l'étape 1914-1918, enregistre une surmortalité, conséquence de la guerre et de l'épidémie d'influenza (1918). Tout ce qui précède met en évidence la diminution de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans la population municipale; donc bénéfices sociaux liés à trente années de prophylaxie antituberculeuse, entreprise par M. Lalesque et ses collaborateurs.

Améliorations hygiéniques à introduire dans les lieux de réunion en commun des Musulmans de l'Afrique du Nord. Utilité de créer en Tunisie une police sanitaire spéciale pour les indigènes musulmans. — M. Dinguizli rappelle sa dernière communication sur l'état déplorable de l'hygiène dans ces lieux de réunion et indique les améliorations sanitaires propres à y remédier.

Il préconise des mesures générales et des mesures spéciales pour chaque variété de lieu de réunion en commun.

Pour le bain maure, il conseille la suppression des bassins et leur remplacement par un certain nombre de baignoires faciles à nettoyer. Il faudra assurer la stérilisation des pagnes et serviettes, le linge du bain sera à l'avenir individuel. L'assainissement par l'action du soleil du matériel de couchage.

Les barbiers arabes seront tenus à l'avenir d'avoir dans leurs boutiques une petite armoire contenant des antiseptiques pour désinfecter les petites blessures accidentelles. La stérilisation des instruments, soit dans de l'eau bouillante, soit à l'aide de la flamme d'une lampe à esprit de vin, la destruction par le feu des déchets provenant du rasage des clients ainsi que la stérilisation des serviettes de toilette.

M. Dinguizli exige des cafetiers arabes le remplacement des écuelles en terre poreuse par de simples verres de table facilement nettoyables, la désinfection des tasses à café à l'aide d'eau bouillante, etc.

Il propose pour les zaouias l'interdiction aux mendiants d'en faire leur asile de nuit et la construction hors des murs des villes de baraquements où ces malheureux trouveraient un abri pendant la nuit. Il conseille l'installation de moyens de désinfection dans ces baraquements pour eux-mêmes et pour leurs hardes.

En ce qui concerne les marchands de pâtisserie arabe, l'auteur pense qu'un simple arrêté municipal suffirait pour leur faire adopter l'usage du bahut portatif que les vendeurs juifs emploient pour préserver leurs friandises de l'action néfaste des mouches et des poussières.

M. Dinguizli pense pouvoir tirer parti du phonographe en faveur de la cause de l'hygiène chez ses coreligionnaires.

Il se propose, à l'aide de cet instrument, de reproduire des conseils d'hygiène sous la forme de chansons qu'il a fait rédiger par les chansonniers et les poètes populaires arabes, et espère beaucoup de ce mode nouveau de propagande, sans préjudice bien entendu des affiches.

Afin que ces suggestions puissent devenir réalité, M. Dinguizli demande à l'Académie son appui pour obtenir du gouvernement du Protectorat la création d'un organisme administratif sous la forme d'une inspection spéciale dans les attributions de laquelle seront centralisées et mises à l'étude toutes les questions concernant l'hygiène particulière aux indigènes musulmans.

Étude de quelques formes rares de la grossesse tubaire. — M. Auvray. A côté des formes banales de la grossesse tubaire, il est un certain nombre de formes rares que M. Auvray étudie : la grossesse interstitielle dont il n'a observé sur un grand nombre de grossesses extra-utérines opérées par lui que deux exemples; la grossesse de la frange ovarienne; la grossesse développée dans une trompe accessoire; la grossesse développée dans des moignons de trompes incomplètement extirpées dont il rapporte un cas personnel et pour la pathogénie de laquelle il admet qu'au bout d'un temps plus ou moins long la trompe ligaturée est redevenue perméable; on sait, en effet, aujourd'hui que la perméabilité d'une trompe ligaturée peut se rétablir; la grossesse développée dans des trompes partiellement réséquées et dont les deux bouts sectionnés ont été ensuite suturés; la grossesse tubaire bilatérale; la grossesse tubaire gémellaire; la grossesse tubaire coexistant avec une grossesse normale utérine dont il a également observé un cas dans lequel la grossesse tubaire aboutit à la production d'une hématocèle pelvienne et fut suivie à courte distance de l'expulsion de l'œuf utérin.

Traitement de la main bote. — M. Rouvillois.

La pectine et ses effets hémostatiques. — M. Violle.

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Henri Vallée; en seconde ligne, ex æquo, MM. Breton, Brocq-Rousseu, Césari, Maignon, Nicolas.

Au premier tour, M. Vallée, ayant obtenu 63 voix sur 69 suffrages exprimés, est proclamé élu.

Élection d'un membre correspondant national dans la cinquième division : M. Cadéac (de Lyon) est élu.

Élection de deux membres correspondants étrangers dans la cinquième division : MM. Mac Fadyean (de Londres) et de Jong (de Leyde) sont élus.

— En raison de l'anniversaire de la Victoire qui aura lieu mardi prochain, 11 novembre, la séance de l'Académie aura lieu le lundi 10 novembre (1).

RENSEIGNEMENTS

(1) Il serait à souhaiter qu'il y fît plus chaud qu'au cours de ces deux dernières séances. — A quand le calorifère ?

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE MERCREDI 26 NOVEMBRE 1924

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant l'année 1925.

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	40 000 f.
2e —	*Id. Id.*	40 000
3e —	*Gants ou doigtiers en caoutchouc.*	150 000
4e —	*Articles de caoutchouc*	60 000
5e —	*Tétines et obturateurs*	50 000
6e —	*Thermomètres*	80 000
7e —	*Articles divers*	10 000
8e —	*Seringues en verre*	170 000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 14 novembre 1924, avant 16 heures.

Vente Palais, 10 déc. 24, 2 h., SUPERBE PROPRIÉTÉ

LA CELLE ST-CLOUD (S.-et-O.). Cce 25.000 m. env. *2 mais. hab.* 19 ch. de maîtres, 16 cab. toil., 10 s. de bains, 10 w. c., 19 ch. domest., gaz, élect., calorif., eau chaude dans t. maisons, téléph. Garages, écurie. *Parc Roseraie, tennis. 3 pavillons* dans parc. *Vue sup., air tr. pur. Alt. 160 m. Conv. mais. santé ou pens. fam. Faculté repr. prix avant. beau mobilier. M. à pr., 800.000 fr.* S'ad. pour rens. et perm. visiter à Mes François, *Ferté, Danet, Gautier, Lamare*, avoués à Paris; Mes *Pierre* Delapalme, *Bertrand Taillet*, notaires à Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 8 novembre. — Questions données : « Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Symptômes et diagnostic de l'obstruction calculeuse du cholédoque. »

MM. Delagenière, 21 ; Wolff (André), 20 ; Mlles Wolff (Fannie), 17 ; Cros, 25 ; MM. Kenzinger (Jean), 24 ; Lifschitz, 16 ; Chazel, 23 ; Crama, 19 ; Boiffin, 17 ; Darré, 18.

Séance du 9 novembre. — Questions données : « Diagnostic des sténoses pyloriques. — Symptômes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. »

MM. Flandrin, 18 ; Sarles, 21 ; Launay, 26 ; Tournilhac, 21 ; Burnouf, 15 ; Mlle Hébert, 24 ; MM. Lecœur, 28 ; Dublineau, 15 ; Büsser, 20 ; Leblecq, 18.

CURE MARINE. CROISIÈRES DE DÉMONSTRATIONS POUR LE CORPS MÉDICAL. — Les croisières de démonstrations organisées sous le patronage de l'Association de la Presse médicale française continuent à des prix spéciaux pour le corps médical.

Compagnie Havraise Péninsulaire. — Croisières du Havre-Oran-Alger-Marseille. Prix ordinaire : 800 francs.

Prix spécial pour la croisière médicale : 700 francs.

Durée du voyage : Une quinzaine environ.

Compagnie des Messageries Maritimes. — Marseille-Naples-Messine-Malte-Le Pirée-Constantinople-Smyrne-Rhodes-Beyrouth-Caïffa-Jaffa-Port-Saïd-Alexandrie.

Prix spécial pour la croisière médicale : 2.500 francs.

Durée du voyage : Trente jours.

Compagnie Générale Transatlantique. — Saint-Nazaire-Santander-La Corogne-Saint-Jacques-de-Compostelle-La Corogne-Santander-Saint-Nazaire.

A bord des grands paquebots de luxe : Cuba et Espagne.

Prix médical : 1.300 francs, excursions comprises.

Voyage au Maroc, excursions comprises.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Loir : 12 bis, rue de Caligny-Le Havre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades.) — M. le docteur Mathieu, agrégé, commencera un cours de clinique chirurgicale infantile le mardi 11 novembre 1924, à 10 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

M. le docteur Mathieu fera la leçon du mardi et M. le docteur Ombrédanne celle du vendredi.

— COURS DE CLINIQUE UROLOGIQUE. (Clinique Guyon. Hôpital Necker.) — M. le professeur Legueu commencera ses leçons le mercredi 12 novembre 1924, à 11 heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 h. ; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h., avant la clinique.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité.) — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques, le mercredi 12 novembre 1924, à 11 h., à l'hôpital de la Charité.

— CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Henri Mondor, agrégé, commencera ce cours le jeudi 13 novembre 1924, à 17 heures (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Affections chirurgicales de l'appareil digestif. »

Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de quatrième année.

— COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. (Hôpital de la Pitié.) — M. le professeur H. Vaquez commencera son cours de clinique thérapeutique, à l'amphithéâtre du service, le jeudi 13 novembre 1924, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Tous les jours, à 9 h. 1/2 du matin, visite dans les salles. Le

samedi, policlinique, avec présentation de malades. Le vendredi, à 10 h. 1/2, conférences de sémiologie, par M. le docteur Aubertin, agrégé.

Sujet du cours : « Les affections vasculaires et leur traitement. »

— CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES. (Hôpital Claude-Bernard. Porte d'Aubervilliers.) — M. le professeur Pierre Teissier commencera ses leçons cliniques le vendredi 14 novembre, à 10 h. 1/2.

COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire commencera ce cours le jeudi 13 novembre à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Il le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Leçons théoriques à la Faculté aux jours sus-indiqués. Leçons cliniques, les deuxième et quatrième mardis du mois à l'hôpital de la Pitié, à 9 h. 3/4.

Le sujet sera annoncé d'avance. Opérations orthopédiques les samedis à 10 h.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Maurice Grivot, chef de service, commencera le jeudi 13 novembre 1924, à 10 heures, une série de quinze leçons sur les maladies du nez, du pharynx, du larynx, des bronches et de l'œsophage, avec la collaboration de MM. Rouget, Ramadier, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Louis Leroux et Teldstein, assistants du service.

Le cours aura lieu le mardi, jeudi, samedi, à 10 heures, et comprendra : 1° une consultation expliquée d'une heure avec examen de malades et pratique des techniques spéciales; 2° une leçon conçue dans son sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire auprès du docteur Louis Leroux, assistant du service. — Droit d'inscription : 200 francs.

HOPITAL BROUSSAIS. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL. — M. le docteur H. Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Tous les matins, enseignement des stagiaires. Première conférence le vendredi 14 novembre 1924.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY. — LABORATOIRE D'HYDROLOGIE. — Un cours de perfectionnement d'hydrologie et climatologie, renouvellement de celui professé en 1923-1924, sera fait, à partir du 12 novembre 1924, au laboratoire d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy, 30, rue Lionnois. Trois cours seront faits par semaine les mardis, mercredis, vendredis, à 18 heures. Il y aura quarante séances.

Ces cours sont réservés aux médecins, aux étudiants en fin d'études, aux ingénieurs et administrations des stations.

L'inscription est gratuite, sous réserve de l'acceptation de la Faculté et d'un engagement d'assiduité. Un certificat d'assiduité sera délivré aux élèves de ce cours.

S'adresser, pour renseignements et inscriptions, au professeur agrégé Perrin ou à son préparateur, au laboratoire d'hydrologie.

Un cours pour masseurs et autres aides des médecins dans les stations sera fait au printemps prochain, comme le cours analogue de mai 1924.

Les enseignements seront donnés par MM. Spillmann, Simon, Macé, Pierre Parisot, Etienne, Lambert, Robert, Pierre Mathieu, Imbeaux, Mutel et Perrin, sous le patronage de l'Institut d'hydrologie et climatologie de Paris (Collège de France) et de l'Université de Nancy.

INFIRMERIE SPÉCIALE. — CONFÉRENCES PSYCHIATRIQUES. M. le docteur G. G. de Clérambault, médecin chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police (3, quai de l'Horloge), fera chaque jeudi, à 15 h., des présentations de malades mentaux avec conférence.

Première séance le jeudi 13 novembre 1924.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Em. Wertheimer (de Lille).

REVUE DES THÈSES

Considérations sur la maladie de Volkmann (1),
par H. FRUCHAUD-BRIN.

Cette affection a été l'objet dans ces dernières années de nombreuses publications, elle a été mise à l'étude du IIe Congrès de la Société française d'orthopédie (Rapport de M. Dénucé, octobre 1920). Tous ces travaux, loin d'éclairer la question, l'ont obscurcie en élargissant le cadre de la maladie. C'est ce que l'auteur met bien en relief en distinguant deux classes de faits :

1° Ceux de maladie de Volkmann proprement dite consécutifs à une constriction de l'avant-bras « ayant entraîné immédiatement des troubles circulatoires évidents » et consécutivement « une griffe par rétraction fibreuse des fléchisseurs, muscles sclérosés, non paralysés »; toutes les parties molles de l'avant-bras sont intéressées, mais les lésions des muscles et les troubles circulatoires semblent plus importants que les lésions nerveuses.

2° Des cas dans lesquels le syndrome de Volkmann a une étiologie différente. Telles les myosites rétractiles résultant « d'une momification ischémique du muscle après suture artérielle ». Telles les myosites rétractiles par troubles trophiques d'origine nerveuse après blesusre d'un nerf (surtout les blessures du cubital compliquées de névrite).

L'auteur a recherché pourquoi la compression de l'avant-bras frappait d'ischémie d'une façon élective les fléchisseurs. Une étude anatomique précise montre que c'est « le groupe musculaire le moins bien vascularisé de l'avant-bras ».

Le traitement, orthopédique dans les cas légers, devra être chirurgical dans les cas graves et anciens : la résection de plusieurs centimètres des deux os de l'avant-bras suivi d'ostéosynthèse en bonne position donne d'excellents résultats. L'auteur en rapporte une observation personnelle, et une de M. Ombrédanne avec la technique particulière de cet auteur.

Si cet intéressant travail n'éclaire pas encore toute l'histoire de cette mystérieuse affection; il apporte déjà un peu de clarté dans son histoire, préparant la voie à de nouvelles études.

M. LANCE.

(1) *Th. de doct. Paris*, 92 pages, 10 planches. — Paris, L. Arnette.

HÉRÉDO-SYPHILIS NERVEUSE TARDIVE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

En présence d'une hémiplégie ou d'une diplégie infantiles, d'un arrêt de développement physique ou intellectuel, d'une épilepsie dite essentielle survenue chez un jeune enfant, il est classique, aujourd'hui, de songer à l'hérédosyphilis et d'orienter dans ce sens toutes recherches d'ordre clinique et biologique. Pourquoi ne pas raisonner de même lorsqu'il survient, chez un grand enfant, des accidents nerveux tels que convulsions, monoplégie spasmodique, parésies ou paralysies oculaires ? Pourquoi ne pas chercher toujours et partout, à l'exemple du professeur Fournier, la spécificité ? Dans bien des cas, de bons arguments montrent qu'elle est en cause. C'est ce que contribuent peut-être à prouver les quelques observations qui suivent.

* *
*

OBSERVATION I. — Paul X..., vingt et un ans, étudiant, souffre depuis quelques mois, de troubles nerveux multiples : insomnie, « brouillard devant les yeux », dysarthrie temporaire, inégalité d'humeur, avec « périodes d'enthousiasme et instants de mollesse ». Il a toujours souffert de la tête, mais beaucoup plus dans ces derniers temps. Tout jeune, il a peut-être eu des convulsions. En tout cas, il est très sujet aux « vertiges », avec perte de connaissance et forte céphalée consécutive. Il ne peut dire si, à ces moments, il urine sous lui ou s'il se mord la langue.

Il va consulter le professeur Letulle qui, remarquant le fort volume de la boîte cranienne, comme l'existence d'exostoses frontales manifestes, fait faire, par M. Bergeron, une réaction de Wassermann qui se montre positive. Il est mis aussitôt aux injections intraveineuses de cyanure qui déterminent une amélioration rapide : la céphalée s'atténue, les crises s'espacent et bientôt disparaissent. La réaction de Wassermann, après avoir été douteuse, finit par devenir négative.

Etat actuel. — On constate, chez le malade, les symptômes suivants :

1° Exostoses frontales bilatérales, encore très apparentes, malgré le traitement.

2° Augmentation de volume du crâne, caractéristique d'une hydrocéphalie ancienne.

3° Divers stigmates dystrophiques : développement physique insuffisant ; petite taille (1m59) ; petit volume des testicules, etc.

4° Induration légère du sommet droit datant de 1913, sans grand retentissement sur l'état général, n'évoluant pas, et qui, elle aussi, semble améliorée par le traitement spécifique.

Il n'existe aucun symptôme nerveux organique.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — La mère du malade est bien portante, quoique délicate, mais son père a contracté autrefois la syphilis. Il a trois frères bien portants.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles : il n'a plus de crises nerveuses et va si bien qu'il a pu se marier il y a deux ans.

OBS. II. — Marie X... vingt et un ans, souffre depuis quelques mois de « syncopes » dont les premières sont survenues à l'occasion des règles. Elles débutent par un vertige : la malade perçoit des bourdonnements d'oreilles, pâlit, puis perd connaissance. D'après l'entourage, elle tombe, se débat et semble sur le point d'étouffer. Après la crise, « sommeil de plomb ». Quand elle revient à elle, elle ne se rappelle rien. Nous n'avons pas eu de renseignements nets sur l'existence ou l'absence d'urination involontaire au moment de la crise. Dans l'intervalle, variabilité d'humeur, fatigabilité, diminution légère des facultés critiques.

Les parents sont notoirement spécifiques, le père ayant contracté la syphilis et l'ayant aussitôt transmise à sa femme. Celle-ci a eu maints accidents : céphalées, etc., et a été soignée par les injections de cyanure de mercure.

OBS. III. — Jacques L..., dix-neuf ans, se plaint de troubles nerveux datant de deux ans, et consistant en vertiges, céphalées et somnolence, et que sa famille attribue au surmenage intellectuel.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Son père est atteint, depuis quelques années, d'hypertension, laquelle s'est compliquée d'hémorragie rétinienne. Sa mère et ses deux sœurs sont bien portantes. Lui-même est venu au monde à terme, mais la naissance s'est faite dans de mauvaises conditions. Il a souffert de crises convulsives à neuf mois et a toujours été très nerveux.

Hérédité de la mère. — Il a déjà consulté divers ophtalmologistes, qui n'ont trouvé aucun signe de tumeur cérébrale ni de syphilis nerveuse, pour des « vertiges » qui surviennent brusquement et s'annoncent par des « points noirs dans la vue » ; par une grande diminution de force et par de la pâleur. Le malade *ne croit pas* tomber à terre, uriner sous lui ou se mordre la langue. En réalité, tant que dure la crise, il perd complètement connaissance.

Etat actuel. — Chez ce jeune sujet, une seule raison de penser à la syphilis, l'existence d'une *exostose frontale* droite.

OBS. IV. — X..., vingt ans, présente : 1° Des adénopathies tuberculeuses multiples : cervicales, médiastinales, mésentériques pour lesquelles il a fait plusieurs saisons à Saint-Gervais ; 2° des crises comitiales typiques, survenant presque toujours la nuit. Bien qu'on ne trouve chez lui aucun signe d'hérédosyphilis, il est bien certain que cette infection est en cause puisque le père est un ancien spécifique. D'ailleurs, un traitement arsenical prudent a semblé exercer sur ces crises, comme sur les adénopathies, une influence des plus favorables.

Voilà quelques observations d'épilepsie très vraisemblablement en rapport avec une hérédosyphilis tardive. Et voici deux cas de monoplégie spasmodique du membre inférieur produite par la même cause.

OBS. V. — René X..., quatorze ans, vu le 21 février 1924. Ses parents trouvent qu'il est un peu arriéré et que, depuis peu, il traîne la jambe gauche.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Ses parents sont bien portants, ainsi que deux sœurs plus jeunes. Sa mère a fait une fausse-couche de six mois. Il est né à terme à la suite d'une bonne grossesse mais n'a marché qu'à vingt-deux mois. Il a parlé tard. De tout temps, il a eu un caractère difficile. A l'école, il apprend avec peine. Il n'a jamais eu de crises nerveuses.

Etat actuel. — Il présente des symptômes nombreux et de divers ordres :

Obésité, avec très petit développement des testicules : monoplégie du membre inférieur gauche, avec, de ce côté, trépidation spinale ; exagération générale des réflexes, et signe de Babinski bilatéral ;

Léger signe de Romberg ;

Lenteur de l'idéation ;

Phénomènes oculaires, au sujet desquels M. Dupuy-Dutemps nous a remis la note suivante :

Pupilles. — Inégales, la gauche plus large. Des deux côtés absence du réflexe photo-moteur, contraction à la distance à peine sensible. Réflexe de Galassi (pupillo-palpébral) conservé, donc signe d'Argyll-Robertson très net.

Des deux côtés :

a. *Atrophie spéciale de l'iris*, intéressant uniformément toute l'étendue de l'iris.

b. *Parésie de l'accommodation* (de 1,5 dioptries environ).

c. *A l'ophtalmoscope* : Décoloration légère, mais nette des deux papilles optiques, plus accusée à *gauche*, avec atrésie des vaisseaux rétiniens.

Acuité visuelle : Œil droit V = 1/2 ; œil gauche V = 1/3 faible.

Champ visuel d'étendue normale.

Perception des couleurs correcte.

Obs. VI. — L... seize ans, vu le 24 mars 1924, pour monoplégie spasmodique gauche, avec exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski, etc.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — La mère est morte éthylique. On n'a pas de renseignements sur le père.

Le sujet est né à terme; il a commencé à parler et à marcher à l'heure habituelle. Sa santé générale est bonne.

Hérédité de la mère. — Depuis quelques mois, il traîne la jambe gauche. On l'a, pour cette impotence non douloureuse, conduit à l'hôpital Bretonneau, où les chirurgiens ne lui ont trouvé aucun signe de coxalgie.

Etat actuel. — En dehors de sa monoplégie spasmodique, on constate chez lui :

Une réaction de Wassermann fortement positive pour le sang;

Les signes oculaires suivants (de Lapersonne) :

Œil droit : normal, légère myopie;

Œil gauche : mydriase, perte du réflexe lumineux, parésie de l'accommodation.

Pas de lésions du fond de l'œil.

***

De ces sept observations où le rôle de l'hérédosyphilis ne paraît guère douteux, quelles conclusions tirer?

1° L'épilepsie dite essentielle survenant chez un grand enfant ou chez un adolescent reconnaît souvent pour cause l'hérédosyphilis, agissant vraisemblablement par l'existence d'exostoses portant sur la table interne et que révélerait peut-être une bonne radiographie, comme dans les cas de MM. Cottenot et André Léri;

2° Contrairement à ce qu'il est classique d'admettre depuis Dean, la réaction de Wassermann, chez ces sujets, est souvent positive pour le sang, et ce, même sans réactivation préalable;

3° Les stigmates dystrophiques, les anciens « stigmates de dégénérescence » sont très fréquents chez de tels malades;

4° Fréquente aussi, chez eux, l'existence d'une tuberculose de type atténué, pulmonaire ou ganglionnaire;

5° Leurs crises comitiales sont parfois grandement améliorées par le traitement spécifique;

6° Les monoplégies spasmodiques localisées à l'un des membres inférieurs que nous avons observées deux fois rappellent les paraplégies spasmodiques hérédosyphilitiques observées chez les grands enfants par M. Marfan; elles s'accompagnent de signes oculaires révélateurs : inégalité et irrégularité pupillaires, signe d'Argyll-Robertson, etc.

ACTUALITÉS

LA CURE DE DÉSINTOXICATION

Actuellement on entend beaucoup parler de jeûne. C'est une très vieille pratique; presque toutes les religions l'ont imposé à titre de pénitence et de mortification. Mais, entre le jeûne ancien et rituel et le jeûne nouveau et thérapeutique, il y a une grande différence : carême, quatre-temps et vigiles pas plus que Ramadan ne commandent une privation absolue de nourriture; il s'agit seulement d'une restriction plus ou moins considérable d'aliments, portant plus sur leur qualité que sur leur quantité, ou bien d'une certaine limitation dans les heures pendant lesquelles il est permis de prendre un repas. Au contraire, le jeûne thérapeutique exige une abstention complète de toute espèce d'aliments, solides et liquides, associée à quelques prescriptions complémentaires qui varient du reste suivant les auteurs. C'est à ce jeûne que l'on attribue d'éminentes propriétés palliatives et curatives.

Remarquons que le jeûne absolu a été de tout temps en usage, même au point de vue médical; Hippocrate, Galien et Pline en parlent avec éloges; les praticiens du XVIe et du XVIIe siècle y recouraient, en même temps qu'aux boissons abondantes, aux purgations, aux lavements et aux saignées. Tout récemment, nous avons vu la série des jeûneurs professionnels, Tanner, Succi, Merlatti et d'autres, et nous assistons, ici et là, à des « grèves de la faim ». En réalité, on n'a pas tiré des observations contemporaines tout le parti qu'on pouvait. Jeûneurs professionnels et « grévistes » de circonstance, gens d'ordinaire bien portants, n'ont fourni aucune indication frappante aux médecins, lesquels d'ailleurs se sont souvent montrés extrêmement sceptiques à l'égard de ces expériences, car ils n'admettaient pas qu'un homme pût prolonger, pendant vingt, trente jours et davantage, une telle abstinence sans que, de quelque manière, la fraude intervînt. Tout au plus arriva-t-on à concevoir que nous pouvons résister un peu plus longtemps qu'on ne le croyait à la privation d'aliments. Le premier qui reconnut les avantages thérapeutiques du jeûne fut, il y a une quarantaine d'années, un américain, le docteur E. H. Dewey, mais c'est à un médecin italien exerçant à Paris, le docteur G. Guelpa, qui ignorait probablement les recherches de son devancier, qu'appartient le mérite d'en avoir fixé la technique et posé les indications essentielles.

***

Les communications inaugurales de Guelpa à la Société de thérapeutique et à la Société de médecine de Paris datent de 1908; elles avaient trait au traitement du diabète. Leur auteur affirmait que des cures répétées de deux, trois ou quatre jours de jeûne absolu avec purgation quotidienne, séparées par une ou deux semaines d'alimentation restreinte et à prédominance végétale, non seulement font disparaître rapidement la glucosurie, mais encore guérissent ses complications les plus sérieuses et notamment la gangrène. Ces affirmations ne furent pas reçues sans protestations et les arguments les plus irréfutables en apparence, se dressèrent contre cette méthode révolutionnaire. Cependant il fallut bientôt se rendre à l'évidence. Peu de temps après la communication de Guelpa, MM. Albert Robin et Bardet reconnaissaient, à la Société de thérapeutique, les effets remarquables de la cure de jeûne et de purgation dans le diabète, et d'autres cliniciens ne tardèrent pas à abonder dans le même sens Peut-être l'idée était-elle dans l'air. En tout cas, Guelpa trouva bien vite des imitateurs et il est inutile de rappeler que le procédé antidiabétique d'Allen, étudié à l'Institut Rockefeller de New-York, utilise également le jeûne absolu, tout en permettant une petite dose d'alcool et en supprimant la purgation. Aujourd'hui les auteurs les plus classiques, comme M. Labbé, admettent l'action bienfaisante du jeûne systématique chez les diabétiques et certains vont jusqu'à penser que, chez les diabétiques gras, sans dénutrition avancée, même s'ils présentent une légère acidose (l'acidose du jeûne n'est pas identique à l'acidose diabétique), la cure est aussi efficace et moins dangereuse que le traitement par l'insuline.

Toutefois, dans la conception peu à peu précisée de GUELPA, le traitement du diabète ne représentait qu'une des applications de sa méthode. Celle-ci, pour lui, constituait un moyen général de désintoxication de l'organisme. Influencé sans doute, par les idées de Ch. BOUCHARD, il considérait beaucoup de maladies comme résultant d'un « encrassement » de nos tissus; le jeûne et la purgation ont donc pour but de faciliter l'élimination des poisons et des déchets qui encroûtent nos organes et nuisent à leur jeu. Par suite, il devait employer sa méthode dans tous les cas où se révèlent l'intoxication générale et l'encombrement des tissus, non seulement dans le diabète, mais aussi dans la goutte chronique et le rhumatisme déformant, dans l'obésité toxique, certaines névralgies, les entérites chroniques et les entéro-colites liées à des névroses du plexus solaire (A. MATHIEU, G. LEVEN), l'athérome et les dilatations de l'aorte, dans certaines affections nerveuses, surtout l'épilepsie (MARIE), dans les intoxications chroniques comme le morphinisme (JENNINGS), dans les toxi-infections consécutives aux grands traumatismes, dont on a vu tant d'exemples pendant la guerre, et enfin dans les tumeurs malignes, où la cure paraît tout au moins affaiblir l'action cachectisante des poisons cancéreux. Notons aussi que maints chirurgiens se sont bien trouvés de prescrire, *avant* l'intervention opératoire, quelques jours de jeûne qui semblent atténuer les effets toxiques de la narcose. Assurément, le succès n'a pas été constant, mais il s'est quelquefois attesté inespéré, puisque certains des malades qui se résignaient à employer le procédé de GUELPA étaient des malades abandonnés, qu'aucun traitement n'avait améliorés et qui cependant, tout à coup, allaient beaucoup mieux ou même guérissaient sous l'influence de la purgation et du jeûne méthodiques.

* * *

Le docteur Marcel NATIER (de Paris), bien connu par ses travaux sur les maladies de l'audition et qui a été un des grands initiateurs de la gymnastique respiratoire, fut l'un des premiers disciples de GUELPA et est demeuré son grand admirateur. Il a raconté, dans un article de la *Médecine internationale* (novembre 1922), comment il avait été converti, en 1911, à la cure de désintoxication. L'application qu'il en fit à lui-même et à quelques-uns de ses clients ne manqua pas de lui démontrer ses heureux effets. Mais comme tous les néophytes il étendit et développa la méthode de son maître. Tout d'abord, ayant constaté que le jeûne de deux, trois ou quatre jours ne suffisait pas constamment, même renouvelé, à dissiper les troubles d'origine toxique, il en allongea la durée et, sur la demande même de ses malades qui en éprouvaient un réel soulagement, le porta à huit, dix, quinze jours et plus, suivant les circonstances; en second lieu, il limita aux premiers jours de la cure la purgation quotidienne, qu'il remplaçait ensuite par de simples lavements; enfin il donna des règles précises pour déterminer le moment où il convient d'interrompre le jeûne et de revenir à l'alimentation mixte restreinte. Tant que la désintoxication n'est pas complète, le jeûne est bien supporté et permet au patient de vaquer à ses affaires; on juge que la désintoxication est achevée à son aspect transformé, somatiquement et psychiquement, à son euphorie et à l'apparition de la faim, qui n'était pas ressentie auparavant. Cette cure doit être recommencée, après un intervalle de repos suffisant, jusqu'à amélioration définitive et même, si besoin est, périodiquement. NATIER a ainsi soigné, avec un succès déconcertant, un grand nombre de malades, obèses, surmenés, migraineux, asthéniques et ce vaste groupe des *hyperrhéiques* et des *hyporhéiques* que MAUREL (de Toulouse) rattachait nettement à l'arthritisme, coryza vaso-moteur et ozène, catarrhes, séborrhée, sudation exagérée, diarrhées intermittentes, constipation, etc., toutes maladies qui répondent, soit à des flux d'élimination, soit, au contraire, à une rétention de poisons. Certaines toxi-infections et notamment la furonculose et l'érysipèle se sont également très bien trouvées de ce traitement. Par suite du repos que l'abstinence impose aux organes digestifs, NATIER l'applique aussi à l'ulcère gastrique et duodénal, à propos duquel L. MAGLIONI [de Buenos-Ayres] (1), atteint de cette affection, a fourni la preuve des bons effets d'un jeûne absolu de trente-sept jours. Enfin, dans certains états mentaux dépressifs, dans ce que notre auteur appelle pittoresquement le « cancer moral » parce qu'il ronge et absorbe l'énergie psychique et la détourne de la vie active, la cure entraîne une augmentation progressive de la tension psychologique et le retour à une existence intellectuelle normale. L'heureuse influence du jeûne a enfin amené NATIER à l'étude des centenaires et à la recherche des conditions qui permettent une existence prolongée et il a été par là conduit à reconnaître que, généralement, les gens qui vivent le plus vieux sont effectivement très sobres, mangent extrêmement peu et présentent un état prononcé de maigreur.

* * *

Tels sont, en gros, les faits. On en trouvera le détail dans les ouvrages de GUELPA, les communications de NATIER à la Société de médecine de Paris et les travaux de divers auteurs, A. MARIE, CARRIÈRE, SIBALD, DELORT, WEISSMANN-VAÏAN, etc. Il serait aussi illégitime de les nier que de voir dans la cure de désintoxication une panacée capable de juguler toutes les maladies. Comme les autres, cette cure a ses indications, en dehors desquelles il ne faut pas s'attendre à des résultats certains. D'ailleurs, dans les limites de ses indications, elle peut ne pas toujours parfaitement réussir, parce qu'il n'y a qu'un très petit nombre de maladies dont nous connaissions assez le mécanisme pathogénique pour y appliquer ce traitement en toute sûreté et que, au surplus, l'intoxication amène souvent des lésions permanentes contre lesquelles la cure devient inopérante. Nous devons pour terminer nous demander si nous sommes en présence de constatations empiriques ou bien si la cure de jeûne et de purgation possède une base réellement scientifique.

Les recherches des physiologistes sur les animaux inanitiés et les jeûneurs professionnels ont établi que l'histolyse porte d'abord sur les réserves, mais aussi sur les éléments tissulaires les moins résistants, vieillis ou lésés. C'est pourquoi le foie et les reins, organes particulièrement exposés, perdent, dans un temps donné d'abstinence, beaucoup plus de poids que les muscles et le cerveau. Ceci est

(1) L. BABONNEIX. Les trente-sept jours de jeûne de Maglioni. Auto-expérience, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 20, p. 306.

parfaitement en accord avec ce qu'avait constaté W. Roux dans la lutte des parties de l'organisme : quand un organe s'hypertrophie, il le fait aux dépens de l'organe le plus faible et non aux dépens de tous; de même quand un organisme est obligé de se nourrir sur son propre fonds, il utilise d'abord les cellules les moins fortes, à l'aide desquelles il s'entretient. L'autophagie des jeûneurs a donc pour effet de débarrasser les tissus des déchets divers qui gênent leur fonctionnement et c'est pourquoi la cure de désintoxication est aussi, comme le disait Guelpa, une sorte de cure de rajeunissement. On peut, en outre, admettre que, dans les toxi-infections la modification du terrain découlant de cette épuration devient défavorable aux microbes et les rend plus sensibles à l'agression des phagocytes. Quoi qu'il en soit, ces matières usées et brûlées sont ensuite éliminées, car le coefficient urotoxique des personnes soumises au jeûne thérapeutique est d'abord très élevé, puis diminue peu à peu; on s'explique par suite la nécessité des boissons abondantes (un et deux litres d'eau par jour) au cours de ce jeûne.

D'autre part les putréfactions intestinales et la résorption de leurs poisons semblent jouer un rôle important dans l'éclosion de beaucoup de troubles morbides et contribuer à aggraver ceux qui dérivent d'une autre cause. Il est donc indiqué de vider soigneusement l'intestin dès le début, pour couper court à ces putréfactions et à leurs conséquences, à quoi répond la purgation quotidienne des premiers jours de la cure et les lavements subséquents. Mais la purgation a une autre raison d'être; elle draine en effet puissamment les poisons circulants et soulage ainsi le rein dans ses fonctions éliminatrices. Pratiquer le jeûne sans recourir simultanément à la purgation revient à retarder les effets de la désintoxication et même à les gêner. La cure de désintoxication ne saurait donc être complète et répondre à son but que par l'association indispensable du jeûne et de la purgation. Ce point de vue paraît avoir échappé à certains auteurs, notamment à Allen, qui n'a jamais compris l'importance qu'il faut attacher au nettoyage de l'intestin.

Devant me borner ici à un simple exposé, je ne puis discuter les âpres critiques qu'a soulevées la cure de désintoxication. Beaucoup sont purement théoriques et ne résistent pas à l'expérience. Aucune ne peut invoquer un argument qui contredise son emploi raisonnable dans les limites définies de ses indications. Son seul inconvénient est le fait de ses zélateurs qui abusent parfois du jeûne ou l'appliquent mal à propos. Encore qu'inoffensive quand elle est bien maniée, la cure de désintoxication ne saurait être indéfiniment prolongée sous prétexte que les résultats qu'on en attendait n'ont pas été obtenus. La résistance à l'abstinence n'est tout de même pas sans limites et c'est à vouloir les dépasser qu'on risque de déconsidérer une méthode intéressante et qui paraît riche de promesses.

J. LAUMONIER.

Les Chorées, par le docteur Léon Babonneix, médecin de la Charité. Un vol. in-16, avec 34 fig. (Bibliothèque des Connaissances médicales, dirigée par le docteur Apert.) — Prix : 12 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

Autour du drame vénérien, par le docteur Henri Mathias. In-8 de 15 figures. — Prix : 20 fr. — Paris 1924, A. Maloine et fils.

XXXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (1).]

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Pathologie générale.

Importance de la bactériémie dans les infections chirurgicales. — M. Libman (de New-York).

A propos de la rachianesthésie. — M. Spehl (de Bruxelles).

De l'emploi du chlorure d'éthyle (kélène) comme anesthésique de choix en chirurgie générale. — M. Coudray (de Nogent-le-Rotrou). L'anesthésie générale au kélène s'est encore peu généralisée, du moins pour les opérations d'une certaine durée. Pourtant, nombreux sont les avantages du kélène : réveil rapide, rareté des vomissements, disparition des accidents dus à des altérations viscérales.

Les critiques adressées à la méthode sont : la brutalité de l'anesthésie, la cyanose du visage, la mauvaise qualité de l'anesthésie, les difficultés techniques de l'administration du kélène, l'impossibillté de pratiquer avec lui des interventions de longue durée, enfin, l'hypotension artérielle qu'il détermine.

Seule, cette dernière critique est justifiée. On peut y remédier par l'administration rectale goutte à goutte, aussitôt après l'opération, de sérum glucosé avec XL gouttes d'adrénaline.

Le kélène doit être donné goutte à goutte, avec un appareil tel que le doséthyleur, d'abord lentement, le sommeil ne devant pas être obtenu avant cinq ou six minutes. L'injection préalable de scopolamine-morphine est très recommandable. De même, le tube de Mayo régularise le sommeil et évite la cyanose. Enfin, il est bon de soulever le masque de temps en temps, pendant une inspiration, pour faire respirer un peu d'air pur au malade.

Le kélène pur permet la plupart des interventions courantes : hernie, appendicite, kyste de l'ovaire, hystéropexie, opérations gastro-intestinales. Pour l'hystérectomie, et les interventions qui nécessitent un silence abdominal absolu, il faut lui associer le chloroforme, dans la proportion de 10 à 25 p. 100.

Quelques observations de transfusion sanguine. — M. Tailhefer (de Béziers) apporte les résultats qu'il a obtenus de la transfusion dans la gangrène gazeuse, dans l'infection puerpérale et dans les grandes brûlures. Il montre que la lenteur avec laquelle le sang est injecté ne met pas toujours à l'abri d'accidents graves. Il indique sa technique qui est très simple et réalisable partout. C'est une injection intraveineuse pratiquée avec une douche, son tube muni d'un embout de seringue et deux petits trocarts de Potain, le tout bouilli dans l'eau sucrée à 50 p. 1000. Le sang est mélangé en parties égales avec de l'eau sucrée et une petite quantité de citrate de soude si le sang devient visqueux.

Cerclage caoutchouté des troncs artériels comme temps préparatoire aux exérèses anévrismales. — M. Rocher (de Bordeaux) pense que le rétrécissement opératoire des artères peut être pratiqué simplement par l'application d'un cerclage caoutchouté, dont il décrit la technique, à l'occasion de l'observation d'une jeune fille de seize ans, qui vit se développer au niveau d'une exostose du fémur, un anévrisme poplité supérieur, du volume d'une mandarine.

Ne pensant pas pouvoir exécuter la suture de l'orifice de communication de l'anévrisme avec l'artère, et ayant décidé de pratiquer avec l'excision de l'anévrisme, une résection parcimonieuse de l'artère poplité, craignant, d'autre part, les dangers d'une interruption brusque du courant sanguin

(1) Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353; n° 83, p. 1372; n° 86, p. 1426; n° 87, p. 1437; n° 89, p. 1472, et n° 90, p. 1489. — Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

dont les voies collatérales ne seraient pas préparées, l'auteur pratiqua sur la fémorale, immédiatement au-dessus de l'anévrisme, un cerclage caoutchouté qui diminua le début circulatoire, sans interrompre la circulation. L'intervention chirurgicale pratiquée douze jours après, se passa sans aucun incident, et il estime que cette méthode est beaucoup plus simple que les manœuvres de compression digitales ou instrumentales pratiquées au-dessus de l'anévrisme, ou même au-dessous de lui, suivant la nature de ces anévrismes et leur siège.

Traitement des abcès froids par l'exérèse. — M. Perrin (de Lyon). Il s'agit d'un procédé connu, quoique peu souvent appliqué en raison de ses difficultés et dont il y aurait intérêt à étendre les indications et la pratique. L'auteur a laissé de côté les abcès froids ganglionnaires et arthrifluents, mais il a traité par l'exérèse, 90 gommes tuberculeuses et abcès ossifluents.

Les gommes représentent l'indication la plus formelle de la méthode. Chez un enfant de neuf ans l'ablation d'une gomme nécessita la dissection musculaire de toute la face postérieure de la cuisse, mais la vaste brèche put être suturée et l'enfant guérit sans récidive.

L'abcès ossifluent doit être enlevé avec la lésion osseuse toutes les fois que la chose est possible. La radiographie donne à ce point de vue de bons renseignements préalables. Quelquefois on est obligé de terminer par un curettage et il ne peut s'agir évidemment alors de réunion par première intention; cependant, même dans ce cas, l'exérèse complète de l'abcès abrège la durée du traitement. Comme exemples d'abcès ossifluents ainsi opérés, l'auteur cite en première ligne ceux des ostéites costales, un abcès rétromalléolaire avec lequel il dut enlever un séquestre tibial et qui guérit par première intention, un abcès dû à une trochantérite qui reste guéri depuis trois ans.

Même dans le cas où l'abcès est fistulisé, il y a intérêt à faire l'ablation en masse, la guérison est plus rapidement obtenue.

Voici des chiffres : la réunion immédiate a été obtenue 32 fois sur 35 dans des cas de gomme et 20 fois sur 24 dans des abcès ossifluents; 10 gommes fistulisées ont guéri en un laps de temps allant de six semaines à trois mois et demi et 5 ostéites fistulisées sur 6 ont guéri dans un délai de trois semaines à cinq mois.

Les principes de la technique sont l'ablation très complète et l'exérèse rigoureuse. Très souvent, on ouvre la poche de l'abcès froid, il faut alors faire une incision cruciforme de cette poche et peler chaque lambeau. L'idéal est de terminer l'opération par une suture sans drainage, mais le drainage est souvent utile, particulièrement dans les cas infectés secondairement.

M. Sorel (de Berck) approuve pleinement les idées exprimées par M. Perrin. Il a lui aussi beaucoup d'abcès froids à traiter et leur applique, le plus souvent possible, la méthode de l'exérèse. Il pense que les abcès ossifluents ne doivent pas être opérés trop jeunes; il est préférable, quand l'os est en cause, d'attendre que la lésion se soit un peu limitée. Dans les cas où il est difficile de savoir si un abcès a un point de départ osseux, on emploiera avec avantage l'injection de lipiodol. La réunion immédiate est obtenue dans les bons cas, mais même quand il s'agit d'une lésion fistulisée, la méthode est encore excellente. M. Sorel n'a jamais observé à la suite de ces interventions les méningites ou les généralisations qui paraissaient si redoutables à Verneuil.

M. Auvray se déclare lui aussi tout à fait partisan d'une éradication aussi complète que possible des abcès froids. L'opération peut être réalisée beaucoup plus souvent qu'on ne le pense. Elle a de gros avantages, elle donne une guérison rapide et raccourcit considérablement le séjour de certains chroniques dans les services hospitaliers.

M. Rocher distingue nettement les gommes et les ostéites. Autant l'exérèse est simple pour les premières, autant elle peut être compliquée pour les secondes. Cependant l'auteur a poussé très loin l'exérèse des abcès ossifluents et il traite de cette façon les lésions des doigts et du calcanéum par exemple. Il fait remarquer que la méthode est d'autant plus applicable aux abcès fistulisés que ceux-ci ne sont pas toujours infectés.

Au point de vue de la technique il insiste sur les avantages que donnent l'éclairage frontal et l'aspiration et sur la nécessité de faire une suture plan par plan qui efface les cavités, au besoin d'employer le plombage ou l'autoplastie musculaire.

M. Reynès pratique depuis longtemps cette extirpation totale des gommes et des adénites tuberculeuses qui n'est qu'un cas particulier d'un principe de biologie chirurgicale dont les autres applications sont l'ablation en masse des anthrax et l'émondage des plaies.

M. Tuffier considère que la question sur laquelle on discute est très importante en ce qu'elle représente à propos d'une thérapeutique donnée une véritable évolution chirurgicale. L'auteur fait remarquer que la couche périphérique de l'abcès est vivante, qu'en la suivant de trop près on échoue souvent, qu'il faut donc passer assez loin d'elle, en tissus sains. Les règles à observer sont une exérèse large et complète et un effort attentif pour éviter l'inoculation du champ opératoire.

M. Walther s'est beaucoup occupé des abcès froids. Il estime que les lésions localisées sont à enlever d'emblée, mais que les lésions profondes, osseuses, doivent être traitées d'abord par les injections qui donnent quelquefois la guérison et en tous cas modifient favorablement la poche si elle doit être enlevée chirurgicalement. De même la méthode sclérogène peut être avantageusement employée; quand elle échoue, l'extirpation de la lésion se fait dans de meilleures conditions.

Les injections phlébo-sclérosantes de salicylate de soude (méthode de Sicard). Contribution anatomo-pathologique. — M. Jentzer (de Genève) ne veut ni confirmer, ni infirmer l'action de ces injections. Il se borne à poser deux questions :

1° Ces injections phlébo-sclérosantes peuvent-elles provoquer des embolies mortelles?

2° Comment agissent les injections de salicylate de soude? Y a-t-il simplement endovénite comme le prétend Sicard? Y a-t-il phlébite ou y a-t-il endovénite, phlébite et périphlébite?

A l'aide de radiographies exécutées par lui-même, d'observations cliniques et de nombreux examens microscopiques faits par le docteur Askanatzy, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a aucun danger d'embolie à injecter du salicylate de soude dans la veine saphène interne variqueuse en raison de l'inversion du courant.

2° Les injections phlébo-sclérosantes provoquent tout d'abord une inflammation chimique de l'endothélium veineux (endovénite de Sicard) suivie quelques heures après d'un thrombus qui s'organisera et d'une inflammation qui s'étend à toutes les tuniques et même en dehors des tuniques de la veine injectée. Il y a donc endovénite, phlébite et périphlébite.

Le traitement de la tuberculose chirurgicale par l'huile iodée. — M. Finikoff (de Petrograd). La méthode préconisée par l'auteur est dérivée de celle de Hotz de Bâle qui, appliquée sous la direction de Grekoff à l'hôpital Oboukhoff à Petrograd sur 1.500 malades d'hôpital et plusieurs milliers de consultants, donna des résultats remarquables : 70 p. 100 de guérisons complètes, 20 p. 100 d'améliorations, 10 p. 100 d'échecs seulement.

Les injections intramusculaires d'iode provoquent de la leucocytose, d'où s'ensuit une augmentation de la lipase fournie, comme l'ont montré des recherches connues, par les lymphocytes et c'est cette lipase qui détruit l'enveloppe ciro-graisseuse du bacille T B C.

L'auteur propose une méthode personnelle qui combine aux avantages de la médication iodée ceux d'une thérapeutique recalcifiante. Celle-ci est d'autant plus indispensable que la déminéralisation du tuberculeux est due, selon l'auteur, à l'intoxication de l'organisme par les produits de désagrégation de l'enveloppe ciro-graisseuse du bacille, c'est-à dire par les acides gras, le calcium sanguin étant absorbé par ces bacilles et par suite éliminé de l'organisme.

Le traitement consistera en injections intramusculaires périodiques (tous les cinq à sept jours) d'huile végétale additionnée d'iode (10 à 30 centimètres cubes d'huile plus 1 cen-

timètre cube de teinture d'iode) et en injections intraveineuses de sels de calcium à doses variables.

Cette méthode appliquée par l'auteur sur plus de 50 cas pendant deux ans lui a donné complète satisfaction. Il présente une statistique de 16 cas : spondylites, coxites, spina ventosa, lymphangite cervicale, suivis pendant au moins un an avec 15 guérisons et 1 seul échec.

Colonne vertébrale. Tête et cou.

Considérations anatomo-chirurgicales sur la neurotomie rétro-gassérienne. — M. BOURGUET (de Paris) insiste sur quelques points concernant les éminences osseuses que l'on rencontre en allant vers le cavum de Meckel qu'il fait sauter au ciseau pour ne pas être gêné au moment de la ligature de la méningée moyenne. Quand on est sur la cavité de Meckel au niveau de laquelle la dure-mère se dédouble et si l'on veut pénétrer à son intérieur il faut inciser le feuillet qui recouvre le ganglion et les racines. Dans le décollement dure-mérien ce feuillet peut aussi rester adhérent sur le flanc antérieur du rocher, ce qui gêne la reconnaissance du point où il doit être incisé. La pointe du crochet permet seule de le reconnaître à ce que la paroi fléchit sous la pression. L'auteur incise ensuite ce toit de la cavité de manière à rabattre un petit lambeau fibreux sur le ganglion pour que toute la largeur de la racine sensitive soit mise à jour. Il insiste sur une disposition anatomique particulière de la racine motrice qui permet de ne pas la sectionner en même temps que la sensitive.

Céphalées et névralgies d'origine nasale. — M. HICQUET (de Bruxelles). Les sinusites suppurées donnent lieu à des céphalées ou sinusalgies à caractère diurne, dues à la rétention de pus.

Les névralgies sinusales sont dues à des inflammations catarrhales tant aiguës que chroniques, en raison des réactions périostées (type fluxionnaire).

L'origine de ces soi-disant réflexes est donc d'origine sinusale et non nasale, le traitement sera endonasal, s'adressera aux causes des sinusites ou aux sinusites elles-mêmes.

Mais beaucoup de cas seront améliorés ou guéris par le traitement médical.

De la nécessité de mettre la tête en position basse dans l'adénectomie, l'amygdalotomie et l'amygdalectomie pratiquées avec anesthésie générale. — M. MALHERBE (de Paris). Comme pour toutes les interventions sur les voies respiratoires supérieures pratiquées avec anesthésie générale, il n'y a qu'une position véritablement logique, vraiment chirurgicale, c'est celle qui consiste à placer les patients, la tête en position basse, dite position de Rose.

Il y a près de trente ans que l'auteur a préconisé cette manière de faire dans les opérations de l'oro et du rhinopharynx, et il n'a eu qu'à s'en louer complètement. Les avantages sont incontestables, soit dans l'adénectomie, soit dans l'amygdalotomie et surtout l'amygdalectomie.

Grâce à la position déclive de la tête, les fragments de végétations adénoïdes ou d'amygdales ne peuvent plus tomber dans les voies respiratoires ni dans les voies digestives. Il en est de même du sang.

Il est facile de comprendre toutes les complications qui peuvent ainsi être évitées. En outre, ce mode de procéder, qui permet un éclairage plus complet des régions à opérer, est d'exécution très facile.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1924)

Hémiplégie traumatique, état de mal épileptique, expulsion spontanée de deux ascaris, disparition immédiate et prolongée des accidents convulsifs. — MM. J. CATHALA et M. LELONG présentent une fillette de six ans présentant une hémiplégie spasmodique gauche typique qui semble consécutive à une chute du second étage, il y a quatre ans, avec enfoncement du crâne. Cette enfant entre dans le service de M. Lereboullet dans le coma, avec des crises d'épilepsie jacksonnienne toutes les vingt minutes. Elle est améliorée par le gardénal. Il survient une poussée thermique avec expulsion de deux ascaris par la bouche. Les crises disparaissent aussitôt et ne se sont pas reproduites depuis. La présence du parasite semble ici être l'agent provocateur de la crise sur un terrain préparé par l'accident.

Un cas de mégaœsophage chez une enfant de treize ans. — MM. NOBÉCOURT, H. JANET et CHAPERON présentent une fillette de treize ans; il y a six mois, à l'occasion de tentatives de suralimentation, l'enfant commence à vomir pendant les repas. Les vomissements se répètent si souvent que l'alimentation devient difficile et l'amaigrissement des plus inquiétants. L'enquête clinique permit d'établir qu'il s'agissait, non de vomissements à proprement parler, mais de régurgitations et de soupçonner une affection œsophagienne; l'examen radioscopique montra l'image typique du mégaœsophage. Avec un régime simple et le repos les vomissements cessèrent rapidement et le poids augmenta de 8kg250 en moins de trois mois.

Les auteurs discutent la pathogénie à invoquer et concluent que l'hypothèse la plus acceptable est celle d'une malformation congénitale.

Le poids des enfants diabétiques traités par l'insuline. — M. P. NOBÉCOURT. Pendant le traitement par l'insuline, les enfants diabétiques présentent des augmentations de poids. Celles-ci revêtent des modalités particulières suivant les cas. Tantôt elles se poursuivent régulièrement, tantôt elles ont une marche irrégulière et peuvent être interrompues par des pertes considérables. Des augmentations de poids rapides (par exemple 5 kilogrammes en un mois pour une fille de douze ans et demi), encore mieux des diminutions rapides suivies de reprises également rapides (par exemple perte de 7kg700 en trois jours suivie d'une reprise de 6 kilogrammes en seize jours pour un enfant de quinze ans) ne peuvent s'expliquer que par des déshydratations et des réhydratations. Ces variations témoignent, comme l'ont montré M. Widal et ses collaborateurs, en étudiant l'hydrémie des diabétiques traités par l'insuline, de modalités particulières du métabolisme de l'eau dans l'organisme.

Tuberculose cavitaire chez un enfant. Pneumothorax thérapeutique. Résultat éloigné favorable malgré cessation prématurée du traitement. — MM. BIGART, Georges SCHREIBER et BONNET présentent un enfant de douze ans chez lequel on décela à huit ans et demi une tuberculose ulcéreuse du poumon gauche avec caverne de 4 centimètres de diamètre sur la radiographie. L'examen bactériologique des crachats pratiqué par M. Raymond Letulle montrait 80 à 100 bacilles de Koch par champ microscopique.

La maladie suivant son évolution progressive, la fièvre persistant avec oscillations et l'état général de l'enfant devenant de plus en plus précaire au point de faire craindre une issue fatale à brève échéance, on se décide à avoir recours au pneumothorax thérapeutique, étant donnée, d'autre part, l'intégrité apparente du côté droit.

Au bout de cinq mois les injections pratiquées régulièrement durent être interrompues par suite de la production d'adhérences et d'un épanchement pleurétique au niveau de la base gauche.

Malgré la cessation prématurée du traitement les résultats furent remarquables et l'amélioration considérable de l'état général et local se maintient depuis plus de trois ans. L'enfant présente un aspect florissant. Sa température est absolument normale et son poids a augmenté de plus de 15 kilogrammes. Une radiographie récente montre la disparition de l'image spéloncaire. On constate, d'autre part, une forte rétraction thoracique gauche avec sinistrocardie et déviation de la trachée qui est curviligne et convexe à gauche.

Cette observation montre que le pneumothorax thérapeutique peut, chez l'enfant comme chez l'adulte, rendre des services inespérés qu'aucun autre procédé ne peut fournir à l'heure actuelle.

Discussion. — M. ARMAND-DELILLE a eu l'occasion, à l'hôpital Debrousse, de pratiquer plus de 50 pneumothorax chez des enfants tuberculeux. Tous sont encore en traitement.

Mais il a trouvé dans le service des malades traités antérieurement par M. Babonneix avec de très bons résultats. Il présente trois enfants en traitement depuis mai et juin 1922, dont l'état était très grave et qui sont actuellement dans un état florissant.

M. BABONNEIX confirme ces résultats. Il remarque que parfois pendant le traitement on voit une poussée se produire sur le côté opposé, qui paraissait sain auparavant. Faut-il alors arrêter l'insufflation? Il ne le croit pas car il a vu dans ces cas souvent la poussée de l'autre côté s'arrêter. Il en donne un exemple.

M. ARMAND-DELILLE, sur la demande de M. MARFAN, expose qu'il peut y avoir des insuccès dus à trois causes : 1° la présence d'adhérences (20 à 25 p. 100); 2° les cas où malgré le pneumothorax on voit l'autre côté se prendre; 3° la production d'un épanchement qui entraîne la formation d'une symphyse très précoce. Dans 1 seul cas sur 50 il a vu se produire un épanchement purulent. Lorsqu'on interrompt le traitement il se produit un accolement précoce et lorsqu'il a débuté on ne peut l'empêcher de progresser.

M. Jules RENAULT. Ce qui est intéressant ce ne sont pas les malades en traitement, ce sont ceux dont le traitement a été cessé depuis longtemps comme ceux de Schreiber et de Babonneix.

M. LEREBOULLET apporte un cas de pneumothorax fait en 1916, terminé en 1918, et guéri. Depuis lors, l'enfant a fait une rougeole avec broncho-pneumonie, et la tuberculose n'a pas été réactivée.

La séroprophylaxie antimorbilleuse au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades en 1923-1924. — MM. LEREBOULLET et JOANNON rapportent les résultats de leurs recherches sur la séroprophylaxie de la rougeole dans un pavillon de diphtériques. En 1923, pratiquée en avril et mai avec des plurisérums, elle leur a rendu les plus grands services. Alors qu'en janvier-mars sur 180 enfants, 16 cas de rougeole (dont 8 par contagion intérieure) ont éclaté en avril, mai, sur 110 entrants, 4 cas seulement sont survenus dont 1 seul par contagion intérieure chez un enfant n'ayant pas reçu de sérum. En 1924, la séroprophylaxie pratiquée avec des unisérums a donné lieu à 2 échecs sur 20 cas. Les résultats montrent une fois de plus l'efficacité de la séroprophylaxie mais la nécessité de recourir aux plurisérums et l'utilité qu'il y aurait à réaliser l'organisation officielle de centres d'approvisionnement.

Sur un cas de maladie de Barlow. Maladie de Barlow et tuberculose. — MM. Henri LEMAIRE et COCHEZ. Enfant de six mois qui, probablement hérédosyphilitique, présente une hypertrophie du thymus. Guérit de cette hypertrophie par la radiothérapie, l'enfant est contaminé de tuberculose. Cet enfant nourri exclusivement de lait Lepelletier présente du scorbut, bien qu'il ait pris régulièrement tous les jours une cuillerée à café de jus d'orange. La tuberculose affecte une marche rapide.

Dès les premiers signes de scorbut nous mettons l'enfant au lait frais et au jus de citron; le scorbut guérit en huit jours et la tuberculose s'arrête, puis s'améliore; il est actuellement en voie de guérison. Il semble que l'alimentation carencée ait une influence fâcheuse sur la tuberculose.

Discussion. — MM. AVIRAGNET et LESNÉ font remarquer que le lait Lepelletier est le plus avitaminé de tous, que le jus d'orange est insuffisant comme antiscorbutique et que le citron lui est bien supérieur.

M. COMBY rapporte un cas de scorbut infantile chez un nourrisson alimenté au lait Lepelletier qui prenait du jus d'orange tous les jours. On lui donne du lait frais et le scorbut disparaît. Il faut savoir que l'orange, le citron, ne suffisent pas si on ne change pas le lait pour du lait frais.

Sur un cas d'anaphylaxie aux farineux. — MM. LEMAIRE et COCHEZ ont observé un enfant qui, bien portant tant qu'il fut nourri au lait maternel, commença à présenter des troubles digestifs avec les bouillies maltées; à quinze mois la purée de pommes de terre provoque des selles mousseuses; un jour l'enfant, par surprise, mange un petit pain, aussitôt éclatent des phénomènes de grande anaphylaxie (collapsus cardiaque, refroidissement, diarrhée, vomissements); quelques semaines après une tentative de désensibilisation amène de nouveaux accidents, plus légers. Cette désensibilisation a demandé plusieurs mois à s'effectuer progressivement.

M. LESNÉ croit que ces anaphylaxies au pain sont plus fréquentes qu'on ne le pense. On peut les déceler par une intradermo-réaction au jus de pain.

MM. ARMAND-DELILLE et LESNÉ font remarquer que les amino-acides, mal tolérés, sont bien plus nombreux dans la farine de froment que dans la crème de riz ou d'avoine.

La zomothérapie dans la convalescence de la scarlatine. — M. M. LESNÉ et Mlle LAMY. Quinze ou vingt jours après le début de la scarlatine, s'il n'existe ni fièvre, ni albuminurie, il y a avantage à ajouter au régime lacto-végétarien une certaine quantité de viande crue (80 ou 100 grammes par jour suivant l'âge des enfants).

En comparant des enfants alimentés avec poids égal de viande crue ou de viande cuite, on constate que les premiers ont meilleure mine, sont plus gais, ont une augmentation de poids plus rapide et un accroissement plus considérable de la force musculaire mesurée au dynamomètre. Les petits malades prennent volontiers la viande crue dont la digestion est facile et aucun d'eux ne présenta ni albuminurie, ni autre complication.

Cet aliment qui renferme des vitamines et des acides aminés non disloqués par la cuisson est plus complètement assimilé.

M. COMBY considère cette communication comme dangereuse parce qu'elle incitera les médecins à donner de la viande sans discernement à toutes les scarlatines. Personnellement il maintient ses malades vingt jours au lait, vingt jours au régime lacto-végétarien.

M. APERT croit excessif de priver de viande jusqu'au quarantième jour ces malades; la période dangereuse est vers la dix-huitième jour; c'est à ce moment que peut éclater le grande néphrite hématurique scarlatineuse.

M. AVIRAGNET est du même avis et rappelle que c'est M. Dufour qui a montré l'utilité de nourrir les convalescents de scarlatine avec de la viande.

D'ailleurs la néphrite scarlatineuse est exceptionnelle chez les malades bien soignés dès le début à l'hôpital. Elle est presque toujours la conséquence d'une imprudence.

M. Jean HALLÉ, de l'examen de nombreuses statistiques d'hôpital, pense que sa fréquence varie surtout d'après les épidémies.

M. Jules RENAULT. Chez les scarlatineux ne présentant plus de fièvre, d'albumine, du douzième au quinzième jour, commence l'alimentation carnée et cela depuis 1907. Sa statistique repose sur un millier de cas. Il n'a observé aucune complication. D'ailleurs le régime lacté n'empêche pas la néphrite. Il est curatif et non préventif.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1924)

Présentation d'un appareil à injections gazeuses. — M. M. DEGUY présente un nouvel appareil à injections gazeuses permettant d'introduire les gaz les plus divers, ou l'air atmosphérique stérilisé sans pression ou avec pression, dans les diverses cavités séreuses ou dans le tissu cellulaire sous-cutané avec une précision et un dosage absolu. Il permet également l'évacuation des collections liquides et leur remplacement immédiat par du gaz, sans brusquerie et dans un même temps opératoire. Il vise les buts suivants : Servir à plusieurs fins, être d'un volume réduit, maniable, transportable; il résout quelques difficultés techniques et permet d'intervenir à domicile et en tous lieux.

Vaccinothérapie du rhumatisme par le vaccin de Bertrand. — M. A. LAUTIER (de Nice) estime que le rhumatisme aigu ou chronique peut bénéficier du vaccin de Bertrand. Il apporte six observations à l'appui de ses dires.

Il confirme les résultats de Bertrand qui a vacciné 300 personnes en dix ans, sans incidents; une crise aiguë serait jugulée avant l'injection de 150 millions de corps microbiens. La vaccinothérapie doit être continuée même après guérison clinique.

M. G. ROSENTHAL, a autrefois utilisé un sérum dans le

rhumatisme aigu et vu régresser des cardiopathies. Le bacille d'Achalme lui paraît spécifique. Ce n'est pas le bacille perfringens, il donne en culture le diplocoque du Triboullet-Coyon. Il n'a aucune expérience du rhumatisme chronique.

M. Am. COYON. La nature vraie de la polyarthrite rhumatismale franche nous échappe. Aussi est-il surpris de voir utiliser une vaccinothérapie spécifique. Contrairement à M. Rosenthal, il croit, avec Triboullet, que le bacille d'Achalme est assimilable au perfringens. Toutes ces recherches sont à poursuivre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1924)

Tuberculose pulmonaire et parasitisme intestinal. — M. LÉO pense que les piqûres d'oxyures lèsent la muqueuse intestinale et ouvrent la porte aux microbes virulents de l'intestin dans la circulation sanguine. Il rappelle le traitement par le carbonate de bismuth contre les oxyures, par le chenopede contre les ascaris et par les lavements benzinés contre les tricocéphales.

Adénite tuberculeuse fistulisée. — M. MELAMET.

A propos de la scoliose. — M. PEUGNIEZ revient sur l'inutilité du corset contre la scoliose des adolescents : le corset, agent passif, gêne l'entraînement musculaire et les muscles perdent, emprisonnés, le bénéfice acquis par la culture physique.

Vaccination antituberculeuse. — M. DUQUAIRE.

Jeûne thérapeutique et sueurs fétides des pieds. — M. M. NATIER a guéri un cas de sueurs fétides des pieds exclusivement et radicalement par le jeûne. Il pense que, comme pour le rhume de cerveau, l'auto-intoxication est la cause de cette infirmité, d'où bons effets de la cure de désintoxication.

Chirurgie pleuro-pulmonaire et spirométrie. — M. PETIT DE LA VILLÉON insiste sur l'opération en position assise, les pansements en position horizontale, les bienfaits de la gymnastique respiratoire et la spirométrie, et montre par des projections sa technique opératoire.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie exotique, par A. LE DANTEC, professeur de médecine coloniale et de clinique des maladies exotiques à la Faculté de médecine de Bordeaux. 4e édition.

Cette nouvelle édition, attendue impatiemment depuis la fin de la guerre, a exigé un minutieux travail de mise au point et quelquefois même une refonte complète de certains chapitres. C'est ce qui explique le retard de la publication de ce livre dont trois éditions successives, antérieures à la Guerre, avaient été vite épuisées.

L'ouvrage est divisé en quatre parties :

Une première partie est consacrée à la climatologie générale du globe et sert pour ainsi dire d'introduction à la pathologie exotique. Cette étude permet de suivre pas à pas le problème de la colonisation du monde aussi bien dans ses succès que dans ses revers. C'est une véritable initiation que reçoit le lecteur et celui-ci découvre avec surprise que la mortalité des Européens dans la zone chaude est exclusivement due aux maladies endémiques.

La deuxième partie, de beaucoup la plus importante, est consacrée aux maladies des pays chauds. Plus de 250 pages sont réservées au paludisme, maladie toujours difficile à exposer d'une façon claire. Les maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune et peste) qui intéressent particulièrement le médecin sanitaire maritime ont reçu de grands développements.

A leur étude font suite deux chapitres de législation sanitaire : 1° un chapitre sur la police sanitaire maritime française avec le texte de la loi du 3 mars 1822 et du décret du 26 novembre 1921 ; 2° un chapitre sur la police sanitaire internationale avec le texte de la convention sanitaire internationale du 17 janvier 1912.

L'auteur étudie successivement les dysenteries, l'abcès tropical du foie, les diarrhées, les bilharzioses, les avitaminoses, les filarioses, les spirochétoses, les leishmanioses, les mycoses, la lèpre, enfin les venins et les poisons.

La troisième partie est consacrée aux maladies cosmopolites en pathologie exotique, c'est-à-dire aux particularités que présentent les maladies ubiquitaires dans les différents climats du globe.

La quatrième partie beaucoup plus courte comporte l'étude des maladies des pays froids.

En somme ce précis de pathologie exotique constitue un *vade-mecum* pour tout médecin qui se destine à la carrière maritime ou coloniale ou pour le praticien qui est appelé à établir le pronostic, le diagnostic et le traitement d'une des maladies décrites par le professeur LE DANTEC. L. G.

(1) 2 vol. (12×18,5) formant 2200 p. avec 286 fig. dans le texte et 3 pl. en couleurs. — Prix : cartonnés toile 75 fr.; franco 77 fr. — Paris, G. Doin.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

FRACTURE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS

Fracture relativement fréquente; grave parce qu'elle expose à la *perte des mouvements de pronation et de supination.*

En effet, ces mouvements ne sont possibles que si quatre conditions primordiales sont réalisées :

1° La rotation du radius autour du cubitus, dans les mouvements de pro-supination, s'exécute, non pas suivant l'axe médian, mais suivant la ligne oblique qui réunit les deux têtes radiale et cubitale : cet *axe de rotation antibrachiale* doit être conservé.

2° La tête radiale roule sur elle-même, tandis que l'extrémité inférieure du radius subit un mouvement de translation circonférentielle autour de la tête du cubitus : ce mouvement ne peut se produire que grâce à la *courbure externe du radius* et à son *angle cervico-diaphysaire.*

3° L'extrémité inférieure du radius est calée sur la canne cubitale de telle façon qu'elle se trouve toujours dans le même degré de pronation ou de supination que l'extrémité radiale supérieure : si le fragment supérieur se place en supination, l'inférieur en pronation (décalage : Destot), les mouvements de pronation et de supination sont complètement supprimés : la *conservation des rapports des points homologues de la tête et de l'extrémité inférieure* du radius est un fait d'importance capitale qui domine la thérapeutique des fractures de l'avant-bras.

4° Les articulations radio-cubitales supérieure et inférieure sont des ginglymes latéraux qui ne conservent leurs rapports qu'à la condition expresse que les leviers aient conservé leur *égalité de longueur relative.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège le plus souvent au tiers moyen ou inférieur.

Deux grandes variétés :

a. **Comminutives** : grands traumatismes, fractures de guerre;

b. **Simples**, à trait unique.

1. **Incomplètes** (fracture en bois vert, inflexion). — Lésion siégeant un peu au-dessus de l'union de la diaphyse et de l'épiphyse; simple tassement, avec engrènement des fragments et production d'une déformation à convexité, tantôt postérieure (enfants rachitiques), tantôt antérieure.

2. **Complètes.** — *Trait* : le plus souvent transversal, irrégulier, avec de fortes dentelures ; ou en V.

Déplacement : parfois nul (fractures sous-périostées); le plus souvent complexe.

1° **Selon la direction** : angle très variable, le plus souvent à sinus antérieur et interne, du fait de la contracture des fléchisseurs. Les quatre fragments peuvent perdre leur parallélisme, diverger (déformation en losange), converger (déformation en X); l'angulation peut ne porter que sur un seul os (disposition en K).

2° **Selon la longueur** : chevauchement; n'est jamais très considérable (rôle du ligament interosseux).

3° **Selon l'épaisseur** : déplacement transversal ; tantôt le segment antibrachial inférieur est reporté en masse en arrière et en dehors (déformation en baïonnette) ; tantôt les deux fragments inférieurs convergent pour s'insinuer entre les fragments supérieurs ; ou divergent pour laisser pénétrer les fragments supérieurs entre eux.

4° **Selon la circonférence** : décalage, résulte du maintien en supination du fragment antibrachial supérieur par le court supinateur et le biceps ; en pronation du fragment inférieur par le carré pronateur et le poids de la main.

SYMPTOMES

Signes fonctionnels. — **Douleur** vive.

Impotence très variable : tantôt le blessé soutient de sa main saine l'avant-bras fracturé, tantôt il conserve une certaine mobilité du poignet et des doigts.

Signes physiques. — 1° FRACTURE INCOMPLÈTE.

Déformation nette, attire d'emblée l'attention ; convexité le plus souvent postérieure.

Ecchymose d'étendue et d'intensité variables ; très souvent simple reflet ecchymotique.

Douleur exquise à la palpation.

Ni *mobilité anormale*, ni *crépitation*, signes dont la recherche est douloureuse et inutile.

2° FRACTURE COMPLÈTE. — **Déformation** souvent masquée par un œdème important, dur, gênant également la palpation ; en général déformation angulaire, à saillie postérieure et externe, plus ou moins combinée au chevauchement et à la rotation.

Douleur exquise : doit être recherchée méthodiquement par la palpation pratiquée avec la plus grande douceur, en procédant des zones saines vers le siège des lésions, de bas en haut, puis de haut en bas, sur le radius d'abord, sur le cubitus ensuite.

Mobilité anormale et **crépitation** pourraient être constatées.

Raccourcissement : constant.

Dans tous les cas : *Radiographie*, de face et de profil, l'avant-bras étant en supination. Un troisième cliché, en position de pronation, est souvent nécessaire.

ÉVOLUTION

Bien réduite, se consolide en vingt à trente jours. Mais souvent cette évolution est modifiée par des complications.

COMPLICATIONS

1° **Immédiates.** — **Lésions nerveuses** : contusion du médian, radial, cubital, sont exceptionnelles, de même que les *lésions vasculaires*.

Irréductibilité : beaucoup plus important. Cause variable, conservation intégrale du manchon périostique ; interposition musculaire ou fibreuse ; interposition d'un fragment intermédiaire désaxé.

2° **Secondaires.** — Résultent d'une immobilisation dans un appareil plâtré trop serré et mal surveillé.

Gangrène des doigts.

Contracture ischémique de Volkman : myosite rétractile des fléchisseurs et des pronateurs, donnant une attitude de griffe en hyperflexion. Annoncée par des douleurs intenses, elle se caractérise par la flexion du poignet, l'extension des premières phalanges, la flexion des deux dernières ; et s'accompagne d'œdème et de cyanose.

3° **Tardives.** — *Capitales, cal vicieux, pseudarthrose.*

Cal vicieux :

a. GROS CAL, relativement fréquent chez l'enfant, surtout si des massages ont été pratiqués.

b. ANGULAIRE : fort grave, parce qu'il réduit ou supprime la courbure normale des os de l'avant-bras. Le plus grave est celui qui donne au radius une convexité interne et antérieure, empêchant complètement les mouvements de pro-supination.

c. EN BAÏONNETTE.

d. AVEC DÉCALAGE : le plus grave ; supprime la pro-supination ; l'avant-bras est encloué ; la partie supérieure en supination, l'inférieure en pronation.

e. SYNOSTOSE : relativement fréquente chez l'enfant, d'une extrême gravité : fusion des fragments en un bloc qui comble l'espace interosseux.

Pseudarthrose. — Ne s'observe guère que chez l'adulte. Porte :

— Soit sur les *deux os* : impotence complète de la main.

— Soit sur le *radius seul* : fort grave, d'autant plus sérieuse que la lésion est plus basse : main bote traumatique.

— Soit sur le *cubitus seul* : moins grave ; favorable même si le radius s'est consolidé avec décalage de ses fragments (pseudarthrose providentielle de Destot).

FORMES CLINIQUES

Fracture de l'enfant. — La plus fréquente des fractures de l'enfant ; souvent fracture en bois vert.

Fracture du radius avec fracture incomplète du cubitus. — La radiographie est souvent indispensable pour reconnaître la lésion du cubitus.

Fracture du tiers supérieur. — Rare. Consécutive à une chute, l'avant-bras en pronation étant replié sous le corps.

Fracture du tiers inférieur. — Très fréquente : infraction ou fracture complète sous-périostée, avec déplacement angulaire considérable, chez l'enfant et l'adolescent ; fracture complète, avec déplacement en baïonnette, chez l'enfant et l'adulte.

Fracture avec déformation en sablier (Lannelongue). — Les fragments des deux os se portant vers l'espace interosseux.

Fractures de guerre. — Fractures ouvertes, esquilleuses. Fréquence des pseudarthroses.

PRONOSTIC

Doit toujours être réservé. La pro-supination, fonction principale de l'avant-bras, est compromise. La perte complète de ces mouvements entraîne une diminution de capacité de travail évaluée à 55 p. 100 à droite, 45 p. 100 à gauche si la main est immobilisée en supination ; 40 et 25 p. 100 en pronation.

DIAGNOSTIC

En général facile.

Fracture isolée d'un des os de l'avant-bras.

Fracture du tiers supérieur du cubitus avec luxation de la tête radiale.

TRAITEMENT

Point essentiel : restauration du radius et avant tout de sa courbure externe.

Anesthésie générale indispensable.

1° **Réduire.** — *a.* Le déplacement suivant la longueur : traction dans l'axe du membre et contre-extension.

b. Le déplacement angulaire : traction.

c. Restaurer l'espace interosseux : pression directe, la main étant en supination.

d. Prévenir le décalage : en fixant l'avant-bras en supination.

2° **Maintenir.** — Immobiliser en supination complète, coude fléchi à 90 degrés (pour relâcher le biceps), main en inclinaison cubitale, dans une gouttière plâtrée (jamais d'appareil circulaire), prenant coude et poignet, laissant libres pouce et doigts. Pour éviter l'inclinaison des fragments vers la membrane interosseuse, on peut utiliser l'appareil de Nélaton (compresses palmaires et dorsales). Contrôler la réduction par radiographie de face et de profil. Immobiliser trente à quarante jours ; ensuite massage et mobilisation (sauf chez enfant).

On peut utiliser les appareils à extension continue de Judet ou de Destot.

3° Si irréductibilité, l'ostéosynthèse peut donner d'excellents résultats ; c'est à l'avant-bras que la réduction sanglante trouve ses plus fréquentes indications.

4° Si pseudarthrose, cal vicieux, synostose : ostéotomie, ostéosynthèse, greffe peuvent se discuter.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

AVIS

A notre grand regret, nous nous voyons obligés d'augmenter le prix de nos abonnements pour l'année 1925. Ce prix est ainsi fixé : France, 30 *fr.; Belgique et Italie,* 40 *fr.; Union postale,* 50 *fr.*

Le prix de l'abonnement pour les étudiants français n'est pas changé.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 11 novembre. — Questions données : « Diagnostic et traitement du chancre syphilitique. — Symptômes, diagnostic et traitement des épanchements sanguins traumatiques intracraniens. »

MM. Hébert (Jean), 12; Lallemand (Maurice), 29; Busson (André), 12; de Langenhagen, 20; Lafont (E.), 14; Guillot (Marie), 17; Plessier (Paul), 12; Grenda (Jean), 23; Lonjumeau (Pierre), 27; Laënnec (Théophile), 28.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — A la suite du concours de l'internat sont déclarés admissibles : MM. Mahon, Guinaudeau, Ducasse, Gré, Régnier, Delas, Badelon, Cueille, Broustet, Marque, Auché, Mlle Frouin, MM. Guérin, Cloup, Barde, Giraud, Mailhe, Mlle Le Demnat, MM. Gay, Demangeat, Magnant, Le Coulant, Bougaul, Perperot, Mondain, Dervillée, Grange, Labbé, Imbert, Barrau.

— Nantes. — Une Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux vient de se former à Nantes dans le but de resserrer les liens de camaraderie et d'étroite solidarité qui doivent exister entre les anciens externes des hôpitaux et les externes en exercice.

Le montant de la cotisation annuelle est de 10 francs pour les anciens externes. Un premier versement de 50 francs donne droit au titre de membre fondateur. Un banquet sera donné tous les ans à Nantes.

Prière d'envoyer adhésions et cotisations à M. E. Blineau, trésorier, 59, rue Félibien, Nantes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a proposé M. le professeur agrégé J. Duvergey pour la chaire de clinique des maladies des organes génitaux urinaires et de médecine opératoire.

Le concours du clinicat médical s'est terminé par la nomination du docteur Aubertin, titulaire, et du docteur Pauzat, adjoint.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. André Buisine et Albert Savoie, comme internes titulaires, et de M. Albert Philippe, comme interne provisoire.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Pierre Biérent, André Danès, Paul David, Guy Biérent, Louis Delebarre, Edmond Falala, Roger Vasseur et Pierre Porcher.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin-major de 1re classe des troupes coloniales Casabianca.

(Réserve.) *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de 2e classe Gaudier.

MM. les médecins-majors de 1re classe Mennessier, Camichel, Grégoire et Revault.

M. le médecin-major de 2e classe Bloc.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 1re classe Duchesne, Chevrier.

MM. les médecins-majors de 2e classe Benoit, Planques, Mardellis, Fournier, Fabre-Pitoiset, Petit, Raisonnier, Daviot, du Pasquier, Lejeune, Netter, Lafite-Dupont, Gandois, Le Nouene, Rochette, Lévy (A.-A.), Lévy (A.-J.), Mallein, Fleig, Gontier de la Roche, Pellet, Bernheim, Bernadac.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Launay, Huc, Lassalle, Blanchon, Constant.

Ministère des régions libérées. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Gaube (de Paris).

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La vingt et unième réunion annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le mardi 18 novembre, à 5 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le professeur Carnot, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

L'ordre du jour comporte :

1° Question générale : La psychothérapie, sa spécialisation, sa technique, ses procédés méthodiques, ses applications.

2° Communications personnelles sur la psychothérapie et la psychologie appliquée.

La séance sera suivie du banquet annuel auquel sont conviés les membres de la Société et les membres de leurs familles. Adresser les adhésions et les titres de communications au docteur Bérillon, 4, rue de Castellane.

Le banquet aura lieu à 7 h. 1/2, au restaurant du Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Tenue de ville. Prix : 18 fr.

Le banquet sera donné en l'honneur du docteur Le Roy des Barres, directeur de la maison de santé d'Epinay, nommé chevalier de la Légion d'honneur, et du docteur Guelpa, nommé sénateur du Royaume d'Italie.

SOCIÉTÉ AMICALE DES MÉDECINS ALSACIENS. — Cette Société, dont le but est d'établir un lien de bonne confraternité entre les médecins alsaciens de Paris, de province ou exerçant dans les colonies ou à l'étranger, a élu son bureau provisoire et commencé l'élaboration de ses statuts.

M. Rist, médecin des hôpitaux, a été nommé président; M. Schmitt, secrétaire général ; M. Quirin, secrétaire adjoint ; M. Brucker, trésorier.

La prochaine réunion aura lieu le mardi 16 décembre en un lieu qui sera fixé ultérieurement. Elle sera suivie d'un dîner.

Le siège social est fixé provisoirement 9, rue d'Astorg, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Leone Minervini, libero docente de pathologie médicale à Naples ; le docteur Moens, de l'armée belge.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — M. le professeur P. Sebileau a commencé ses leçons le jeudi 13 novembre 1924, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 h., et continuera son enseignement tous les jours, suivant le programme annexé à l'affiche.

— CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur Baudouin, agrégé, a commencé ses leçons de pathologie interne le mercredi 12 novembre 1924, à 18 h. (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies de l'appareil respiratoire et du médiastin. — Séméiologie de l'appareil respiratoire. — Généralités sur la tuberculose. — Tuberculose pulmonaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 17 NOVEMBRE AU 22 NOVEMBRE 1924)

THÈSES

Lundi 17 novembre. — Jury : MM. Broca (A.), président; Gosset, Ombrédanne et Lardennois. — Mme FISSON. Absence congénitale du radius. — M. DAUX (F.). Le volvulus de la vésicule biliaire.

Jeudi 20 novembre. — Jury : MM. Desgrez, président ; Sicard, Labbé (H.) et Laignel-Lavastine. — M. VINCENT (Maurice). La concentration en ions hydrogène et sa mesure par la méthode électrométrique. — M. DAGORNE (René). Sur l'action thérapeutique du citrate de soude dans les affections vasculaires.

Jury : MM. Marfan, président; Bezançon, Moussu, Dechambre, Panisset et Petit. — M. SERMAT. L'ovariotomie des vaches laitières. — M. SPARTZ. La tuberculose des animaux de boucherie au grand duché de Luxembourg.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES ÉCRITURES ILLISIBLES

Nous recevons la lettre suivante de M. le professeur W. W. Keen, l'illustre chirurgien américain à qui l'Université de Paris décernait il y a quelques mois le titre de docteur *honoris causa*.

« Philadelphie, 27 octobre 1924.

Au directeur de la *Gazette des hôpitaux*.

Cher monsieur,

J'ai été très content de voir, dans votre numéro du 18 octobre, page 1384, votre article sur les lettres manuscrites illisibles. C'est souvent avec difficulté que je peux lire de telles lettres, et il m'est plus spécialement difficile de déchiffrer la signature.

La méthode qui est maintenant très commune en Amérique et peut-être en Angleterre, mais je n'en suis pas sûr, est, de taper à la machine à la fin de la lettre tout le nom et le rang ou l'emploi du signataire laissant un espace entre ce nom et la signature manuscrite. Il n'y a alors aucune difficulté à déchiffrer la signature que celui qui écrit peut faire, à son choix, aussi illisible que possible. La fin de cette lettre montre bien ce que je pense.

Cette méthode a aussi un autre avantage, on peut avoir toujours sous la main, une copie au carbone de ses lettres et conserver sa correspondance. On peut, au besoin, la signer si on le désire. Les copies multiples au carbone ne sont pas aussi communément utilisées, cependant elles peuvent être faites aussi aisément qu'une seule copie.

Dans la vie officielle, spécialement dans les services militaires, des copies de communications sont très souvent envoyées dans plusieurs bureaux. Dans l'armée américaine, seul l'original est signé à la main (ayant aussi la signature et la position officielle tapée à la machine sous la signature manuscrite) : il est envoyé aux autorités compétentes. Les « copies » sont expédiées sans obliger celui qui a écrit à les signer, car l'original ayant été signé de sa main, peut toujours être consulté comme confirmation.

J'ai l'honneur, etc.

W. W. KEEN, M D.
Emeritus Professor of Surgery
Jefferson Medical College, Philadelphia.
Doctor, Honoris Causa, University of Paris.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique		17 gr.
Phosphate de soude		24 gr.
Eau distillée	Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

REVUE GÉNÉRALE

LA CURE SOLAIRE

INDICATIONS. TECHNIQUE. RÉSULTATS

Par M. BUFNOIR (de Cannes).

Dans la pratique journalière, la question de l'héliothérapie se pose de la façon suivante :

Le malade est-il justiciable de la cure solaire?

Où doit-il la suivre?

Comment?

Quel succès peut-on lui promettre?

Malgré le nombre considérable des ouvrages consacrés à l'héliothérapie, nous recevons à chaque instant des demandes de renseignements sur la technique de la cure solaire et sur son opportunité dans des cas déterminés.

Il n'est pas inutile de chercher à répondre de façon pratique aux questions posées plus haut.

C'est donc uniquement du point de vue pratique que nous envisagerons ici :

Les indications et contre-indications de la cure solaire;

Le choix du climat où on doit la suivre;

Sa technique;

Ses résultats.

Nous débuterons par quelques mots succincts sur la radiation solaire et sur son action physiologique.

I. La lumière solaire n'est pas simple.

Un prisme la décompose en un grand nombre de rayons à l'ensemble desquels on a donné le nom de *spectre solaire*.

De ces rayons, les uns impressionnent notre rétine; ils forment la partie *lumineuse* du spectre qui commence au rouge et finit au violet en suivant la gamme bien connue.

Les autres n'impressionnent pas notre rétine. Ils forment la partie *obscure* du spectre.

De ceux-ci un certain nombre sont situés en deçà du rouge et possèdent des *propriétés thermiques*; ils élèvent la température du thermomètre. Ce sont les rayons *infrarouges*.

Les autres sont situés au delà du violet et ont des *propriétés chimiques*; ils impressionnent la plaque photographique. Ce sont les rayons *ultraviolets*.

Il semble donc que le soleil nous envoie trois sortes de rayons; des rayons calorifiques, des rayons lumineux, des rayons chimiques.

Il n'en est rien : le soleil nous envoie des *radiations douées de ces trois qualités superposées*.

Les radiations se distinguent les unes des autres par leur longueur d'onde.

Les radiations du spectre lumineux ont des longueurs d'onde variant de 0µ8 environ pour le rouge à 0µ4 pour le violet. Le spectre infrarouge s'étend de 300 µ environ à 0µ8. Le spectre ultraviolet va de 0µ4 à 0µ02 (en unités Angström équivalant au 1/10.000 de µ, de 4.000 A à 200 A).

En un point déterminé du rouge, où l'on enregistre à la fois des effets thermiques et lumineux, il n'existe pas une radiation thermique et une radiation lumineuse de longueurs d'onde différentes, mais bien une seule radiation de longueur d'onde déterminée jouissant à la fois de propriétés thermiques et lumineuses.

De même, en un point déterminé du violet, où l'on enregistre à la fois des effets lumineux et chimiques, il n'existe pas une radiation lumineuse et une radiation chimique de longueurs d'onde différentes, mais bien une seule radiation de longueur d'onde déterminée, jouissant à la fois de propriétés lumineuses et chimiques.

Le *rayon solaire est une force* qui produit à la fois des effets calorifiques, lumineux, chimiques.

De ce que le rayon solaire produit des effets calorifiques, il ne faut pas conclure qu'il possède une température propre.

Le rayon solaire n'a pas de température.

La température est une propriété de la matière et non de la force.

Lorsque le rayon solaire rencontre un corps gazeux, ou liquide, ou solide, il s'y heurte, le traverse, ou s'y réfléchit, ou est absorbé par lui; dans les trois cas, il perd une partie de lui-même et se transforme en chaleur, et élève la température de ce corps. Un thermomètre ne se comporte pas autrement qu'un corps quelconque à l'égard du rayon solaire. Si celui-ci le traverse facilement ou s'il s'y réfléchit, il l'échauffera moins que s'il est absorbé par lui et la température notée sera moins élevée (Maurice Faure).

Prenez un certain nombre de thermomètres différents indiquant tous à l'ombre la même température, c'est-à-dire la température de l'air ambiant. Placez-les côte à côte au soleil. Ils vous donneront tous des températures différentes : un thermomètre à alcool rouge marquera une température plus élevée qu'un thermomètre à alcool incolore; un thermomètre à mercure et à réservoir transparent marquera une température plus basse qu'un thermomètre à mercure et à réservoir noirci; et les températures de vos thermomètres pourront présenter au même moment des écarts de 20 degrés et plus.

On ne peut donc mesurer la température au soleil.

Mais on peut apprécier l'énergie solaire, soit en recherchant au moyen d'actinomètres la quantité de calories qui arrivent du soleil sur un espace déterminé dans un temps déterminé; soit en recherchant au moyen de pose-mètres le temps nécessaire au rayon solaire pour produire un effet chimique déterminé; par exemple pour amener la coloration d'un papier sensible à égaler la coloration d'un papier étalon.

Aucun instrument ne nous donne jusqu'ici une évaluation exacte de l'énergie solaire et ne peut être un guide sûr et scientifique pour la pratique de l'héliothérapie.

Des expériences sont en cours à ce point de vue.

Cependant, sur la demande des sociétés de médecine et de climatologie du Littoral méditerranéen, M. Vallot, le savant météorologiste de l'Observatoire du Mont-Blanc et de la station climatologique de Nice, a étudié et établi un appareil permettant au médecin de déterminer facilement et promptement le point qui l'intéresse, c'est-à-dire le moment où il peut exposer un malade au bain de soleil sans risquer de le brûler ou de le refroidir (Maurice Faure). Cet appareil est l'*héliothermomètre.* C'est, je le répète, un appareil de clinique et non de précision. Si l'appareil au bout de vingt minutes d'exposition ne monte qu'à 20 degrés, le bain de soleil ne pourra être supporté. A 27 degrés beaucoup de sujets peuvent être exposés; à 35 degrés la température est parfaite; à 50 degrés elle est insupportable.

C'est de cet instrument que nous nous servons couramment, et nous n'exposons en général nos

malades au soleil que si son index est situé entre 27 et 48 degrés.

Dans la cure héliothérapique, nous utilisons l'*énergie solaire*. Il est donc superflu de rappeler ici les discussions encore pendantes relatives à l'action physiologique des différentes radiations du spectre.

En pratique, il suffit de considérer les effets de l'ensemble de ces radiations, telles que nous les recevons.

Le rayonnement solaire agit sur l'état local et sur l'état général. *Localement*, il apaise la douleur : c'est la première constatation faite par les malades. Il a une action résolutive et sclérogène; dans les tuberculoses chirurgicales, il aide à la résorption des abcès, assèche les fistules; dans les plaies il hâte la cicatrisation. Il a des propriétés éliminatoires : les parties sphacélées et les séquestres se détachent plus facilement. Il est microbicide : Leriche, Sencert, Léo et Vaucher ont fait chacun de leur côté des expériences qui ne laissent aucun doute à ce sujet, en étudiant la flore microbienne des plaies insolées. Il produit, enfin, un phénomène capital : la pigmentation, dont le rôle reste encore très discuté, soit qu'on lui attribue un rôle de protection contre les rayons chimiques, soit qu'on la considère comme un véritable organe d'assimilation de la lumière, soit qu'on la regarde comme un transformateur des rayons peu pénétrants de courte longueur d'onde en rayons pénétrants de plus grande longueur d'onde.

Pratiquement, la pigmentation paraît être un élément de pronostic favorable.

Du *point de vue général* le bain de soleil amène une sudation plus ou moins abondante, accompagnée d'une vaso-dilatation certaine qui amène une diminution de la tension artérielle.

Le pouls, la respiration deviennent plus rapides.

La température s'élève de quelques dixièmes pendant le bain et revient à la normale dans l'heure qui suit.

La musculature se développe, et ceci est surtout manifeste chez les tout jeunes enfants habitués à l'héliothérapie.

Les fonctions d'assimilation sont stimulées; l'appétit augmente; les digestions sont plus faciles. Il s'ensuit un état d'euphorie éprouvé par tous les malades.

Telle est rapidement décrite l'action de la lumière solaire, à condition qu'elle soit employée à *dose thérapeutique*.

II. Des effets physiologiques de la cure solaire déterminent ses *indications* et ses *contre-indications*.

Si l'on veut obtenir une action sur l'état général, et c'est le cas le plus fréquent, la cure solaire doit être *totale* : on expose au soleil le corps en entier.

Si l'on veut obtenir une action uniquement *locale*, on pourra exposer au soleil la seule partie lésée.

La *cure solaire locale* est indiquée surtout dans les plaies, et c'est à juste titre que Rollier a donné à ce traitement le nom de *pansement solaire*. Mieux qu'aucun autre traitement, dit Rollier, la cure solaire cicatrise les plaies torpides et rebelles; elle tarit rapidement les suppurations.

Son action résolutive l'indique particulièrement dans les contusions avec hématome pour aider à la résorption de l'épanchement.

Son action désinfectante et sclérosante la fait conseiller dans les plaies contuses, où souvent la vitalité des tissus est compromise, et où l'application d'antiseptiques peut être nuisible; souvent, dans ces cas, l'antiseptique vise le microbe et abat la cellule. La lymphorragie produite par le bain solaire draine les tissus, favorise l'élimination des produits toxiques et infectieux, empêche la stagnation du pus.

Nous savons qu'en outre la radiation solaire calme la douleur.

La cure solaire locale a été largement utilisée et avec succès pour les plaies de guerre (Jaubert, Léo). Elle l'a été aussi dans certaines plaies torpides. On a obtenu des guérisons remarquables dans les ulcères variqueux et même dans les brûlures des deuxième et troisième degrés (Rollier).

Le plus fréquemment, c'est le *bain solaire total* qui est indiqué, soit que l'on veuille agir sur l'état général, soit que l'on s'adresse à une manifestation locale d'un état général.

C'est ainsi que la cure solaire totale est indiquée chez les convalescents, chez les chlorotiques, chez les anémiés (Léo et Rœderer). On voit, chez ces malades exposés au soleil, les forces revenir plus rapidement, les symptômes anémiques disparaître. L'appétit se réveille, le poids augmente, l'assimilation se fait mieux; le nombre de globules s'accroît.

Par son action sur la recalcification et la nutrition des os, sur la musculature, sur les fonctions digestives et sur l'assimilation, la cure solaire fait merveille dans le rachitisme. Encore dans ce cas le réveil rapide de l'appétit, le retour des forces, la reprise de la musculature, le raffermissement des os, le développement de la taille sont phénomènes courants et attestent les bienfaits de l'héliothérapie.

On a quelquefois conseillé l'héliothérapie dans les fractures.

On a tenté la cure solaire dans les différentes diathèses. Les résultats sont incertains. Il est cependant à noter qu'elle influence heureusement les diverses variétés de rhumatisme et d'arthrite d'origine non tuberculeuse. N'obtiendrait-on dans ces cas que la cessation des douleurs que le résultat en serait certainement très goûté des malades.

La grande indication du bain solaire total ce sont les *tuberculoses externes* dites chirurgicales. Dans ces affections, il agit à la fois sur l'état général et sur l'état local.

Nous n'avons pas de remède spécifique de la tuberculose; pas de vaccin, pas de sérum. Les découvertes récentes nous permettent cependant les plus grands espoirs.

A l'heure actuelle nous devons nous contenter de mettre le tuberculeux externe dans les meilleures conditions pour qu'il puisse faire les frais de l'évolution et de la réparation de ses lésions. L'exposition au soleil est une de ces conditions favorables. Son action n'est pas contestée. Mais il ne faut pas lui faire promettre plus qu'elle ne peut tenir. Nous voyons souvent des malades atteints de mal de Pott, de coxalgie, s'imaginer qu'une exposition de trois ou quatre mois au soleil les guérira définitivement et cicatrisera totalement, dans cet espace de temps si court, leurs lésions les plus profondes.

Les résultats obtenus par la cure solaire dans les tuberculoses chirurgicales sont assez beaux pour qu'on ne leurre pas les malades en attribuant au rayon solaire une vertu quasi-miraculeuse. Il faut placer l'héliothérapie à son rang, le premier, parmi les méthodes de traitement des tuberculoses externes : vie au grand air, cure climatique, bonne ali-

mentation sans suralimentation, et, dans les cas d'ostéoarthrite, immobilisation.

Les tuberculoses superficielles sont nettement influencées par l'héliothérapie.

Il est vrai qu'elles ne sont pas en général très résistantes; et, si la cure solaire guérit le lupus par exemple, celui-ci n'est pas moins traité avec succès par les scarifications ou les séances alternées de rayons infrarouges et ultraviolets.

Les gommes tirent de la cure solaire un bénéfice certain. Elles disparaissent souvent sans intervention et sans suppuration. Si elles sont suppurées, la cicatrisation se fait en quelques semaines.

Les adénites non suppurées, dures, sont assez rebelles au traitement solaire. Lorsqu'il existe des paquets de ganglions, ces paquets diminuent plutôt par la disparition des masses de péri-adénite que par la disparition des ganglions eux-mêmes. Cependant ceux-ci s'isolent dans leur gangue, deviennent mobiles, diminuent un peu de volume, sont plus facilement opérables lorsqu'ils s'éternisent.

Si les ganglions sont ramollis et si on les ponctionne, le pus se reforme moins vite ; les ponctions sont moins nombreuses.

Si les ganglions sont fistuleux, l'action du soleil est plus manifeste : les débris caséeux s'éliminent, la cicatrisation est plus rapide; la cicatrice est souvent moins laide que celle que laisse le bistouri : les cicatrices opératoires des adénites tuberculeuses, surtout cervicales, sont presque fatalement chéloïdiennes.

J'ai déjà signalé (*L'Hôpital*, 1920) que l'héliothérapie n'a aucune action sur certaines masses ganglionnaires volumineuses, dures, que l'on prend à tort pour des adénites bacillaires et dont l'évolution montre qu'il s'agit de tumeurs malignes ou mixtes. Ces tumeurs sont uniquement justiciables soit des rayons X, soit de l'intervention chirurgicale. Toute masse ganglionnaire qui augmente régulièrement malgré la cure solaire doit être confiée au radiologue ou au chirurgien.

La tuberculose des gaines est guérie par l'héliothérapie, même lorsqu'elle a atteint un grand nombre de gaines. Le traitement doit être dans ce cas intensif, persévérant, surveillé de près, à cause de la propagation rapide possible dans les articulations voisines.

Les tuberculoses ostéo-articulaires tirent un grand bénéfice de la cure solaire. Elles doivent la suivre, en même temps que le malade est mis dans les conditions d'hygiène et de climat nécessitées par son état général. Si leur évolution n'est pas considérablement raccourcie dans sa durée, du moins les ostéo-arthrites tuberculeuses exposées au soleil et au grand air guérissent mieux et font moins d'abcès (Ménard).

L'action sclérosante du rayon solaire aide à la résorption des fongosités, les empêche de se transformer en pus. Si l'abcès se forme, il aide à sa disparition. Souvent les abcès exposés au soleil disparaissent d'eux-mêmes; en tout cas, les ponctions sont beaucoup moins nombreuses.

Il n'est pas douteux non plus que, dans la tuberculose osseuse, la cure solaire ne soit précieuse pour la recalcification des os, comme elle l'est dans le rachitisme.

Dans les tuberculoses génitales de l'homme, l'héliothérapie évite fréquemment l'intervention chirurgicale.

Dans les tuberculoses génitales de la femme, avec péri-annexites, l'héliothérapie libère les organes de leurs adhérences, mobilise la masse enflammée, rend plus facile l'intervention. L'intervention pratiquée, la cure solaire parachève la guérison.

Elle agit de la même façon dans les tuberculoses rénales et vésicales.

Il est certain que, dans ces cas, l'on obtient par l'héliothérapie jointe à la cure climatique (montagne ou mer dans un climat sédatif), la guérison sans intervention (Lereboullet). Mais il faut bien se souvenir que si la tuberculose rénale est unilatérale, il ne faut pas escompter pendant trop longtemps les bienfaits de la cure solaire. Si au bout d'un temps relativement court (quelques mois), l'héliothérapie n'a pas amené une amélioration manifeste, le malade doit être confié au chirurgien : la tuberculose rénale est la tuberculose chirurgicale par excellence. L'héliothérapie pratiquée avant l'opération, si elle n'a pas guéri le malade, a relevé tout au moins son état général et est ainsi d'un puissant secours pour le chirurgien. Il arrive souvent que, à la suite de l'intervention, il persiste une fistule ; alors l'héliothérapie reprend tous ses droits : on peut même dire qu'elle est « le seul remède à cet état de choses », et seule elle peut amener la cicatrisation... et encore à très longue échéance.

J'arrive enfin aux tuberculoses péritonéales où la cure solaire fait véritablement merveille.

La question a été mise à l'ordre du jour, il y a deux ans par les communications de Témoin à l'Académie de médecine et d'Hartmann et Armand-Delille à la Société de chirurgie.

Médecins et chirurgiens s'accordent à reconnaître l'efficacité de l'héliothérapie dans la tuberculose péritonéale.

M. Témoin pense que, dans tous les cas, l'ouverture de la grande cavité abdominale est nécessaire et qu'il faut, au cours de l'intervention, y laisser pénétrer largement pendant une vingtaine de minutes les rayons solaires. On recommence la cure solaire dix jours après.

Dans l'étude que j'ai publiée dans le *Journal médical français* (juillet 1923), j'ai montré que l'opération n'est pas nécessaire dans tous les cas; presque toujours, la cure solaire amène sans elle la guérison.

Dans le traitement de la tuberculose péritonéale, l'héliothérapeute a le pas sur le chirurgien. Si le rayon solaire n'évite pas toujours l'intervention, il la prépare; il l'aide, au moment où on la pratique, en baignant directement les lésions; il achève son œuvre en amenant ensuite une rapide guérison.

Depuis juillet 1923, j'ai traité, par la cure solaire, 16 péritonites bacillaires avec 15 guérisons ou améliorations très marquées, sans opération. Une laparotomie sous-ombilicale pour une forme ascitique, a dû être ponctionnée à trois reprises. Une nouvelle laparotomie sus-ombilicale vient d'être pratiquée au soleil. Elle a montré la présence de nombreuses granulations sur le péritoine supérieur. L'intervention est trop récente pour en connaître le résultat.

Dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'héliothérapie est très discutée. La question vient de faire l'objet de rapports intéressants au Congrès de Bordeaux (mai 1924); l'un, de Hervé, qui a parlé de l'héliothérapie en plaine et en montagne, l'autre, de Maurice Faure, qui a parlé de l'héliothérapie en climat marin.

Ces deux auteurs donnent des exemples probants

de l'action favorable de l'héliothérapie dans la tuberculose pulmonaire. D'après Hervé, « l'indication de choix réside dans les pleurites sèches, les formes post-pleuriques, ganglionnaires, les infiltrations discrètes, et d'une façon générale, la plupart des formes fibreuses ». Les tuberculoses ouvertes peuvent être aussi insolées, même les formes congestives, de même les « intoxiqués » après pneumothorax artificiel : on aurait, dans ces cas, de surprenantes chutes de température.

La tuberculose laryngée a été traitée avec succès par l'héliothérapie, au moyen de miroirs spéciaux.

Existe-t-il des *contre-indications* à la cure solaire ?

A la vérité, les héliothérapeutes n'en trouvent guère à priori et les rapports cités plus haut combattent victorieusement « les résistances auxquelles son emploi se heurte dans la tuberculose pulmonaire (Hervé) ». Il est certain qu'une cure héliothépique bien surveillée ne peut être dangereuse, car elle peut toujours être interrompue à temps ou au moins diminuée. Il ne se produit pas d'accidents brusques.

Cependant, il est contre-indiqué d'exposer les cachectiques au soleil, ainsi que les formes aiguës ou les poussées aiguës au cours d'une tuberculose pulmonaire.

Il sera également contre-indiqué d'y exposer les grands cardiaques, les athéromateux.

Bien que la cure solaire fasse baisser momentanément la tension artérielle, il faut surveiller de près les hypertendus, les scléreux rénaux.

Il est inutile de l'instituer dans les cas où elle n'a aucune action, ou du moins dans ceux où elle n'a pas l'action escomptée : si Lance la conseille à juste titre, par exemple, dans la paralysie infantile, à la période de reconstitution des centres détruits pour favoriser le développement musculaire, il est inutile de l'appliquer dans les séquelles de la même maladie, comme on me le demande à chaque instant, dans l'espoir qu'elle fera disparaître en quelques semaines toute trace de paralysie et rendra aux mouvements toutes leur amplitude et toute leur vigueur.

Les contre-indications à la cure solaire se manifestent surtout au cours du traitement.

Certains malades, peu nombreux, présentent une intolérance absolue à son égard : élévation permanente de la température, troubles digestifs avec vomissements, céphalée persistante, insomnie, diminution du poids. Cette intolérance ne peut être prévue. Pour eux, la cure solaire doit être interrompue et rejetée.

En général, les signes d'intolérance sont plus discrets. Ils se manifestent par une élévation temporaire exagérée de la température pendant et après le bain, par de légers maux de tête, par des insomnies, par de la perte de l'appétit.

Il s'agit, en général, de malades non entraînés ou mal entraînés. Une réduction de la cure solaire, une surveillance plus attentive, une progression plus lente dans la durée des séances auront vite raison de ces symptômes et les feront rapidement disparaître.

Il n'y a pas là véritable contre-indication à la cure solaire; il y a indication à une surveillance plus stricte et plus rigoureuse.

On a signalé aussi une « anaphylaxie solaire » (Grenier de Cardenal). Les phénomènes anaphylactiques signalés « tableau classique de l'urticaire », peuvent quelquefois être suffisants pour interrompre la cure solaire. On n'a pu jusqu'ici, désensibiliser de tels malades.

III. J'ai exposé (*Progrès médical*, 9 sept. 1922) les raisons du *choix du climat* dans la cure héliothérapique des tuberculoses chirurgicales. Les mêmes raisons s'imposent pour ce choix dans le traitement des autres affections justiciables de la cure solaire.

Deux règles sont absolues :

1° On doit pratiquer la cure d'héliothérapie où luit le soleil, et où il luit dans des conditions qui permettent de l'utiliser comme agent thérapeutique.

2° On doit la pratiquer dans un climat qui convienne à la réaction individuelle de chaque malade.

Si le soleil luit pour tout le monde, il ne dispense pas ses rayons avec la même prodigalité sous tous les climats.

D'après Rollier, le nombre total des heures d'insolation, au cours d'une année, à Leysin, serait de 2.011.

Parmi les côtes de France, seuls les bords de la Méditerranée surpassent Leysin avec 2.710 heures sur la côte d'Azur, et 2.416 dans leur partie occidentale jusqu'à Toulon.

La Manche moins favorisée, n'a que 1.704 heures d'insolation ; l'Océan 1.686 et Biarritz 1.691.

A l'intérieur, Pau, station tout à fait priviligiée, en a 2.136 (Vallot).

Mais le soleil, sous un climat, n'est pas utilisable toute l'année : trop chaud, il n'est pas toléré, trop faible il est insuffisant; chaud, mais accompagné de vents violents, il ne peut être utilisé. Ce n'est pas sur une plage du Nord qu'il faut chercher le soleil en hiver; la chaleur solaire est trop intense dans le milieu de la journée en été sur la côte d'Azur pour n'être pas nuisible. Mais alors que la cure ne peut être faite en hiver sur les côtes du Nord, on peut la pratiquer le matin et le soir en été sur la côte d'Azur.

A la montagne, la chaleur est parfois assez intense en hiver, par la neige, pour permettre l'exposition des malades tout nus. En été, elle est suffisamment tempérée pour l'utilisation de la radiation solaire.

Si nous nous en rapportons aux statistiques des météorologistes, en tenant compte uniquement de la possibilité d'utiliser au maximum le soleil comme agent thérapeutique, nous dirigerons nos malades :

Du début de septembre à fin juin sur la côte d'Azur (ils y pourront séjourner tout l'été à condition de ne suivre la cure que le matin et le soir).

De janvier à juillet, sur la côte d'Argent.

De mai à septembre sur les côtes de Bretagne.

De juin à septembre sur les côtes de la Manche.

En hiver et en été la montagne sera utilisable, mais dans des conditions moins favorables, avec des saisons intermédiaires franchement mauvaises (Trèves).

Le soleil n'est pas tout dans un climat.

Les stations climatiques sont soumises à d'autres conditions météorologiques, et quelquefois ces conditions prennent une telle importance qu'elles impriment à la station un caractère tout à fait spécial. Leur influence n'est pas à dédaigner : chaque malade a, vis-à-vis d'elles, sa réaction propre ; elles peuvent déterminer le choix de la station où devra être pratiquée la cure solaire; elles peuvent être une contre-indication à l'envoi d'un malade dans une station d'héliothérapie déterminée. Elles ont, du point de vue pratique, plus d'importance que la

qualité même des radiations solaires. Aussi est-il inutile d'opposer, comme on le fait souvent, la mer à la montagne, sous prétexte qu'à la mer la luminosité est exceptionnelle et résulte de la réfraction par l'eau, ou qu'à la montagne la chaleur irradiée par le soleil est beaucoup plus considérable, que toutes les radiations solaires : calorifiques, lumineuses, ultraviolettes, y sont en très forte proportion.

En général, le climat de la montagne est caractérisé par une diminution de la pression atmosphérique, de la tension de la vapeur d'eau, par un abaissement de la température. Les échanges gazeux y sont augmentés, le nombre des hématies s'accroît, et aussi la quantité d'hémoglobine du sang. « L'altitude agit encore en stimulant le système nerveux et provoquant même de l'excitation si l'effet dépasse la limite utile (d'Œlsnitz). »

A la mer, la pression atmosphérique est plus élevée, ainsi que la tension de la vapeur d'eau. L'appétit est stimulé, la puissance musculaire s'accroît, la diurèse est augmentée ainsi que la perspiration cutanée, la respiration est ralentie, le nombre des hématies augmente (Andrieu).

L'action du vent est très importante à la mer. Elle peut, jusqu'à un certain point, compenser chez les malades qui peuvent la supporter, l'action d'un soleil déficient. C'est au vent que Berck attribue ses succès. Soufflant du large, il amène avec lui l'iode, l'ozone, le bromure et le chlorure de sodium. A ce dernier sel, serait due, d'après certains auteurs, la spécificité du climat marin.

C'est sur la mer du Nord, sur la Manche, dans la région du Sud-Ouest de la France que les qualités du climat marin sont au maximum.

Arcachon présente « une combinaison harmonieuse du climat sylvestre et du climat marin atténué » (Gandy et Marchand).

Le régime des vents est peu favorable à l'héliothérapie sur la côte occidentale de la Méditerranée.

Par contre, malgré le mistral (encore violent à Hyères et à Saint-Raphaël, mais arrêté par l'Estérel, et encore sensible à Cannes, n'existant pour ainsi dire plus à Nice et au delà), le parcours moyen du vent n'atteint pas sur la Côte-d'Azur la moitié de celui des autres côtes.

Aussi la Côte-d'Azur est-elle le pays par excellence de l'héliothérapie marine, dans les limites dictées par les saisons. Si l'air marin y a peut-être moins de valeur que sur les côtes de la Manche ou de l'Océan, les forêts de pins qui bordent le littoral le surchargent d'ozone. Le climat y est moins excitant que celui des côtes occidentales.

Il permet les bains de mer pendant une longue période de l'année (mai à fin septembre). Les enfants de l'Asile Dolfus à Cannes se baignaient même tout l'hiver.

Si la « saison » existe tout l'année sur la Manche pour les malades spécialement justiciables de son climat, elle ne devrait durer pour les autres que de juillet à septembre. Sur les plages du Sud-Ouest, elle devrait d'étendre de janvier à juillet. Sur la Côte-d'Azur elle devrait commencer au début de septembre pour finir à la fin de juin. Elle peut y être prolongée, comme sur les plages du Sud-Ouest, par la cure de balnéothérapie marine.

La cure héliothérapique à la campagne donne de bons résultats, moins bons cependant que ceux que l'on obtient à la mer ou à la montagne. Il est facile de comprendre que l'on ne peut embrasser d'un seul coup d'œil la valeur des différents climats de l'intérieur de la France, et donner des indications de séjour. Si le malade peut se déplacer, il faut qu'il se rende, selon sa réaction à l'action du climat, soit à la mer, soit à la montagne à une altitude plus ou moins élevée, s'il veut obtenir le maximum d'effet de la cure solaire.

Des considérations précédentes il résulte que l'on devra envoyer à la montagne les tuberculeux pulmonaires atteints en même temps de tuberculose externe; on y enverra également les tuberculeux congestifs à qui le bord de la mer pourrait être nuisible, on y adressera les anémiques, les nerveux, les excitables, que l'on installera à une demi-altitude. On conseillera l'altitude élevée aux malades qui ont besoin d'un « coup de fouet », les lymphatiques et les scrofuleux.

Le climat d'élection pour ces derniers est celui des plages du Nord, où, dans ces cas, la cure solaire déficiente peut être compensée par la cure de vent marin à l'action vivifiante et rude. Les rachitiques se trouveront bien aussi d'un séjour sur ces plages.

On se gardera bien d'y envoyer les nerveux, les neuro-arthritiques excitables, les insomniques. On les dirigera sur les stations plus sédatives telles que les plages du Sud-Ouest (Arcachon, Biarritz) ou les plages de la Riviera.

Sur celles-ci on dirigera également les malades pour qui les indications de la cure solaire se présenteront pendant l'hiver.

Les tuberculeux pulmonaires au début, les malades atteints de pleurites, de tuberculoses fibreuses se trouveront également bien d'une cure d'héliothérapie sur la Riviera, où il existe grâce à la proximité de la mer et de la montagne, une variété infinie de climats.

Les convalescents, les malades affaiblis bénéficieront d'un séjour à la mer ou à la montagne selon la saison où la cure solaire leur sera conseillée.

En combinant les indications posées par les influences saisonnières et par les réactions individuelles, on est amené à envisager un traitement héliothérapique alternant : plages du Nord en été, plages du Midi en hiver, ou selon les cas : alternance entre ces plages et la montagne soit en été, soit en hiver. Le maximum des indications en matière de tuberculoses chirurgicales serait, d'après d'Oelsnitz, « plages du Nord, en particulier Berck en été; plages de l'Atlantique ou de la Riviera en hiver ». Il est bon de se rappeler que les heures où luit un soleil thérapeutique sont considérablement plus nombreuses sur la Côte-d'Azur que sur l'Atlantique.

IV. L'installation matérielle d'une cure héliothérapique est très simple.

Il faut et il suffit que le malade puisse recevoir directement les rayons solaires, à l'abri du vent et des regards indiscrets. Une partie découverte dans un jardin, une terrasse, un tennis, un balcon, un toit peuvent être utilisés; à la rigueur une chambre dont les fenêtres sont ouvertes de façon que le soleil baigne le malade étendu sur son lit, sur une chaise longue, sur un tapis.

Pour obtenir le maximum de radiation, il est bon que les objets entourant le malade n'absorbent pas une trop grande quantité de rayons : on exposera le malade dans un jardin sur le sable plutôt que sur l'herbe; à la mer, on s'arrangera de manière à utiliser la réverbération des flots; à la montagne, la réverbération des glaciers.

Le malade sera entouré d'écrans blancs qui éviteront en outre le vent et les regards indiscrets.

A la Clinique d'héliothérapie de la Villa Mire-Juan, à Cannes, les malades font la cure solaire, soit sur des balcons, soit sur des terrasses, sous des tentes démontables très faciles à construire : quatre piquets verticaux de 1m80 de hauteur environ sont assemblés à leur extrémité supérieure par quatre traverses horizontales amovibles de manière à former une cellule de 2m50 environ de longueur sur 1 mètre de largeur. Une toile revêt une des petites faces verticales de la cellule, recouvre sa face supérieure, puis revêt l'autre petite face. Elle est maintenue par des lacs attachés de place en place aux piquets ou traverses. Une autre toile garnit une des grandes faces de la cellule et est fixée de la même façon. La dernière paroi est largement ouverte et orientée du côté du soleil. Sous la tente, une chaise longue ou un lit de Lannelongue, une petite table pour que le malade puisse y déposer ses menus objets et une chaise de jardin.

En quelques minutes la tente est montée. Elle se démonte plus rapidement encore.

Piquets et traverses sont alors réunis en un faisceau autour duquel on roule les toiles. Le tout est facilement transportable et a un encombrement minime.

Le prix de ces tentes, qui peuvent être construites par n'importe quel menuisier dans n'importe quel village, est assez modique.

Le bain solaire doit être pris par le malade nu, la tête seule reste couverte.

Ce n'est pas dès le premier jour qu'on arrivera à exposer totalement un malade au soleil.

Tous les héliothérapeutes sont d'accord pour graduer la cure solaire. Nous nous trouvons en face de deux solutions : la découverte partielle et de plus en plus étendue du corps par segments avec insolation de plus en plus longue de chaque segment (Rollier, Aimes); découverte complète et en une seule fois du corps déjà un peu habitué au soleil à travers un vêtement léger (Jaubert).

Rollier, les premiers jours de la cure, expose les pieds au soleil, trois fois cinq minutes;

Le deuxième jour, trois fois dix minutes, le troisième jour, trois fois quinze minutes, etc.

Le deuxième jour, il découvre les jambes en même temps que les pieds, mais pendant cinq minutes seulement. Le troisième jour, c'est le tour des cuisses, qui sont découvertes trois fois cinq minutes tandis que les jambes le sont pendant trois fois dix minutes, et les pieds pendant trois fois quinze minutes. On arrive ainsi au quatrième jour à découvrir l'abdomen, puis au cinquième le thorax en ayant soin de protéger la région précordiale au moyen d'une compresse humide si la température est élevée. Au sixième jour, à moins de contre-indication, la région dorsale est exposée trois fois cinq minutes. Puis on augmente la durée respective des trois séances quotidiennes, et on arrive à découvrir les malades en un ou deux temps.

Les séances sont espacées d'une demi-heure à une heure.

Jaubert, après une acclimatation de quelques jours à l'air et à l'ombre, expose le premier jour le malade au soleil avec une chemise légère et un chapeau de toile, bras et jambes nus pendant dix minutes. Le second jour, même insolation pendant dix minutes. Le troisième jour, il enlève la chemise et donne dix minutes, le quatrième jour même séance. Le cinquième jour, il expose le malade pendant dix minutes côté dos et dix minutes côté ventre, le sixième jour, même séance. Le septième jour, il donne quinze minutes côté dos et quinze minutes côté ventre, et augmente de cinq à dix minutes par jour selon la tolérance des sujets jusqu'à une heure. Alors, arrêt de la progression pendant huit jours, puis reprise jusqu'à deux, trois ou quatre heures.

Léo utilise une progression par segments plus rapide que celle de Rollier.

Quelle progression choisir?

Il faut être éclectique. Si le malade commence sa cure à une époque de l'année où le soleil est très brillant et très chaud, on se trouvera bien de la progression Rollier. En plein hiver, dans le Midi, la progression Jaubert pourra être utilisée.

Chez les sujets affaiblis, c'est la progression Rollier que l'on choisira.

Si la progression Jaubert employée au début est mal tolérée, on reviendra à la progression Léo ou à la progression Rollier.

Aussi est-il nécessaire de suivre attentivement et jour par jour les malades exposés au soleil. Ce n'est qu'à cette condition que l'on retirera de ce traitement le maximum de rendement, et que l'on aura le minimum d'ennuis.

Il est d'usage d'interrompre la cure solaire environ une demi-heure avant le repas de midi, et de ne la reprendre que trois heures après. C'est la méthode que j'emploie. Cependant des malades bien entraînés peuvent prendre leur repas pendant la cure.

De même, on interrompt la cure chez la femme, au moment des périodes menstruelles. Cependant une de mes malades, atteinte de péritonite bacillaire et particulièrement bien entraînée a pu continuer sa cure dans ces conditions sans le moindre inconvénient.

Si pour une raison quelconque la cure héliothérapique a été interrompue pendant plusieurs jours, il faut reprendre les séances avec une durée inférieure à celle où on l'a quittée, et la première séance sera d'autant plus courte que l'interruption aura été plus longue; à moins que le malade ne soit accoutumé à supporter la radiation solaire pendant une heure ou deux, et que l'interruption n'ait pas dépassé quelques jours.

Pour bien diriger un traitement héliothérapique, il faut, au moins pendant le premier mois, prendre la température du malade avant le bain, après le bain, une heure après, et le soir. La température, chez un malade acclimaté, doit s'élever de quelques dixièmes pendant la cure, avoir commencé à baisser une heure après, être normale le soir. Cet état d'acclimatation ne se produit guère qu'au bout de quinze jours.

Il faut aussi surveiller le pouls, le cœur, la tension artérielle chez les malades âgés.

Il faut enfin connaître les petits signes de l'intolérance de la cure solaire, fièvre légère le soir, perte de l'appétit, perte du sommeil, céphalée. L'apparition de ces petits symptômes doit faire diminuer la durée de l'exposition au soleil et commande une progression lente.

Il est inutile de dire que la cure solaire ne doit pas laisser mettre de côté les autres parties du traitement. C'est ainsi que dans les tuberculoses ostéo-articulaires l'immobilisation devra être maintenue

pendant la cure de façon rigoureuse : la chose est facile en munissant le malade d'appareils bivalves.

La surveillance attentive et quotidienne de la cure solaire, l'obéissance à la technique ci-dessus exposée évitent tout ennui et donnent les meilleurs résultats.

V. Quel bénéfice doit tirer le malade de la cure solaire?

La cure solaire rend d'énormes services. Locale, elle est un excellent pansement des plaies infectées et atones; générale, elle a une action puissante sur l'état général du malade. Elle raccourcit la convalescence des maladies infectieuses, reglobulise les chlorotiques et les anémiés; elle aide à la récalcification des os rachitiques, elle raffermit le système musculaire, elle fait disparaître les troubles de nutrition.

Elle calme la douleur.

Elle vient en première ligne dans le traitement des tuberculoses chirurgicales et des tuberculoses ostéo-articulaires immobilisées; elle doit être alors jointe à la cure d'air, à la cure alimentaire, et à la cure climatique. Elle empêche la production des abcès, elle aide à la résorption de ceux qu'elle n'a pu éviter; elle tarit les fistules, elle aide à la recalcification. Dans toutes ces affections, si l'intervention est nécessaire, elle la prépare, la facilite et la complète. Elle est le meilleur traitement de la tuberculose péritonéale, pour laquelle elle évite souvent l'intervention en faisant disparaître granulations, ascite, adhérences. Elle mobilise les organes jusqu'alors bloqués par des tissus pathologiques; elle permet ainsi des opérations impossibles sans elle. Elle achève l'œuvre du chirurgien en faisant disparaître les fistules post-opératoires, en raccourcissant la convalescence.

Et les services qu'elle rend, présentés ici en raccourci, sont suffisants pour ne pas avoir à lui attribuer un pouvoir miraculeux qu'aucun traitement ne saurait posséder.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

(*Paris, 20-25 octobre 1924.*)

Le premier Congrès annuel de stomatologie vient de se tenir à la Faculté de médecine sous la présidence du ministre de l'Instruction publique et du doyen. Cette manifestation, qui sera désormais régulière, marque bien la vitalité de cette spécialité médicale, ainsi que le souci de ceux qui l'exercent, d'améliorer ses conditions scientifiques, on pourrait presque dire de les créer.

A lire l'intéressant rapport de Fargin-Fayolle sur la **carie dentaire**, on est frappé, en effet, de l'obscurité qui règne encore sur cette question ; elle ne permet pas à l'auteur d'énoncer des résultats, mais simplement d'établir un programme de recherches. Ce n'est que dans ces dernières années que quelques lueurs sont apparues, depuis que quelques médecins instruits s'y sont intéressé. Jusque-là évidemment, malgré l'extrême fréquence de cette affection, les empiriques qui la traitaient ne pouvaient que faire de la thérapeutique de circonstance. Et la constatation de cette insuffisance montre mieux que toute polémique, combien il serait désirable que le nombre des chercheurs pût se multiplier ; la condition indispensable en est que l'on exige des praticiens de cette spécialité, ce que l'on exige pour les autres, une instruction générale suffisante, en fait des études médicales complètes ; c'est bien la conclusion à laquelle est arrivé, dans son discours d'inauguration, le ministre de l'Instruction publique, discours dont le thème était que la culture générale déborde amplement la spécialité.

Mêmes remarques en ce qui concerne la **pyorrhée alvéolaire** dont les divers traitements ont donné lieu à d'intéressantes discussions : traitements locaux, vaccinothérapie, traitement prothétique. Car, les médecins de plus en plus nombreux qui pratiquent la stomatologie ne négligent pas cette dernière question : seulement pour eux la prothèse est un moyen et non pas un but. C'est un des leurs, Izard, qui, pour leur première fois, dans son rapport sur l'**expansion maxillaire transversale en orthopédie dento-faciale**, a publié une magistrale étude d'ensemble de cette question si importante. Et la discussion a bien montré combien là encore il convenait de ne pas envisager simplement des procédés mécaniques plus ou moins ingénieux, mais avant tout l'étiologie des lésions, de même que leur traitement doit cesser d'être une simple affaire d'esthétique, mais un adjuvant précieux du développement général de l'organisme. Il est à souhaiter que ce rapport soit l'amorce d'un ouvrage complet, qui manque encore à notre littérature. Un autre rapport s'occupe du **traitement des caries pénétrantes**.

Dans son ensemble ce Congrès, par ses rapports, les discussions, les communications diverses, semble avoir eu principalement en vue la prophylaxie des affections bucco-dentaires. A ce titre, il marque une tendance qui ouvre de vastes perspectives pour l'avenir et qui indique bien que le stomatologiste veut être de plus en plus un véritable médecin. Cette spécialité s'étouffe dans le cadre étroit où voudraient la maintenir, pour des raisons que nous avons déjà exposées, ceux qui s'opposent à son évolution normale. En agissant ainsi, les chirurgiens-dentistes ne peuvent évidemment savoir ce qu'ils font; dépassés qu'ils sont forcément par ces préoccupations d'ordre scientifique. Aussi ne pouvons-nous que nous associer au vœu du professeur Roger dans son discours, à savoir que le statut de cette spécialité soit réglé, par l'obligation du doctorat en médecine pour tous ceux qui doivent l'exercer, et ceci avant la fin de son décanat actuel.

A. HERPIN.

CHRONIQUE

LES COURS MÉDICAUX FRANÇAIS POUR ÉTRANGERS

Au cours de la guerre la nouveauté des faits en présence desquels se trouva le corps médical (lutte contre les gaz, traitement des gazés, plaies de guerre, prophylaxie et hygiène générale et particulière, etc.) imposa les réunions médicales par armée d'abord et bientôt interalliées. Ces réunions ressemblèrent au début à des séances de sociétés scientifiques, mais elles furent rapidement remplacées par des conférences suivies de discussion.

Les relations établies au cours de la guerre se poursuivirent après l'armistice et nombre de médecins étrangers frappés par la clarté de notre enseignement, par l'excellent travail qu'ils avaient vu réaliser dans nos laboratoires quelque pauvres qu'ils fussent, par le sens pratique des cours de perfectionnement, l'émulation de nos savants ne reculant devant aucun sacrifice pour arracher quelque secret à la science, manifestèrent le désir de profiter des facilités de s'instruire qu'ils trouvaient en France.

Déjà avant la guerre les médecins étrangers (1) fréquentaient nos grandes cliniques, la gloire de Chevreul et de Pasteur rayonnait sur la France ; c'était Albarran succédant à Guyon à la tête de l'Ecole de Necker, Doyen remplaçant Péan, Fournier à l'Ecole de Saint-Louis ; l'ombre de Charcot planait encore sur la Salpêtrière tandis que Tarnier, Budin, Pinard faisaient de l'obstétrique une science sociale. Les étudiants en foule se pressaient aux cours de Farabeuf, Mathias-Duval, Poirier, tandis que l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu était trop petit pour contenir les médecins accourus de tous les points de l'univers entendre l'enseignement clair, précis, empoignant, donné par Dieulafoy dont le Manuel était répandu dans le monde entier.

(1) A cette époque beaucoup de jeunes étrangers faisaient toutes leurs études en France, concouraient à l'internat et passaient leur thèse à Paris.

La rapidité des communications, les avantages trouvés en France, favorisèrent les déplacements, et bientôt le nombre des médecins étrangers fut tel qu'il y eut à envisager la création et l'organisation de cours de perfectionnement.

D'autre part, l'évolution constante de la médecine, ses modifications rapides, ses perfectionnements nombreux, les nouveautés thérapeutiques, font que le médecin soucieux de suivre le mouvement médical, non seulement au point de vue théorique mais surtout pratique, est dans la nécessité de fréquenter des cours complémentaires où il aura la possibilité de connaître en peu de temps et sans fatigue les derniers progrès et les nouveautés scientifiques ; il lui est à peu près impossible de s'astreindre à ce travail lorsqu'il se trouve pris par les exigences de la clientèle. Aussi les cours de perfectionnement réunissent-ils français et étrangers, et sont-ils un nouveau lien international.

Les cours de perfectionnement comprennent généralement un exposé des nouvelles acquisitions médicales de l'année, l'étude des questions d'actualité, concernant un organe ou une série d'organes constituant un ensemble, appareil digestif, appareil uro-génital, par exemple ; ils sont médicaux, chirurgicaux ou s'adressent aux spécialistes.

Les cours médicaux comprennent l'examen clinique de malades, l'étude et la discussion d'un syndrome, l'étude du traitement d'une maladie dans toutes ses modalités, pharmacologie, diététique, cure hydro-minérale, agents physiques, crénothérapie, rayons, radium, traitement chirurgical. Cet enseignement clinique et thérapeutique est accompagné des exercices de laboratoire indispensables : analyse des urines, dosages des divers éléments, rapports urologiques, examen du sang, du liquide céphalo-rachidien, chimisme gastrique, coprologie, gastrotonométrie, etc.

Les cours de perfectionnement chirurgicaux comportent le matin l'exposé technique d'une opération, l'examen de malades avec rédaction de l'observation, présentation et discussion, puis opération. L'après-midi, répétition sur le cadavre par chaque assistant et sous la direction du professeur, de l'opération pratiquée le matin, opérations sur le chien, examens anatomo-pathologiques, chimiques, œsophagoscopie, rectoscopie, application d'appareils, emploi des rayons, du radium, etc.

En un mot, chirurgiens, médecins ou spécialistes ont le matin une leçon théorique, un examen clinique de malades, une opération, et l'après-midi travaux pratiques personnels.

L'assiduité à ces cours est constatée par un certificat délivré par le professeur et contresigné par le doyen de la Faculté de médecine. Le fait de s'inscrire à un cours et de consigner ne confère pas le droit au certificat, il faut avoir effectivement assisté au cours ; certains médecins ont vu éconduire leur demande de payer les droits afférents à tel cours pour qu'on leur envoyât le certificat correspondant. La *présence réelle* est de rigueur, c'est d'ailleurs la seule façon de conserver à ces certificats leur valeur.

Les cours de perfectionnement donnés en France sont appréciés des étrangers par le soin qu'apportent les professeurs à les préparer, à réunir des malades intéressants, et par les exercices pratiques qui les accompagnent, toutefois on leur reproche de manquer de cohésion, de s'ignorer les uns les autres. Ce que l'étranger souhaite, c'est de voir en quelques mois tout ce qui peut l'intéresser dans une branche de la médecine ou de la chirurgie. Un gros effort vient d'être tenté dans ce sens par M le Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Toujours désireux de faire connaître la science médicale française, de faire apprécier dans nos méthodes d'enseignement cette simplicité et cette clarté qui caractérisent l'esprit latin, et de faciliter les rapports entre Français et étrangers, M. le professeur Roger fera inaugurer au cours du premier trimestre de l'année 1925, une série de cours combinés à l'intention des médecins étrangers. Ces cours seront faits par les professeurs de clinique assistés de leurs agrégés, de leurs chefs de clinique et de laboratoire.

Ainsi, du 15 janvier au 15 février, aura lieu le cours de *phtisiologie clinique et prophylactique*, par MM. Bezançon, Letulle, Sergent, Léon Bernard et X..., suppléant le docteur Broca, décédé.

Le matin, de 9 h. 1/2 à 12 h., conférences, examens cliniques et exercices pratiques, tandis que l'après-midi, de 14 à 18 h., MM. les professeurs Brumpt, Bezançon et M. Philibert, agrégé, feront un cours de microbiologie et parasitologie, chaque leçon étant suivie de travaux pratiques.

Du 2 au 24 février, cours complet de *neurologie et psychiatrie*, par MM. les professeurs Claude et Guillain Deux leçons par jour pendant dix jours à la Salpêtrière et pendant dix autres jours à Sainte-Anne, puis trois conférences de neurologie oculaire à l'Hôtel-Dieu, par le docteur Velter, agrégé, et deux leçons d'exploration vestibulaire, par le docteur Lemaître, agrégé.

Du 2 au 24 février également, cours combiné sur les *maladies de la nutrition et les maladies infectieuses*, par les professeurs Chauffard et Teissier, assistés de leurs agrégés, chefs de clinique et chefs de laboratoire.

Le matin, leçons sur les modifications de l'équilibre humoral dans leur rapport avec les maladies de la nutrition, accompagnées d'examen clinique de malades, l'après-midi travaux pratiques sur le chimisme humoral. Puis étude des maladies infectieuses, de l'immunité, des troubles du métabolisme azoté.

Les 11, 13, 16, 18, 20, 23, 25, 27 février, exercices de *médecine expérimentale*, par le professeur Roger, assisté du docteur Binet, agrégé, de 14 à 18 heures. Les 17 19, 21, 24, 26, 28 février et 3 mars, leçons de *chimie médicale* et *biologique*, par le professeur Desgrez.

Enfin du 1er au 31 mars, cours combiné d'obstétrique et de gynécologie, par les professeurs Couvelaire, Brindeau et J.-L. Faure.

A la fin de l'année scolaire, MM. les professeurs Hartmann, Gosset et Duval se réuniront pour faire du *22 juin au 11 juillet* un cours de *chirurgie abdominale* avec opérations sur le cadavre, sur le chien, exercices de laboratoires, œsophago copie, rectoscopie, etc.

Ce cours sera précédé du 1er au 20 juin par le cours de *pathologie et thérapeutique obstétricale et gynécologique* de M. le professeur Couvelaire, assisté de MM. Lévy-Solal et Le Lorier, agrégés ; Vignes, Levant, accoucheurs ; Powilowicz et Portes, chefs de clinique.

Du *1er au 15 juin*, cours pratique de *chirurgie réparatrice et cosmétique de la face*, par le professeur Sebileau.

Du *19 au 29 juin*, cours du professeur Delbet sur les *fractures et luxations des membres, pose d'appareils*.

En juin, cours de neurologie du professeur Guillain, enfin pour les médecins, du 29 juin au 11 juillet, cours du docteur Villaret, assisté des docteurs Lardennois et Baudoin, sur les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.

Et du 24 juillet au 13 août, cours de *pédiatrie* du professeur Nobécourt.

En *avril et mai*, nous trouvons un autre groupement de cours : 31 mars-11 avril, cours du docteur Villaret avec ses collaborateurs de la clinique du professeur Gilbert.

Du 11 avril au 7 mai, cours du professeur Nobécourt.

Le 30 avril, cours du professeur Widal.

Du 14 au 24 avril, cours du professeur Delbet.

En mai, cours d'ophtalmologie et en mai-juin, cours de cardiologie du professeur Vaquez.

D'aucuns souhaiteraient que deux fois par an tous les cours concernant une matière, fussent réunis et se succédassent d'une façon presque subintrante. Il est certainement intéressant d'apprendre le plus de choses possibles en un temps minimum, mais pour apprendre, il ne suffit pas de voir et d'entendre, autant en emporte le vent, il faut une attention soutenue, un travail assidu et le repos de 2 heures à 3 h. 1/2, nous paraît salutaire, outre qu'il permet de se documenter dans les musées ou à la bibliotèque. Le record n'est pas recommandable lorsqu'il s'agit de la gymnastique intellectuelle, en médecine moins qu'ailleurs car l'enjeu est la vie d'un être humain.

Plus heureuse, nous paraît l'initiative prise en avril dernier par le professeur Nobécourt, réalisée complètement par la Faculté de Bordeaux en juillet-août, et que le docteur Lemaître va renouveler en grand à Paris en janvier 1925. M. Nobécourt avait prié deux pédiatres espagnols réputés, les professeurs Martinez Vargas et Enrique Suner de participer à son cours de perfectionnement. A Bordeaux, M. Moure invita les docteurs Bried, Fulton, Chandler et Barnes à prendre part à son enseignement complémentaire. Le docteur Lemaître a

prié cinq oto-rhino-laryngologistes américains de s'associer à son cours de perfectionnement qui sera donné aussi *en anglais*.

Déjà avant la guerre le professeur Bar avait inauguré avec succès un cours d'obstétrique, en espagnol, fait par ses élèves.

Une autre nouveauté serait, croyons-nous à l'étude. Il s'agirait à la fin de l'année scolaire, de choisir deux ou trois questions à l'ordre du jour et de les faire traiter sous leurs différents aspects par des groupes de professeurs qui les envisageraient aux points de vue médical, chirurgical, thérapeutique, théorique et expérimental, biologique, dans leurs conséquences, etc.

En dehors des cours de perfectionnement réguliers et prévus au début de chaque année, il arrive que des médecins désirent obtenir des cours spéciaux. Ils n'ont qu'à s'adresser à l'A. D. R. M., et le cours qu'ils souhaitent sera aussitôt organisé. C'est ainsi que cette année des cours particuliers de dermatologie, d'opérations sur les chiens, de chirurgie des voies digestives, de chirurgie des voies urinaires ont été organisés pour des médecins étrangers.

En outre, en octobre, l'A. D. R. M. adresse à toutes les Facultés étrangères, à toutes les Associations, à tous les journaux, en ayant une fois manifesté le désir, le programme des cours complémentaires qui se donnent non seulement à la Faculté de Paris, mais dans les Facultés de Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nancy et Strasbourg dont elle reçoit régulièrement les affiches.

Ainsi le médecin étranger peut à l'avance choisir l'époque de son voyage et organiser l'emploi de son temps. Bientôt, il n'aura même plus à se préoccuper de son logement, lorsque chaque nation aura son pavillon dans la cité universitaire.

L. M.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ACCIDENT A UNE DOMESTIQUE. SOINS DONNÉS DANS UN DISPENSAIRE D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCES. EXONÉRATION DU MÉDECIN

La dame Vve C..., cuisinière au service de la dame de D... a été victime d'un accident qui lui est survenu le 4 juillet 1913, en tombant dans l'escalier de la maison et s'est fait une blessure au poignet. Le 7 juillet, elle s'est rendue au dispensaire de la Compagnie d'assurances X... sur l'indication de sa patronne qui était assurée à cette Compagnie. A cette première visite, le docteur H..., médecin du dispensaire, a diagnostiqué une contusion et une entorse du poignet et a évalué à douze jours la durée de l'incapacité de travail. En conséquence, la dame Vve C... a été soumise à un traitement par le massage, qu'elle a subi pendant cinq séances; le traitement a cessé le 1er septembre. Mais au mois d'octobre, la blessée, qui souffrait toujours de son poignet, s'est rendue à l'hôpital de Lariboisière, où il a été constaté qu'elle présentait les traces évidentes d'une fracture non réduite entraînant une incapacité de travail prolongée.

En raison de ces faits, la dame Vve C... a assigné solidairement en dommages-intérêts la dame de D..., le docteur H... et la Compagnie d'assurances. La Cour d'appel de Paris a rendu son arrêt, dans cette affaire, le 6 juin 1923.

Elle a écarté la responsabilité de la patronne, en disant qu'elle s'était bornée à donner à sa cuisinière l'adresse du dispensaire où elle pouvait se faire soigner : aucune faute ne pouvait être retenue contre elle. Dès lors, elle l'a mise hors de cause.

Elle a écarté également la responsabilité du médecin dans des termes qu'il importe d'indiquer : « Considérant que la demanderesse lui reproche l'erreur de diagnostic non contestable qui est à l'origine de cette affaire, mais que le praticien fait valoir que, chargé uniquement de la consultation des hommes, à laquelle la dame C... s'est présentée par erreur, il s'est borné à prescrire un pansement humide et a engagé la demanderesse à venir, le lendemain matin, à la consultation des femmes; que d'ailleurs l'enflure très prononcée du poignet ne permettait pas à ce moment de reconnaître la nature exacte et la gravité de la blessure, et que le diagnostic qu'il a établi était tout à fait provisoire. Considérant que ces affirmations n'ont été combattues par aucune preuve contraire, et qu'il ne semble pas, dans ces conditions, qu'il y ait dans les faits de la cause des éléments suffisants pour retenir la responsabilité du docteur H... »

Mais après avoir écarté ces deux responsabilités, la Cour retient celle de la Compagnie d'assurances, parce que celle-ci avait ouvert un dispensaire pour y soigner les victimes d'accidents du travail dans son intérêt et afin de diminuer les charges qui lui incombaient : elle assumait ainsi une responsabilité des soins qui étaient donnés aux blessés et devait veiller à les organiser de façon à éviter, autant que possible, toute erreur et tout préjudice. Notamment, elle avait contracté, avec la dame Vve C..., cette obligation, en la recevant à son dispensaire, en la faisant examiner par des médecins de son choix, en l'invitant à se rendre à ce dispensaire pendant quarante-cinq jours pour y suivre un traitement par le massage, enfin, en lui délivrant une carte sur laquelle ces séances avaient été pointées. Et la Cour ajoute :

« Or, considérant que la seule observation qui paraisse avoir été prise sur la blessure de la dame C... est celle qui résulte de l'examen pratiqué le 7 juillet dans des conditions telles que, d'après la Compagnie, aucun diagnostic ne pouvait sérieusement être établi; qu'il n'est produit aucun document duquel on puisse induire que le médecin, chargé de la consultation des femmes ait vérifié le diagnostic certainement erroné de son confrère, quand la diminution de l'enflure a permis un examen plus sérieux; que bien mieux les défendeurs insistent sur ce qu'il n'existait aucun contrôle d'un médecin sur l'autre, chacun se cantonnant dans son service; qu'aucune observation ne paraît avoir été prise sur les résultats du traitement par le massage en cours des quarante-cinq séances où il a été appliqué, ni sur l'état de la blessée quand le traitement a cessé et qu'elle a été renvoyée par la Compagnie, celle-ci lui offrant d'ailleurs une indemnité de 200 francs; que, d'après l'opinion accréditée du docteur M..., telle qu'elle résulte d'une lettre invoquée par les défendeurs, les lésions traumatiques du poignet constituent l'un des problèmes les plus difficiles que la clinique ait à résoudre, la radiographie permettant seule bien souvent de reconnaître les dégâts osseux dans les premiers jours qui suivent l'accident, et le clinicien le plus expérimenté et le plus instruit risquant fort de se tromper sans elle; que cependant aucune radiographie n'a été opérée malgré l'insuccès du massage jusqu'au 7 octobre, date à laquelle l'appelante s'étant rendue à l'hôpital de Lariboisière, la fracture a été immédiatement reconnue et réduite. »

La Compagnie a été condamnée, en conséquence à payer à la dame C... une rente viagère annuelle de 1.800 francs, le défaut de soins appropriés dont elle a été victime ayant eu pour résultat d'aggraver les souffrances qu'elle a endurées et les conséquences de la blessure qu'elle a reçue.

En ce qui concerne le médecin — et nous n'envisageons que son cas — la décision de la Cour de Paris fait une juste application des principes de droit. On ne pouvait pas reprocher au médecin une faute lourde, grossière, une faute telle qu'un praticien de connaissances et d'habileté moyennes serait impardonnable de l'avoir commise; dans l'espèce présente, le médecin avait fait un premier examen à l'occasion duquel il était matériellement impossible de se faire une opinion définitive. Or, il n'a pas été à même de faire ces observations; il y a lieu d'ajouter que s'il a commis une erreur, ce n'est pas cette erreur initiale qui avait été la cause du préjudice, mais l'absence de soins ultérieurs que le médecin n'avait pas eu à donner.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

L'Alimentation naturelle chez l'enfant, par le docteur MONTEUUIS, médecin de la villa de Repos Saint-Antoine, à Nice, membre correspondant de la Société de thérapeutique de Paris. In-8, 1924. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 29 NOVEMBRE 1924

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, en 132 lots, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits et préparations pharmaceutiques, produits chimiques, produits pour laboratoires et matières colorantes et produits chimiques hors série (chlorure de méthyle pur et oxygène)*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques, et pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1er janvier 1925.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 20 novembre 1924.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 13 novembre. — Questions données : « Aspect clinique du pneumothorax des tuberculeux. — Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. »

Mlle Pithon, 15; MM. Couturat (Jacques), 26; Laborde (Jean), 15; Lapeyre (Jean) et Deraux (Jules), 27; Marco (François), 18; Lichtwitz (André) et Mlle Corbillon, 20; MM. Layani (Fernand), 24; Levaxelaire (Roger), 14.

Séance du 15 novembre. — Questions données : « Diagnostic et traitement du coma diabétique. — Indication et technique du tubage laryngé. »

MM. Cournand, 20; Mâle, 16; Lacassie, 14; Salavert, 23; Augier, 21; Faraut, 18; Delafontaine, 23; Lejeune, 20.

Séance du 16 novembre.— Questions données : « Crises gastriques du tabes. — Formes cliniques de l'appendicite aiguë. »

MM. Bureau (Robert), 21; Mabille (Pierre), 14; Bompart (Henri), 19; Pascal (Raoul) et Salmon (Albert), 24; Guisoni (Louis), 13; Retal (Georges), 12; Fénal (Bernard), 17; Mlle Bach, 24; M. Frantz (Robert), 20.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lainé, Tendron, Briton, Mlle Barreau, MM Bernaud, Lefebvre.

Internes provisoires : MM. Ménager, Biot, Denarié.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Reliquet, Gorrichon, Villard, Foucaud, Montfort, de Fallois, Guias, Belin, Defouloy, Renoul, Pineau, Legry, Ribot, Dupé, Bianchi, Baudoin.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 7 novembre 1924, sont promus dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Richaud, Besson, Lambert, Abelous, Finck, Bérard.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Izard, Barthélemy, Hemery, Spindler, Chaufour, Gallouin, Tillier, Schmitt, Michel, Guglielmi, Abt, Emeric, Dedieu-Anglade, Goidin, Ledoux, Raynaud, Roux de Badilhac, Aveline, Barbin, Bassaget, Cantonnet, Coutelas, Dugue, Erlanger, Lançon, Liautey, Loyer, Mathieu, Pérard, Porot, Vurpas, Euzière, Guillemard, Mandoul, Parcelier, Robert, Camus (Jean), Boutavant, Costa, Fredet, Laquerrière, Magitot.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Brunat, Paulet, Jamaux, Royet, Gérard, Chaignot, Clavel, Sommelet, Charreire, Mage, Tixier, Charpy, Valeton, Lemiere, Perret, Astraud, Bardin, Beros, Blaizot, de Campredon, Cantenot, Chaillot, Defosses, Dubly, Farniere, Gibault, Hamel, Jaubert de Beaujeu, Jourdin, Mallet, Martin, Moussour, Reynal, Schwartz, Thiéry, Tizon, Vassel, Voinier, Nègre, Nespoulous, Proust, Uhry, Boda, Rouvillain, Weil, Scheurer, Bollot, Commes, Jourdrain, Legros, Percot, Gisclard, Pepin, Verniere, Perrin, Benasson, Briault, Couturier, Eliot, Birbis, Krouch, Melin, Moreau, Picard, Roger, Desurmont, Gardies, Gontier, Mornard, Pichancourt, Chambard, Lagarrigue, Moyrand, Prieur, Rehm, Faure-Beaulieu, Latour, Lubetzki, Molin de Teyssieu, Porcheron, Talent, Barrois, Baurain, Dumont, Huck, Imbert, Jacob, Lançon, Lavigne, Meynadier, Poulain, Timal, Amado, Assire, Bascoul, Benard, Benoist, Bonnet, Boutin, Boscq, Brodin, Budendorf, Carrieu, Chamaillard, Cottenot, Cuvillier, Dellac, Desvignes, Ertaud, Gaujoux, Gaulier, Granel, Guemene, Hosteing, Japiot, Léon-Kindberg, Logre, Machefer, Maljean, Michaud, Michot, Monnier, Morali, Paillard, Pellot, Pierson, Robillot, Tarin, Thoby, Valette, Bloch, Lataste, Willigens, Bonnet, Girard, Lamy, Liébault, Orsini, Istria, Lejonne.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 8 novembre 1924, ont été promus dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Le Gorgeu, de Raymond.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lachaume, Dissez, Le Coz.

RÉFORME DU RÉGIME PÉNITENTIAIRE. — Il est constitué au ministère de la Justice une Commission chargée de l'étude des questions se rattachant à la réforme du régime pénitentiaire.

Sont nommés membres de cette Commission : MM. les docteurs Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur; Balthazard, professeur à la Faculté de médecine; Paul, médecin légiste.

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ AUX MORTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Justin Godart, ministre du Travail et de l'Hygiène, a inauguré dimanche des plaques de marbre apposées sur les murs de la cour intérieure de l'immeuble qu'elle occupe avenue Victoria, et où sont inscrits les noms des fonctionnaires de cette administration morts pour la France. Sur ces plaques on voit réunis les internes et externes des hôpitaux de Paris, les membres du personnel administratif, du personnel hospitalier et du personnel ouvrier; parmi ces noms figurent ceux de trois femmes mortes victimes de leur dévouement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Léon Cheinisse (de Paris), victime d'un épouvantable accident d'automobile. Le docteur Léon Cheinisse, russe d'origine et naturalisé français, occupait une place importante dans le journalisme médical. Après avoir collaboré à la *Gazette des hôpitaux* et à la *Semaine médicale* il appartenait depuis plusieurs années à la rédaction de la *Presse médicale*. Il laissera le souvenir d'un excellent confrère et d'un journaliste d'une prodigieuse érudition ; — et de MM. les docteurs Emile Grandclément (de Lyon) et Tommaso Storelli (de Bari, Italie).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (hôpital Lariboisière). — Un cours complémentaire sera fait sous la direction de M. le professeur P. Sebileau, du 2 au 23 décembre 1924, par MM. L. Dufourmentel, R. Miégeville, Fl. Bonnet-Roy, P. Truffert, H. P. Chatellier, P. Cornet, P. Winter, anciens chefs de clinique, chefs de clinique et assistants ; MM. Valat et Carréga, internes du service.

Ce cours comprendra dix leçons, consistant en présentations de malades, examens par les auditeurs et exercices de petite chirurgie spéciale.

Le cours commencera le mardi 2 décembre à 10 h. 1/2, dans la salle des conférences de la clinique, il se continuera à la même heure les jeudis, samedis et mardis suivants.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire à la Faculté de médecine.

— ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — M. le docteur H. Dufour, médecin de l'hôpital Broussais, fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires dans les salles de malades, dans les laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie, d'électricité et de radiologie.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — M. le professeur Marfan commencera le cours d'hygiène et de clinique de la première enfance, à l'hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rochereau, 74), le mardi 18 novembre, à 9 h. 45, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE MÉDICALE. — M. le professeur Ch. Achard a commencé ses leçons le samedi 15 novembre 1924, à 10 h. du matin, à l'hôpital Beaujon, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES DE PUÉRICULTURE. (Enseignement complémentaire. Hôpital de la Charité.) — M. B. Weill-Hallé fera le mercredi, à 11 h., à la crèche, une leçon de puériculture. La première leçon aura lieu le 19 novembre.

— COURS LIBRE SUR L'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE. — M. le docteur P.-F. Armand-Delille commencera le mercredi 19 novembre 1924, à 6 heures du soir, à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de dix-huit conférences sur l'Assistance médico-sociale.

— COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (Hôpital Saint-Louis). — M. le professeur Jeanselme commencera ses cliniques le vendredi 21 novembre, à 10 h. 1/2, et les continuera les vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre de la clinique : Leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentation de malades.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à partir du 25 novembre : Leçons de dermatologie.

Les lundis et vendredis, à 9 h. 1/4, examen des malades à la policlinique au pavillon Bazin (1er étage).

Les mardis et samedis, à 9 1/4, visite des malades dans les salles du pavillon Bazin.

Les mercredis, à 9 heures, examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital.

Les jeudis, à 9 h. 1/4, examen des malades soignés au dispensaire antisyphilitique de la clinique ; opérations dermatologiques à la policlinique.

REVUE DES THÈSES

Quelques considérations sur l'étiologie de la scarlatine (1)

par M. G. BONIN

Quand, ayant fait un diagnostic de scarlatine, on recherche quelle a été la source de la contagion, cette enquête étiologique permet parfois de savoir où et quand le malade s'est trouvé en contact avec le virus scarlatin.

Mais, dans beaucoup de cas, et ce sont même les plus nombreux, il est impossible de remonter à la source du mal, de connaître l'origine du germe. C'est ce qui arriva dans 19 cas sur 26 relatés par M. Bonin.

Pour expliquer l'apparition des scarlatines dont la provenance reste ignorée, il faut se rappeler la fréquence des scarlatines ambulatoires, des scarlatines frustes, en un mot des scarlatines non diagnostiquées; les scarlatineux atteints sans le savoir ne changent rien à leur genre de vie, se promènent, répandant autour d'eux le virus scarlatin; comme celui-ci est très résistant, les risques de contage sont multiples.

M. Bonin signale encore les scarlatineux indociles qui ne se conforment pas aux décisions de leur médecin et sortent de leur chambre, alors que la quarantaine d'isolement n'est pas encore terminée.

Tous ces scarlatineux frustes, ces scarlatineux sortis trop tôt sont donc dangereux, puisqu'ils peuvent disséminer autour d'eux les germes de la maladie. Et cependant, la scarlatine est relativement assez rare; c'est que, fort heureusement, beaucoup de personnes possèdent une immunité naturelle et peuvent être en contact avec le virus scarlatin sans contracter la scarlatine; M. Bonin cite quelques faits qui démontrent bien cette fréquence de l'immunité naturelle.

M. BRELET.

(1) *Th. de Paris*, 1924.

SUR LES RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE LES TYPES D'OMOPLATE & LES PROBLÈMES DE L'HÉRÉDITÉ HUMAINE

Par le professeur William W. GRAVES
de Saint-Louis [Etats-Unis] (1).

Les observations faites sur la famille R... en 1906, nous ont amené à établir une classification des omoplatés de l'homme en trois types : convexe, rectiligne et concave; ces deux derniers types constituent le type scaphoïde.

Les recherches sur le vivant, sur le fœtus, et le squelette (anciens et modernes) et sur les mammifères inférieurs, nous ont révélé une disposition héréditaire : l'origine primaire de chaque type d'omoplate.

Les études anthropométriques et cliniques comparées, des membres des familles de plusieurs générations, ont montré que l'hérédité des types d'omoplates dépend ordinairement de l'égalité de ces types chez les parents et que les maladies et peut-être d'autres causes pathologiques peuvent parfois modifier une telle hérédité.

Les examens sur des groupes comparables, portant sur le vivant, sur les cadavres et les squelettes dont l'âge était connu, ont amené une constatation de premier ordre, qui jusqu'à présent n'avait jamais été signalée dans la morphologie des mammifères : c'est, l' « âge incidence » des types d'omoplates.

Pour expliquer ce qui précède, prenons un exemple : en l'an 1800, sur 1.000 personnes, 700 présentaient le type convexe; en 1900, 600 offraient ce type; en 2.000, 500, etc.

Le type convexe représente le type *le plus fort*, constitutionnellement. Or nos recherches apportent cette conclusion que *le nombre des individus porteurs du type convexe tend à diminuer au cours des siècles*.

L' « âge incidence » a besoin d'une explication; nous avons cherché à déterminer si un type d'omoplate pouvait se transformer en un autre. Les résultats de ces recherches ont prouvé que :

1° Rien ne peut changer le type scaphoïde en type convexe, après la formation du type primitif (environ la dixième semaine fœtale); et *ce type fœtal est définitif*.

2° On trouve le scaphoïde plus souvent que le convexe chez les individus qui ont plus de tendance à contracter des maladies. (Les gens dont la vie est la plus courte.)

Classification des omoplates. (Convexe, rectiligne, concave). — Le côté spinal au-dessous de l'épine de l'omoplate constitue la base pour la classification.

A 

Le type *convexe :* peut être régulier ou irrégulier. Si, peu convexe : Cv1 ; convexe modéré : Cv2; ou très convexe : Cv3.

B 

Le type *rectiligne :* droit ou presque. Ni convexe, ni concave, avec plus de tendance à la concavité qu'à la convexité.

C 

Le type *concave :* peut être régulier ou irrégulier. Peu concave : Cc1; concave modéré : Cc2; très concave : Cc3.

Type scaphoïde. — Le type rectiligne + le type concave constituent le type scaphoïde parce qu'ils ont environ 12 traits communs que le type convexe n'a pas.

Quoique nos recherches ne soient pas entièrement terminées, les résultats jusqu'ici obtenus montrent combien est utile l'examen des types d'omoplate dans les études touchant l'hérédité humaine, la longévité, la morbidité, et la facilité à s'adapter en général.

Cependant, les types d'omoplates ne constituent pas le criterium de la mesure de l'homme, de sa structure ou de ses fonctions. La forme de l'omoplate chez un individu n'est qu'une part de son hérédité; c'est-à-dire est conditionnel et non absolu.

La constatation de cet « âge incidence » des types d'omoplate permet donc, grâce à ce principe nouveau, de continuer ces recherches sur les variations héréditaires au point de vue de la morphologie, ou des fonctions, au cours des périodes successives de la vie. D'autres applications de ce principe, nous font espérer trouver d'autres incidences de l'âge d'une importance égale.

Nous insistons sur l'utilité de ces recherches dans le but d'apprécier plus complètement la constitution individuelle, le milieu et les facteurs d'hérédité. Elles mettent en relief les méthodes de reconnaissance et d'enregistrement des divers types d'omoplate, la façon dont il faut pratiquer la palpation de l'os et l'examen aux rayons X. Nous conseillons de rechercher plus complètement les relations qui peuvent exister entre les divers types d'omoplate et les autres variations héréditaires des différentes régions du squelette et d'appliquer les résultats aux problèmes d'hérédité, de longévité, de morbidité et d'adaptabilité en général.

(1) Traduction des docteurs Maréchal et Golden.

LA CRISE D'HYSTÉRIE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

La crise d'hystérie est une crise nerveuse à base d'énervement, par conséquent une crise nerveuse de nature émotionnelle. Le *pithiatisme* n'explique point la crise d'hystérie : l'auto-suggestion et l'hétéro-suggestion sont tout à fait accessoires dans le phénomène critique de l'hystérie, et le plus souvent même inexistantes. La *mythomanie*, ou disposition au mensonge et à la fabulation, n'explique pas davantage la crise d'hystérie; c'est un état passionnel qui peut coexister avec cette crise, mais aussi qui peut faire totalement défaut.

Toutes les causes d'énervement sont susceptibles de produire la crise d'hystérie : énervement à l'idée d'un mal fait par autrui (contrariétés, ennuis, vexations, mortifications, etc.), énervement ou agacement sous l'influence d'une sensation douloureuse et exquise, etc. La joie motivée compliquée d'énervement donne souvent naissance à la crise d'hystérie, alors que le chagrin motivé, compliqué d'énervement ne produisent que très exceptionnellement la crise d'hystérie. Enfin, la crise d'hystérie peut apparaître

brusquement, sans motif d'énervement; c'est l'hystérie spontanée ou périodique. Il existe un énervement périodique, il devait exister des crises d'hystérie périodique.

a. **Description de la crise.** — Le début de la crise hystérique est tantôt lent, tantôt brusque.

Le début lent est le plus commun : dans ce cas, la crise est nettement motivée. Le malade, qui généralement souffre d'une contrariété ou qui quelquefois supporte une vive douleur physique, manifeste un malaise particulier; il sent et il dit qu'il va avoir une crise. Il éprouve un serrement au creux de l'estomac (on le voit y porter les mains), des sensations de constriction à la gorge, ou de boule qui progresse de l'estomac à la base du cou (spasmes). Il s'agite, va et vient, fronce les sourcils, etc. Puis la chute se produit : c'est plutôt un effondrement progressif qu'une chute véritable; le patient d'ailleurs ne se blesse jamais. Il n'y a, en général, pas de cri au début de la crise à début lent. C'est parce que l'hystérique éprouve diverses sensations douloureuses et un sentiment de malaise, qu'il dit : « Je sens que je vais avoir une crise. » Il ne s'agit là que d'une auto-suggestion banale, si auto-suggestion il y a là : en vérité le sujet résiste, lutte contre son état affectif, autant qu'il est en son pouvoir. Qu'on trouve des malades qui luttent peu moralement contre la crise, qui s'abandonnent à leurs réactions, qui utilisent même la crise, tout cela est possible, mais l'autonomie de l'accès n'en est point diminuée ni altérée. Que le médecin, par une thérapeutique de persuasion, doucement ou terriblement appliquée, diminue la fréquence des crises, les supprime même, cela n'enlève toujours point à l'hystérie ses caractères essentiels.

La crise hystérique peut survenir brusquement; c'est cette hystérie spontanée que l'on confond journellement avec l'épilepsie. Dans cette variété d'hystérie, pas de malaise, pas de douleur prémonitoire et persistant durant plusieurs minutes; pas de cause d'énervement, pas de contrariété, pas d'ennui, etc. La chute est rapide, mais jamais aussi brutale que dans l'épilepsie. Le serrement épigastrique, apparu soudainement, laisse assez souvent un souvenir dans l'esprit du sujet. Il y a parfois un cri à l'origine de la crise d'hystérie spontanée.

Dans la chute, le malade a le sentiment de tomber dans un précipice, dans un trou noir, dans le vide. La perte de connaissance est d'ordinaire incomplète : l'hystérique ne peut parler, mais il se rend vaguement compte qu'on s'occupe de lui, qu'on lui donne des soins, etc. La perte de connaissance peut être complète; elle l'est probablement constamment dans l'hystérie spontanée.

Par terre ou dans son lit, le sujet, dont la face est rouge et non violacée, se livre à des mouvements désordonnés. Ce ne sont plus, ici, comme dans l'épilepsie, des convulsions toniques et cloniques, se succédant dans le temps avec une régularité réelle, obéissant à un système de troubles précis, ou à une sorte de rythme; ce sont des gestes incohérents, des agitations impulsives des membres et quelquefois des bonds fantastiques. Fait clinique fondamental, tous ces mouvements désordonnés sont des phénomènes d'énervement; les gestes, les actes, sont brusques, violents; ce sont des coups de tête, de poings et de pieds, d'où les bris d'objets et les écorchures de la face, des membres. Maintes fois le sujet s'accroche, se cramponne à un meuble, à une porte, etc.; il cherche à mordre (draps, couvertures); il crache, il grince des dents. Parfois, il roule sur lui-même, fait le pont, l'arc de cercle (et cela n'a rien d'érotique), prend l'attitude d'un lutteur à terre qui se contorsionne. A ce moment, par pincement ou mordillement, il peut se faire de petites morsures de la face interne des lèvres, de la pointe ou des côtés de la langue, qui seront suivies de plaies superficielles ou d'ecchymoses. L'écume de la bouche, en conséquence, peut être rosée et l'oreiller taché de sang. Quelquefois, à la fin de la crise qui souvent dure un quart d'heure, une demi-heure, le patient urine sous lui. — Les pleurs, les sanglots sont presque constants à la période terminale de la crise : ils annoncent la disparition des spasmes déterminant l'énervement. — La crise d'hystérie est suivie d'abattement et de sommeil : celui-ci est moins profond que dans l'épilepsie. — Le sujet peut accuser une amnésie complète : cela est assez rare.

Attitudes passionnelles. — Il arrive qu'on observe au cours de la crise d'hystérie, surtout si elle est de longue durée, des attitudes ou des scènes d'ordre émotionnel, avec chagrin, inquiétude, ou joie et extase; elles sont en relation avec les passions actuelles du sujet. Elles peuvent être facilement simulées comme du reste toute la symptomatologie de la crise d'hystérie, mais elles ne sont qu'exceptionnellement simulées. Elles ont, dans ce cas, un grand intérêt pour le médecin psychothérapeute.

Symptômes secondaires. — Nous pensons qu'après les crises, surtout après les petites crises d'hystérie et surtout quand le sujet résiste à ses crises, on peut observer, en dehors de toute simulation, des contractures, des paralysies (ou des parésies), de nature dynamique ou réflexe. L'hémianesthésie aussi est un fait réel; il y a toujours, chez le sujet, quand elle existe, une légère différence à la réaction à la piqûre; il est vrai que c'est un signe bien accessoire. Enfin, la crise d'hystérie étant d'origine émotionnelle, on peut constater des troubles variés dus à l'hyperémotivité du malade : tremblement, dermographisme, tachycardie, etc.

b. **Diagnostic.** — Le diagnostic positif de crise hystérique est, en général, facile à cause des circonstances émotionnelles d'apparition de la crise. Quelques épileptiques disent que les émotions sont la cause de leurs crises : une analyse psycho-clinique rapide suffit d'ordinaire pour préciser ces cas. — Le diagnostic différentiel est utile à faire avant tout entre la crise d'hystérie et la crise d'épilepsie. D'après notre description de la crise d'hystérie, voici l'ensemble des signes qui les séparent : 1° Chez l'hystérique, il existe des malaises, des douleurs qui annoncent la crise, et qui durent plusieurs minutes, un quart d'heure ou plus; ils n'ont jamais, comme durée, la brièveté des divers auras épileptiques; mais aussi il y a une hystérie spontanée, périodique, survenant brusquement sans contrariété ou douleur physique préalables; 2° chez l'hystérique, le cri initial est bien plus rare que chez l'épileptique; 3° chez l'hystérique, la chute est moins brutale et la perte de connaissance ordinairement moins complète que chez l'épileptique; 4° chez l'hystérique, les convulsions sont désordonnées; on n'observe pas avec netteté, comme chez le comitial, la succession des convulsions toniques, puis clo-

niques; les convulsions de l'hystérique sont à base d'énervement; 5° chez l'hystérique, on constate de petites morsures de la langue ou des lèvres; ce ne sont jamais des plaies nettes, tranchées, comme chez le comitial; 6° chez l'hystérique, l'émission des urines est tardive, post-critique; elle n'a pas lieu pendant la crise, comme chez le comitial; 7° chez l'hystérique, les pleurs sont à peu près constants; exceptionnellement, l'épileptique, quand il revient à lui, peut se mettre à pleurer (à l'idée qu'il vient d'avoir encore une crise, qu'il est toujours malade, etc.); 8° chez l'hystérique, le sommeil post-critique est moins profond que chez l'épileptique; 9° chez l'hystérique, l'amnésie de la crise est bien rarement totale, pourtant elle peut l'être; chez l'épileptique, l'amnésie est complète et cela sans exception : là où il n'y a pas amnésie, il n'y a pas épilepsie. La crise d'hystérie spontanée est de beaucoup la plus difficile à différencier de la crise d'épilepsie, Il n'y a pas d'hystéro-épilepsie : les malades ainsi classés sont toujours des hystériques. Il apparaît cependant comme possible (nous en avons, croyons-nous, observé un seul cas) qu'un comitial très irritable, très susceptible, présente des crises d'hystérie, en dehors de ses crises d'épilepsie; mais on ne constate jamais, en même temps, l'association hystéro-épileptique.

Le diagnostic causal de la crise d'hystérie motivée est à rechercher dans les faits d'ordre émotionnel et passionnel qui touchent le sujet et ils sont variés, multiples, complexes, souvent dissimulés; des enquêtes particulièrement discrètes et minutieuses sont nécessaires pour découvrir l'enchaînement des phénomènes cliniques.

En résumé, la crise hystérique a une autonomie propre : elle est de nature émotionnelle; toute sa symptomatologie, depuis son début jusqu'à sa terminaison, est en relation directe avec l'émotion énervement. Provoquée ou spontanée, elle reste toujours identique à elle-même. Elle n'a que des rapports très accessoires avec le mensonge. Quant à l'auto et à l'hétéro-suggestion comme facteur déterminant de la crise, ce sont des éléments d'ordre banal et nullement essentiels.

XXXIIIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 6-11 octobre 1924* (1).]

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES (*suite*)

Péritoine. Abdomen. Estomac. Intestin. Foie.

Drainage gastrique par gastrostomie temporaire dans le traitement de la péritonite généralisée. — M. Leo (de Trouville). Jaboulay avait montré la possibilité de substituer aux lavages d'estomac répétés le drainage continu de l'estomac par une gastrostomie temporaire, et il avait pratiqué cette opération trois fois dans la péritonite. L'auteur l'a faite également trois fois dans la péritonite et une fois in extremis dans l'occlusion intestinale.

Les *avantages* de la méthode sont : la désintoxication du péritonitique par siphonnage et vidange gastriques continuels; la suppression des vomissements, renvois, etc.; la possibilité de l'absorption immédiate de boissons.

Les *indications* de la méthode sont : la constatation de visu, au cours d'une laparotomie, d'une péritonite généralisée en évolution, avec des signes cliniques d'intoxication pré-opératoire importante; la constatation clinique de la péritonite après l'opération principale, et la constatation de la persistance des liquides toxiques dans l'estomac, après deux lavages d'estomac pratiqués à une ou deux heures d'intervalle.

Les *contre-indications* sont : la simple dilatation aiguë de l'estomac dont les vomissements cessent en changeant l'attitude, le décubitus de l'opéré et qu'il ne faut pas confondre avec la péritonite; la péritonite partielle, sans stagnation gastrique toxique; l'occlusion intestinale concomitante de la péritonite et qui n'est pas une indication formelle jusqu'à nouvel ordre.

La *technique de l'opération* de drainage comporte : le choix du moment de l'ouverture de l'estomac; le choix de l'anesthésique; le choix du procédé opératoire; le choix du moment de la fermeture de l'estomac.

Pathogénie des calculs biliaires et son importance pour le choix du traitement opératoire. — M. Rovsing (de Copenhague).

Traitement des hémorragies gastriques. — M. Pauchet (de Paris). Le problème thérapeutique des gastrorragies se pose dans *quatre* circonstances :

1° *Gastrorragies répétées par ulcus duodénal ou gastrique.* — Elles produisent un état d'anémie. Il faut opérer, pendant une période de calme, alors que l'intestin est « à sec ». L'intervention sur l'intestin plein de sang produit des accidents toxiques secondaires. L'opération consistera toujours dans la *résection* et non dans une simple gastro-entérostomie. Seule la résection empêche la récidive. La transfusion du sang est indiquée dans tous les cas.

2° *Gastrorragie abondante.* — La question d'opération d'urgence se pose comme dans la grossesse tubaire rompue. Il faut intervenir le moins possible dans ces conditions, car la mort est très fréquente (50 p. 100). Elle est due, non pas au shock heureusement combattu par la transfusion, mais à la toxémie due à la présence du sang dans l'intestin. Le plus souvent, le malade meurt avant d'être amené au chirurgien. Quand il ne meurt pas, on peut généralement attendre que l'intestin soit « à sec » pour opérer. L'opération consistera toujours dans la résection.

Si l'intestin est plein de sang au moment de l'opération, il faut laisser une fistule sur le jéjunum et appliquer le goutte à goutte d'une solution purgative pour favoriser l'élimination immédiate du sang.

3° *Gastrorragie postopératoire.* — Elle provient après une intervention gastrique, soit de l'ulcus qui n'a pas été enlevé (à tort) par le chirurgien; soit des tranches de section; elle provient d'une faute de technique, d'une hémostase insuffisante. Quand l'hémorragie est légère, elle s'arrête par les lavages d'eau salée chaude. Toute opération itérative est nuisible ou inutile.

4° *Gastrorragie d'origine extragastrique.* — Qui se fait en dehors de tout ulcus gastrique ou duodénal; elle est alors la conséquence d'une *lésion de la rate* qui accompagne elle-même une cirrhose latente; ces affections sont secondaires à des lésions de l'appendice, de la vésicule, de la bouche, des dents, etc. Toute opération gastrique, dans ces conditions, est suivie d'insuccès; il faut faire l'ablation de la rate si on veut obtenir la non-récidive des gastrorragies.

Influence de l'ulcère sur la morphologie de l'estomac. — M. Moppert (de Genève) présente une étude radioscopique des modalités de déplacement du pylore par rapport à l'ombilic dans les cas d'ulcus duodénal ou juxta-pylorique et dans tous les cas de spasme.

Volvulus partiels du grêle postopératoires. — M. de Rouville (de Montpellier). Il s'agit d'une malade opérée pour kystes de l'ovaire.

L'un des ovaires portait un kyste mucoïde banal, l'autre un kyste volumineux de 12 litres. Ce dernier fut enlevé d'un bloc

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 82, p. 1353; n° 83, p. 1372; n° 86, p. 1426; n° 87, p. 1437; n° 89, p. 1472; n° 90, p. 1489, et n° 91, p. 1504. — Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

malgré son volume, sans être ponctionné au préalable. Un volvulus se produisit dans les jours qui suivirent et la malade fut réopérée. L'auteur constata que vraisemblablement l'accident s'expliquait par la longueur exagérée du mésentère. Au cours de la deuxième intervention une déchirure de l'intestin se produisit. La malade mourut. Depuis, l'auteur ponctionne systématiquement tous les kystes un peu volumineux. Il passe en revue toutes les causes responsables du volvulus. Il accuse en particulier la position de Trendelenburg et conseille de remettre lentement les opérés en position horizontale avant de refermer complètement la paroi.

Organes génito-urinaires.

Le drainage transcervical dans l'hystérectomie subtotale. — M. Daniel (de Bucarest). Le drainage déclive par le vagin est préférable à la voie abdominale, autant pour faciliter l'écoulement des liquides septiques que pour permettre l'hémostase.

Tous les points du plancher pelvien qui donnent accès vers le vagin peuvent être utilisés pour établir le drainage déclive dans l'hystérectomie subtotale; mais aucun ne présente les avantages du drainage transcervical qui utilise le canal naturel du col utérin.

Son installation nécessite les manœuvres les plus simples, entre autres l'évidement conoïde du col et sa dilatation à l'aide d'une pince à mors longs. Le drainage s'établit à l'aide de mèches ou de gros tubes de caoutchouc.

Selon le but poursuivi, le drainage peut être :

1° *Hémostatique*, lorsque la zone opératoire reste saignante, ou lorsqu'on craint une hémorragie postopératoire que le drainage permettrait de reconnaître; ou encore lorsqu'on veut arrêter une hémorragie redoutable (drainage, tamponnement transcervical à la Mikulicz).

2° *Prophylactique*, lorsque le foyer opératoire a été contaminé et qu'une infection postopératoire est à redouter.

3° *Curatif et évacuateur*, lorsqu'il y a des collections septiques ou qu'il reste dans le bassin des fragments de poches infectées.

Selon sa situation par rapport au péritoine pelvien, le drainage transcervical est *intra* ou *sous-péritonéal* (dans le paramètre).

A propos de l'hystérectomie large dans le cancer du col de l'utérus. — M. J.-L. Faure (de Paris). Le traitement chirurgical donne de bons résultats dans 50 à 80 p. 100 des cas, à condition d'être pratiqué largement.

Ce n'est ni la difficulté de son exécution, ni son manque d'efficacité qui font que tant de chirurgiens s'abstiennent; c'est plutôt sa gravité.

Le pronostic opératoire doit s'améliorer si l'on emploie systématiquement le drainage à la Mickulicz.

Le diagnostic de l'abcès pararénal métastatique. — M. Wessel (de Copenhague). Les faits visés par l'auteur ne concernent ni les pyonéphroses calculeuses ou autres, ni les abcès d'origine appendiculaire ou pancréatique, ni les abcès par congestion. Dans l'abcès pararénal métastatique le diagnostic se base, d'une part sur l'histoire antérieure du malade qui a présenté une infection à distance : parotidite, suppuration pulmonaire, anthrax, etc.; d'autre part, sur les symptômes principaux qui sont la douleur lombaire avec contracture locale, la résistance et la douleur à la palpation de l'espace costo-lombaire, l'amaigrissement, une constipation opiniâtre, quelquefois des vomissements, de la leucocytose sanguine; ici l'examen des urines même après séparation vésicale ne donne rien. Le diagnostic différentiel est à faire avec les abcès vertébraux, pancréatiques, avec l'abcès sous-phrénique causé par un ulcus perforé.

Onze cas de néphrite à forme douloureuse ou hématique, unilatérale, traités par la décapsulation et l'énervation incomplète. — M. Duvergey (de Bordeaux). Le diagnostic de ces formes de néphrite ne doit être posé qu'après étude approfondie du malade. Le traitement chirurgical sera institué aussitôt après échec du traitement médical; il consiste, en cas de forme douloureuse, dans la décapsulation et l'énervation incomplète du pédicule rénal; en cas de forme hématurique, dans la décapsulation et une légère néphrotomie. La biopsie doit toujours être pratiquée comme moyen de contrôle. L'énervation incomplète du rein, dont la valeur thérapeutique est incontestable, ne paraît pas modifier sensiblement la valeur fonctionnelle du rein. Enfin, il semble que ces formes de néphrite, au moins dans les premiers temps de leur évolution, soient unilatérales ou à prédominance unilatérale.

Fermeture des fistules hypogastriques opératoires des prostatiques après forage de la prostate. — M. Luys (de Paris) est parvenu, après avoir rétabli le cours normal de la miction par le forage de la prostate chez des prostatiques porteurs de fistules hypogastriques, à fermer ces fistules opératoires.

Le forage de la prostate dont le but est, en effet, de détruire les obstacles prostatiques qui gênent la miction peut apporter un résultat durable qui permet la fermeture définitive de la fistule hypogastrique.

Il cite à cet effet huit observations dont deux particulièrement concluantes au point de vue du succès, puisqu'un de ces malades, âgé de cinquante-six ans et demi, complètement guéri et revenu à l'état absolument normal, a pu se marier.

Résultats de la greffe testiculaire du singe à l'homme. — M. Dartigues (de Paris) expose les résultats presque toujours satisfaisants que lui ont donnés les greffes testiculaires à la Voronoff. Il utilise les glandes de chimpanzé et aussi depuis quelque temps celles de cynocéphales qui paraissent aussi efficaces et sont beaucoup moins coûteuses. Les résultats portent sur deux points : l'amélioration des ponctions génitales, la disparition des phénomènes qui caractérisent la sénilité précoce : en particulier l'asthénie cérébrale, la perte de la mémoire. Ces deux ordres de troubles qui sont l'un ou l'autre prédominant suivant les cas traités bénéficient également de la greffe testiculaire et dans un laps de temps qui varie entre quelques jours et quelques mois.

M. Baudet (de Paris) prend la parole pour confirmer à l'aide de ses propres observations celles qu'a faites M. Dartigues.

Os et membres.

Technique de l'ostéosynthèse sacro-iliaque. — M. Lambotte (d'Anvers).

Ostéochondrite ou coxa plana. Subluxation congénitale méconnue. Pourquoi il est des chirurgiens qui ne le voient pas encore. — M. Calot (de Berck). La nature réelle de l'ostéochondrite serait, suivant l'auteur, méconnue pour les trois raisons suivantes :

1° L'anomalie et le déplacement articulaires peuvent ici ne mesurer que quelques millimètres et être très difficiles à identifier.

2° Les mouchetures et les taches que montre, à la radiographie, l'épiphyse fémorale, semblent caractériser une maladie nouvelle, mais sont en réalité identiques à celles qu'on observe dans la luxation congénitale.

3° Il existerait cinq radiographies d'ostéochondrite prises au premier signe clinique dans lesquelles la hanche paraîtrait tout à fait normale. Or M. Calot pense pouvoir démontrer que sur trois de ces radiographies de petites anomalies existent indiscutablement et que les deux dernières représentent des décollements épyphysaires.

Les preuves de la congénitalité de l'ostéochondrite sont, d'après l'auteur, la bilatéralité des lésions, l'hérédité, la coexistence chez le même enfant d'une luxation d'un côté, d'une ostéochondrite de l'autre, la réponse toujours négative de l'histologie et de la bactériologie, l'atrophie du membre entier, les antécédents personnels et la silhouette de ces enfants.

Traitement palliatif sanglant de la luxation congénitale de la hanche. — M. Frœlich (de Nancy) préconise dans le traitement des luxations doubles irréductibles des hanches l'ostéotomie sous-trochantérienne, linéaire ou oblique suivant les cas. Pour que l'intervention donne de meilleurs résultats il faut que l'angle de section du fémur vienne s'accrocher pendant la marche au niveau de la cavité cotyloïde.

Cette opération fait disparaître l'ensellure lombaire, l'ad-

duction des cuisses et les douleurs à la marche qui devient facile. Elle est rarement indiquée dans les luxations unilatérales. Pratiquée en France depuis 1892, elle a été réinventée il y a peu de temps en Allemagne sous le nom de bifurcation de l'extrémité supérieure du fémur.

Correction des difformités du pied d'origine paralytique par transplantations et greffes tendineuses. — M. Dupuy de Frenelle (de Paris). Lorsque le pied s'enroule en dedans en se couchant sur la face externe du calcanéum, l'auteur relève et fixe le calcanéum à l'aide d'un tendon de Renne passé en anse dans la face externe du calcanéum et du cuboïde en bas, et dans l'interstice tibio-péronier en haut.

Pour corriger le talus il rattache le talon au tibia à l'aide d'une anse tendineuse qui traverse la tubérosité postérieure du calcanéum en bas et le rebord postéro-interne du tibia en haut. Il complète cette fixation par un raccourcissement du tendon d'Achille opéré à l'aide d'un tendon passé en boucle au travers du talon en bas et du tendon d'Achille en haut.

Pour corriger la chute du pied antérieur M. Dupuy désinsère le tendon long extenseur du premier et du cinquième orteil, passe l'extrémité du tendon, au travers du métatarsien correspondant, raccourcit la boucle ainsi formée, et la fixe à l'aide d'un surjet ostéopériostique fait au tendon de Renne.

Les résultats immédiats se sont maintenus intégralement pendant plus de deux ans.

Enchevillement osseux central de quelques variétés de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Mauclaire (de Paris) fait une incision antérieure comme pour lier la circonflexe. Le greffon est implanté d'abord dans le fragment inférieur puis dans le fragment supérieur. L'immobilisation doit être un peu longue. Il se forme souvent des péri-ostoses périphériques abondantes. Mobilisation passive et active, mécanothérapie. Cette méthode est spécialement indiquée dans les fractures intra-tubérositaires et dans les peudarthroses du col chirurgical. On peut employer avec avantage un greffon emprunté au malade. L'auteur a eu recours à deux tiges d'ivoire chez un de ses opérés.

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure de l'humérus et leurs résultats éloignés. — M. Péraire (de Paris) a pratiqué la suture métallique par fil ou agrafes dans trois cas de fractures fermées chez des malades d'hôpital et quatre cas de fractures ouvertes en chirurgie de guerre. Il présente deux de ces malades qui ont récupéré un fonctionnement du bras tout à fait normal. L'un a été opéré il y a dix-huit ans, vingt-six jours après son accident, l'autre a été opéré il y a dix ans, au bout de sept jours.

De la section temporaire de l'olécrane dans le traitement des luxations anciennes du coude. — M. Patel (de Lyon) insiste sur les avantages que présente ce procédé d'arthrotomie du coude, analogue à l'arthrotomie transrotulienne du genou, dans le traitement des luxations anciennes.

Voies aériennes et poumon.

Remarques au point de vue symptomatique et thérapeutique concernant nos corps étrangers œsophagiens et des voies aériennes. — M. Guisez (de Paris) apporte les résultats de sa pratique en broncho-œsophagoscopie dont le début remonte à vingt et un ans. Il a soigné 270 cas de corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes (196 de l'œsophage, 74 des voies aériennes). Pour celles-ci, il y avait 42 enfants et 32 adultes. Les corps étrangers de l'œsophage se sont, au contraire, rencontrés plus souvent chez l'adulte (150 fois contre 46 fois chez l'enfant).

Dans l'œsophage, les corps étrangers les plus fréquents sont, chez l'enfant, les pièces de monnaie, chez l'adulte les os, les dentiers.

Dans les voies aériennes, on trouva, particulièrement chez l'enfant, des embouchures de trompette, chez l'adulte des os, arêtes, pièces de monnaie.

La statistique de l'auteur comporte 90 p. 100 de succès pour l'œsophage et 97 p. 100 par les voies aériennes. La mortalité a été d'un peu plus de 2 p. 100.

L'auteur insiste sur la latence fréquente de ces corps étrangers surtout dans les voies aériennes, l'accident initial ayant passé souvent inaperçu surtout chez les enfants. Il insiste également sur l'importance de l'examen clinique qui doit être fait très minutieusement. La dysphagie spéciale pour les corps œsophagiens et, pour les corps bronchiques, la toux quinteuse avec accès de suffocation, les modifications du rythme respiratoire sont des signes importants qu'il faut savoir rechercher. L'extraction doit être aussi précoce que possible surtout pour les corps organiques qui donnent rapidement lieu à des complications septiques.

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'intestin. — M. P. Sureda (de Barcelone). Quand on fait l'autopsie d'un sujet mort de péritonite à la suite d'entéro-anastomose, on constate que l'infection part de l'insertion mésentérique. Pourquoi ? Y a-t-il à ce niveau une insuffisance d'irrigation sanguine ou un point faible par où se fait l'infection ? Par ses recherches radiographiques sur l'intestin de l'homme et du chien et par ses expériences sur le chien, l'auteur a pu se convaincre que l'ischémie n'est pas à craindre par suite des multiples anastomoses de l'intestin, mais qu'il faut faire une toilette minutisuse des extrémités intestinales à anastomose et les dépouiller de la graisse mésentérique qui ne doit pas être incluse dans la suture, car elle laisse la porte ouverte à l'infection.

D'autre part, M. Sureda propose de ne pas ouvrir la cavité intestinale avant de l'avoir stérilisée par une injection de teinture d'iode à 1 p. 100, maintenue trois minutes et aspirée ensuite, dans le segment que limitent les pinces à coprostase.

L'opération comporte donc la désinfection de la cavité intestinale, une libération mésentérique de l'intestin dans la partie qui correspondra à la suture superficielle, une suture au fin catgut muco-muqueuse ou mieux unissant les deux sous-muqueuses, une suture des deux tuniques musculaires, enfin une suture séro-séreuse rasant la dernière artère conservée et faite au point de matelassier ou de Cushing.

Présentation d'instruments.

Appareil simplifié du docteur Charbonnier permettant de repérer le centre de la tête fémorale et l'axe du col. — M. A. Reverdin (de Genève).

Appareil pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle. (Simplification de celui présenté en 1912.) — M. Caillaud (de Monte-Carlo).

Appareil simple permettant de faire avec une précision mathématique les ostéotomies rectilignes et cunéiformes. — M. Cadenat (de Paris).

Les aciers inoxydables en instrumentation chirurgicale; quelques exemplaires d'instruments. — M. Dartigues (de Paris) présente au Congrès une communication sur un nouvel acier inoxydable et inaltérable employé en instrumentation chirurgicale.

Il s'agit, de l'acier « stainless », découvert en 1915 par un savant anglais M. Brearley. C'est un acier à haute teneur en chrome (13 p. 100) qui possède une grande résistance mécanique et beaucoup d'élasticité. Cet acier fabriqué à l'heure actuelle en France offre la propriété particulièrement remarquable de rester inaltérable à l'état poli sous l'action de la plupart des acides organiques, de beaucoup de réactifs et naturellement de l'humidité, lorsqu'il est trempé.

A l'appui de sa communication, le docteur Dartigues présente toute une série d'instruments fabriqués avec l'acier « stainless » ayant subi les stérilisations nécessaires et qu'il a personnellement employés dans des opérations importantes.

1° Cages chirurgicales pour traitement de plaies, brûlures, ulcères à greffes, sans pansement; 2° Modèles de bracelets de fixation des malades sur table d'opération. — M. Reynès (de Marseille).

Appareil pour l'anesthésie au goutte à goutte du chlorure d'éthyle pur ou mélangé. — M. Dupuy de Frenelle.

Présentation d'instruments. — M. Gourdet (de Nantes).

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

LE VI° CONGRÈS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

DES VILLES DE FACULTÉS

Le VI° Congrès de l'internat des hôpitaux des villes de facultés vient de se terminer à Montpellier.

Les associations d'anciens internes de toutes les villes de facultés de province y étaient officiellement représentées. Un certain nombre d'anciens internes de Paris y avaient adhéré à titre individuel.

Le professeur Estor (de Montpellier) a présidé aux travaux du Congrès assisté de MM. le docteur Cadilhac (de Cette) et le professeur Vedel (de Montpellier), vice-président, et de MM. les professeurs agrégés G. Giraud, secrétaire général, et Villard, trésorier.

***

Au cours des séances de travail deux rapports très étudiés ont été présentés par MM. les docteurs Boulet (de Montpellier) et Delmas-Marsalet (de Bordeaux) qui ont traité de l'*assurance de l'internat des hôpitaux contre les accidents et les maladies en rapport avec le travail professionnel*. La discussion qui a suivi l'exposé de ces deux rapports s'est terminée par l'adoption à l'unanimité des conclusions suivantes :

1° Les internes des hôpitaux placés actuellement en dehors des conditions qui pourraient leur permettre de bénéficier des dispositions de la législation sur les accidents du travail, constatent que :

1. La réalisation de ces conditions exigerait une transformation de leur situation morale contraire aux principes de leur institution ;

2. La législation, rendue applicable, ne couvrirait leur risque professionnel que dans des proportions minimes.

En conséquence, ils estiment que la solution à adopter doit être cherchée en dehors de la législation sur les accidents du travail.

2° Les internes des hôpitaux demanderont à chacune de leurs administrations de leur assurer comme un droit, et non comme une faveur, en cas d'accident ou de maladie contractés en service, l'hospitalisation et les soins, ainsi que le paiement de leur indemnité habituelle.

3° Ils considèrent que le risque de l'invalidité permanente doit être couvert aux frais des administrations.

4° Ils demandent que l'indemnité y relative soit comprise sous forme d'un capital et non d'une rente.

5° Ils repoussent par esprit de solidarité toute solution qui, applicable à certains internats, pourrait en laisser d'autres sans protection.

6° S'appuyant sur les questions de principe ci-dessus envisagées, les internes des hôpitaux demanderont à leurs administrations hospitalières d'assurer leurs internes à une compagnie d'assurances ou à une société mutuelle, de préférence unique.

Cette assurance couvrira bien entendu, au même titre que les internes titulaires, les internes provisoires pourvus d'un service et les remplaçants officiels des internes pendant les congés réguliers de ces derniers.

7° *En cas de mort* :

Lorsque la mort aura été déterminée :

a. Par toute blessure externe, toute lésion chirurgicale, toute lésion médicale, tout trouble nerveux ou psychique résultant de l'action soudaine d'une violence extérieure intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail de l'interne dans l'exercice de ses fonctions, et toute lésion interne déterminée par un effort dans les mêmes circonstances;

b. Par l'une des maladies suivantes se déclarant pendant le séjour de l'interne dans les hôpitaux ou au plus quarante jours après un contact entre lui et les malades des hôpitaux : fièvres typhoïde et paratyphoïde, typhus, variole, varicelle, scarlatine, rougeole, diphtérie, oreillons, coqueluche, érysipèle, grippe infectieuse, choléra, peste, dysenterie, méningite cérébro-spinale épidémique, poliomyélite, encéphalite épidémique, fièvre de Malte, trachome, ophtalmie purulente, toxi-infections consécutives aux inoculations septiques.

L'indemnité à verser aux représentants de l'intéressé sera de 100.000 francs.

8° *En cas d'incapacité permanente* :

Les *incapacités permanentes totales*, telles que les définit le guide-barème publié le 10 juillet 1919 par le ministère de la Guerre donneront lieu, lorsqu'elles seront consécutives aux blessures définies au paragraphe (*a*) ou aux maladies énumérées au paragraphe (*b*), au versement d'une indemnité de 200.000 francs.

Les *incapacités permanentes partielles*, consécutives aux mêmes causes, donneront droit à une indemnité qui sera calculée en prenant pour base le même guide-barème publié par le ministère de la Guerre (instruction n° 831 Ci/7 du 10 juillet 1919).

Si X p. 100 représente le taux de l'invalidité fixée par le guide-barème de 1919, l'indemnité à verser sera de $\frac{X}{100} =$ 200 francs.

***

M. le professeur Cruchet (de Bordeaux), secrétaire général de la Fédération de l'internat, à propos du rapport annuel sur le fonctionnement de la Fédération, a mis en relief l'*inégalité de situation des internes vis-à-vis de la loi militaire*, inégalité qui résulte des différences des statuts qui régissent les classes successives. Une discussion s'est ouverte à ce sujet qui a abouti au vote du vœu suivant :

« Le Congrès demande que les internes astreints aux obligations de la loi militaire de 1913 soient autorisés à passer leur thèse dès qu'ils le désireront, et tout en continuant à remplir leurs fonctions d'interne. »

La discussion s'ouvre ensuite sur les *conditions d'admission des internes des hôpitaux aux concours pour les emplois de chefs de clinique et de laboratoire*. Le vote du vœu suivant le termine :

« Le Congrès demande que les conseils de faculté autorisent les internes à se présenter aux concours de chef de clinique et de chef de laboratoire sans être docteurs en médecine, sous la réserve qu'ils auront terminé leur scolarité et qu'ils passeront leur thèse dans un délai à fixer par les facultés. »

Le Congrès s'associe, enfin, à un vœu présenté par l'internat d'Alger qui demande aux Pouvoirs publics, à titre posthume, la croix de chevalier de la Légion d'honneur pour l'interne Turano qui a succombé au typhus exanthématique contracté en service.

***

Le VII° Congrès de l'internat se tiendra à Nancy les 16, 17 et 18 juillet 1925.

Les rapports fondamentaux de ce Congrès, qui seront confiés aux internats de Nancy et de Lyon, traiteront de la question des « échanges d'internes »; il est bien spécifié qu'il ne s'agit pas d'échanges numériques, mais bien de la possibilité pour les internes d'effectuer, dans des conditions matérielles favorables, des stages d'étude, dans tels ou tels hôpitaux de leur choix, étrangers à leur ville d'origine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1924)

Marche de la coagulation vitale. — M. Jules Amar.

Main artificielle ou appareil de remplacement pour les amputés de la main. — M. Gabriel Bidou.

Sur une réaction de l'hormone testiculaire. — M. E. Lagrange.

Nouvelles précisions sur la cytohématogenèse. — M. L. M. Betances.

Une lignée phylogénétique expérimentale. — M. Alphonse Labbé.

Présence de l'iode dans le sang veineux de la thyroïde. — MM. E. Gley et J. Cheymol.

Sur le charbon dit intestinal — M. Sanarelli.

Mécanisme d'action du bismuth dans la syphilis. — MM. C. Levaditi, S. Nicolau, Mlles Salgue et R. Schoen. Le mécanisme d'action thérapeutique paraît être le suivant : le composé injecté, dissocié sous l'influence des leucocytes met le métal en liberté ; celui-ci entre dans la constitution de certaines matières protéiques cellulaires et devient assimilable. Ainsi modifié, le bismuth arrive au contact des spirochètes au niveau des accidents spécifiques. Il y parvient en quantités infinitésimales et cependant suffisantes pour assurer la spirochétolyse. Le tréponème se désagrège en dehors des cellules, comme s'il était soumis à un processus lytique intense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 novembre 1924)

Diabète sucré par lésion nerveuse. — M. Achard analyse un travail de MM. Jean Camus, J.-J. Gournay et André Le Grand qui concluent de leurs recherches que les lésions du tuber cinereum déterminent un diabète sucré beaucoup plus durable et plus important que le diabète produit par la classique piqûre de Claude Bernard.

L'examen de coupes cérébrales faites en série, leur a montré que le centre dont la lésion cause ce diabète est le noyau paraventriculaire, groupe cellulaire très voisin du noyau propre du tuber que MM. Jean Camus et Roussy regardent comme le centre de la polyurie.

Le voisinage de ces deux groupes qui, dans la région postérieure du tuber arrivent au contact, permet de penser qu'ils peuvent être intéressés l'un et l'autre dans le diabète sucré. Il paraît possible que dans le syndrome urinaire diabétique, l'un conditionne la polyurie, l'autre la glycosurie, phénomènes qui peuvent être, soit liés, soit séparés.

Le diabète. — C'est encore du diabète que M. Marcel Labbé, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Tamalot et Nepveu, vient nous entretenir. On se rappelle un récent travail sur l'hyperglycémie provoquée. Les auteurs ont provoqué cette hyperglycémie sur neuf malades atteints d'affection du foie et trois diabétiques avec troubles hépatiques. Chez dix de ces malades, les troubles qu'ils présentaient ont diminué ou même disparu après la cure de Vichy, preuve de l'efficacité de cette cure chez les hépatiques et les diabétiques.

Cancer du tube digestif. — M. Surmont (de Lille) a relevé la statistique des cas de cancers du tube digestif qu'il a observés à l'hôpital. Cette statistique confirme la notion de la grande fréquence de ces cancers et leur apparition souvent précoce. Ce serait le cancer de l'œsophage et du pancréas qui s'observerait le plus fréquemment. Enfin, les chiffres fournis par M. Surmont prouvent aussi que la fréquence des cancers du tube digestif croît avec l'âge.

La rage du l'oulon Fatou ou chien fox. — M. Remlinger adresse une note dans laquelle il rappelle que, dans l'Ouest africain, on admet qu'il existe un virus rabique spécial, celui du chien fox, peu transmissible et très atténué. Il résulte des recherches de M. Remlinger que les deux virus, celui de la rage commune et celui du chien fox sont identiques et que, conséquemment, les personnes mordues par ce dernier doivent se soumettre au même traitement antirabique que celles qui ont été mordues par un chien atteint de la rage commune.

Stérilisation des objets de pansements. — M. Lescure fait la critique des appareils stérilisateurs généralement employés et fait connaître les perfectionnements qu'il faudrait y apporter.

Thoracotomie. — M. Arcé.

— L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lejars sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de chirurgie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 24 octobre 1924)

Sur les résultats du traitement arsénobenzolique chez les syphilitiques hémiplégiques. — M. Maurice Renaud croit nécessaire de faire les plus grandes réserves quand il s'agit d'interpréter l'action du traitement spécifique dans des cas tels que ceux qui ont été rapportés dans la dernière séance par MM. Sézary et Benda d'une part, et par M. Milian d'autre part où fut observée la disparition rapide d'une hémiplégie.

Il faut se souvenir, en effet, qu'après des ictus par lésion cérébrale, on voit avec une extrême fréquence régresser les symptômes qui s'atténuent et disparaissent en totalité ou en partie dans les jours et les semaines qui suivent l'ictus et cela non seulement dans les tabes et la paralysie générale ainsi que l'a judicieusement remarqué M. Sicard, mais chez tous les malades atteints de lésions en foyer.

Il faut, d'autre part, mettre en regard des cas heureux, mais si exceptionnels qu'on ne manque pas de les signaler, les cas innombrables où l'efficacité du traitement spécifique le plus intense est nul.

L'inefficacité du traitement spécifique dans l'hémiplégie est, en effet, la règle. Le traitement le plus précoce et le plus poussé est généralement incapable non seulement de produire une régression des accidents, mais encore d'empêcher leur extension et leur évolution. Voici deux exemples :

Après une syphilis contractée à vingt-cinq ans et traitée médiocrement à la période secondaire un malade présente à trente ans une hémiplégie qui malgré un traitement des plus convenables se fixe en contracture. Dans les années suivantes, le traitement est poursuivi, intense même à certaines périodes, ce qui n'empêche pas un nouvel ictus de se produire qui détermine une aphasie motrice et cause la mort par cachexie quelques mois plus tard.

Une jeune femme du milieu hospitalier cesse tout traitement de sa syphilis sur la foi des réactions humorales. Quatre ans plus tard, elle présente de gros accidents nerveux sur lesquels aucun traitement n'a de prise et reste une hémiplégique grande infirme.

Voilà des cas où la syphilis était certaine et récente et où on était vraiment en droit de penser que les accidents étaient dus à des lésions en pleine évolution et capables de régresser et cependant l'échec thérapeutique a été complet.

La raison en est-elle que les symptômes apparaissent quand l'irréparable est déjà fait ou bien que la syphilis et le tréponème ne sont, malgré les apparences, pas directement en cause? C'est à cette dernière opinion que l'auteur se rangerait d'autant plus volontiers qu'il n'a jamais encore rencontré chez les hémiplégiques, à l'autopsie, aucune lésion caractéristique de la syphilis.

S'il est donc convenable, parce qu'on a tout à gagner et rien à perdre d'instituer un traitement spécifique chez les hémiplégiques, il est sage et conforme aux données de l'observation de n'en pas attendre grand'chose.

M. Dufour pense que, dans certains cas, le traitement intensif aggrave la maladie du fait de la susceptibilité de l'intoxication médicamenteuse de certains éléments nerveux en rapport avec le foyer d'artérite.

M. Sicard s'élève contre une thérapeutique univoque. Chaque cas réclame une thérapeutique spéciale.

Tuberculose de première infection chez l'adulte. — MM. G. Paisseau et André Lambling rapportent une observation de tuberculose chez un Noir qui s'est caractérisée cliniquement par une évolution rapide et anatomiquement par une diffusion exceptionnellement intense de lésions rapidement caséifiées intéressant les poumons et les plèvres, les ganglions médiastinaux, le péricarde, l'aorte, la rate, le foie et les ganglions mésentériques.

Deux particularités sont à relever dans cette observation :

1° L'existence d'une plaque d'athérome aortique directement et étroitement en rapport avec un foyer tuberculeux avec nodules caséifiés et cellules géantes localisé à la périartère sous-jacente. La subordination des lésions de l'endartère à celles de la périartère tuberculeuse donne à cet athérome tous les caractères d'une lésion tuberculeuse.

2° Malgré des lésions pulmonaires cavitaires, broncho-pneumoniques, caséo-nodulaires, il n'a été possible de retrouver aucun bacille tuberculeux dans l'expectoration de ce malade, malgré des homogénéisations répétées pendant plusieurs mois, jusqu'au moment de la mort. Le diagnostic bactériologique ne put être établi que par ponction d'un abcès sous-cutané dont le pus renfermait de très nombreux bacilles. Les auteurs font remarquer, à ce propos, que cette singularité peut être relevée dans le plus grand nombre des cas de tuberculose des sujets neufs (Broquet et Morenas).

Gangrène pulmonaire à évolution prolongée (durée de plus de quatre ans). — MM. G. Caussade et A. Tardieu ont suivi l'évolution d'une gangrène parenchymateuse. Ils assistèrent à la succession de quatre poussées, évolutives et polymorphes, du même processus gangréneux. Les quatre étapes se caractérisèrent : la première, par une vomique fétide, révélatrice d'une interlobite droite; la seconde, par une pleurésie putride suivie d'un pyopneumothorax lequel, traité par la pneumotomie simple (méthode de Maurice Renaud), guérit au bout de six mois; la troisième, véritable phase chirurgicale, par un empyème putride opéré par le procédé de Roux-Berger (décollement pleuro-pariétal et compression pulmonaire consécutive); enfin la quatrième, par la survenue tardive d'un abcès gangréneux et circonscrit du poumon. Cet abcès gangréneux constitue un véritable mode de terminaison du processus nécrobiotique et un réel moyen de défense naturelle contre l'extension aux tissus sains. Cette manifestation comporte un pronostic relativement favorable.

La bactériologie ne fut pas d'un grand secours ; elle n'apporta aucune précision diagnostique. Le seul agent pathogène, nettement caractérisé, est le paratetragenes conglomeratus. L'association fuso-spirillaire n'était pas en cause.

Dans les crachats se trouvaient de nombreux cristaux de Charcot-Leyden qui doivent jouer un rôle dans les putréfactions se produisant au sein des foyers gangréneux.

Du point de vue thérapeutique, les moyens médicaux préconisés depuis quelques années (teinture d'ail, injections intratrachéales, arsénobenzol, sérothérapie) ont été inefficaces. Par contre, les procédés chirurgicaux se sont montrés de quelques secours. La bénignité apparente de la première poussée évolutive ne permettait pas l'application de la méthode de Forlanini; plus tardivement, les adhérences auraient empêché l'insufflation.

Parmi les observations déjà publiées, concernant la forme prolongée de la gangrène pulmonaire, il n'en n'est qu'une, de Lemierre et Kindberg, qui comporte une plus longue évolution.

Pleurésie cholestérinique. — MM. Chauffard et J. Girard relatent un cas de pleurésie cholestérinique ayant évolué lentement et d'une façon très insidieuse sur une plèvre déjà atteinte vingt ans auparavant de pleurésie chronique. Après deux ponctions exploratrices négatives faites en arrière, une ponction faite en avant a permis d'atteindre l'épanchement. Celui-ci avait l'aspect typique des pleurésies cholestériniques et contenait, en outre, de l'hématine. Cinq ponctions successives ont été faites, donnant une teneur maximum de 16g90 p. 1.000. Après ces cinq ponctions est apparu un pneumothorax, on a dû pratiquer l'empyème, suivi de guérison en deux mois.

Avant les ponctions, le taux de la cholestérinémie était de 1g56 ; il est devenu de 2,31 après la seconde ponction, de 2,37 après la quatrième et de 2,07 après la cinquième, comme si les thoracenthèses avaient déterminé une hypercholestérinémie secondaire.

La pathogénie de cette pleurésie à cholestérine reste douteuse, et dans la genèse de la cholestérinie endo-pleurale, il faut probablement faire une part à la fois à la cytolyse lymphocytaire, et à une sorte de désagrégation lipoïdique de la pachymembrane pleurale.

Observation d'une malade présentant une mèche de cheveux faisant issue par l'anus. — MM. Bensaude et Rachet présentent l'observation d'une malade atteinte d'un kyste dermoïde du rectum que la rectoscopie permit de situer à 13 centimètres de l'anus. Seule l'issue à l'anus d'une mèche de cheveux put le faire soupçonner.

Les auteurs décrivent, pour la première fois, l'aspect rectoscopique de ces tumeurs et reprennent à ce propos l'étude générale des kystes dermoïdes du rectum.

Paralysie générale avec progression des signes somatiques et régression des troubles psychiques. Mort brusque. — MM. Claude, Borel et Targowle rapportent l'histoire d'une malade internée pour une bouffée délirante, absence de réflexes pupillaires, signe de Wesphal. Les troubles mentaux s'atténuèrent peu à peu pendant que les signes physiques s'accentuaient lentement. Les réactions humorales déclinent progressivement pour s'accentuer de nouveau peu avant les accidents terminaux. La malade a pu quitter l'asile et exercer pendant deux ans une activité professionnelle normale (infirmière). La durée de la maladie n'a pas été prolongée et elle a évolué d'une façon continue (aggravation des signes physiques, persistance du syndrome humoral), mais en laissant intact l'état mental.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 17 octobre 1924)

M. Goubeau, président, prononce l'éloge funèbre du regretté secrétaire général Dieupart. La séance est suspendue en signe de deuil.

A la reprise de la séance le président propose, en attendant l'Assemblée générale, comme secrétaire général M. Briault; comme trésorier M. Schangel; comme secrétaires des séances MM. Jean Tarrius et Boissier. Tous sont élus à l'unanimité.

M. Galliot à propos de la **syphilis des femmes enceintes** étudie une forme de syphilis fruste, qui paraît être extrêmement bénigne pour la femme elle-même, mais fort dangereuse pour le produit ovulaire si un traitement énergique n'est pas mis précocement en œuvre.

M. Goubeau confirme les conclusions de M. Galliot. M. Keim a observé plusieurs cas où la syphilis ne se révélait que par son retentissement sur l'œuf. La réaction Bordet-Wassermann était négative chez la femme et chez son mari. Un traitement énergique a pu donner dans la suite des enfants à terme et sains.

M. Fildermann présente un malade qui avait subi sans succès le traitement radiothérapique pour une adénite cervicale bacillaire. Il lui fit une série d'**injections locales au salicylate de soude**. Ces injections indolores, sclérosantes amenèrent la guérison complète de ce malade. M. Briault demande la technique précise de cette méthode. M. Fildermann aura l'occasion de l'exposer en détail prochainement.

M. Barlerin expose le fonctionnement et les résultats obtenus par l'**Association confraternelle des médecins français** dont il est le trésorier depuis onze ans.

Cette Société qui compte actuellement 1000 membres environ, assure un secours immédiat de 10.000 francs au décès de chacun d'eux, grâce à une cotisation modique réclamée aux adhérents. Depuis sa fondation en 1908, l'association a secouru 62 familles médicales et distribué plus de 200.000 fr.

C'est une œuvre mutuelle de prévoyance que doivent connaître tous les médecins.

LIVRES NOUVEAUX

Ordonnance d'hygiène musculaire (1), par P. Michon. Préface du professeur Perrin.

Indications des mouvements élémentaires et conseils destinés à faire comprendre l'utilité et la nécessité des exercices musculaires aux jeunes gens, aux personnes sédentaires et aux malades. Brochure de vulgarisation destinée au public.

J. L.

(1) Une plaq. in-16, illustrée. — Nancy, 1924, Société d'impression typographique.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
DRAEGER

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (1), par le docteur Gaston Lyon.

Peu de traités ont connu une pareille fortune. Voici la onzième édition de l'excellente clinique thérapeutique de M. Gaston Lyon.

A vrai dire c'est un livre entièrement nouveau, la thérapeutique ayant évolué d'une façon prodigieuse depuis la dernière édition en s'orientant de plus en plus vers l'emploi des vaccins, des sérums et des produits opothérapiques.

Dans cette onzième édition, l'auteur enregistre à nouveau cette orientation plus marquée; aussi met-il davantage encore à la portée de tous les méthodes et techniques que cette orientation fait naître.

Comment le médecin même s'il ne peut pratiquer lui-même des examens bactériologiques, hématologiques variés, récoltera-t-il les crachats, les exsudats, recueillera-t-il le sang, le liquide céphalo-rachidien pour demander ces analyses à un laboratoire?

Comment le médecin, une fois obtenus ces renseignements, appliquera-t-il certains traitements : injections veineuses de sérums organiques, des arséno-benzols, de l'ouabaïne, comment pratiquera-t-il l'auto-hémothérapie, les sérums antidiphtériques, le pneumothorax artificiel, etc.

M. Gaston Lyon donne de ces techniques des exposés pratiques et complets.

Nul doute que cette édition rajeunie et particulièrement facile à consulter ne trouve un brillant accueil comme les précédentes.

L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924 (2)

57. Gouneaud. — Contribution à l'étude du chlorure de calcium. Ses applications thérapeutiques dans les néphrites.

58. Mataro. — Sur un cas d'ostéomyélite chronique d'emblée du tibia.

59. Vegeas. — De l'origine éberthienne de certaines affections gynécologiques.

60. Vergier. — Un cas d'urticaire pigmentaire.

61. Le Lorrain. — L'oléothorax complément du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

62. Bielonogoff. — Sur l'emploi de chlorure de calcium en injections intraveineuses chez les tuberculeux.

63. Ripert. — Le mal de Pott après la cinquantaine.

64. Guibal. — L'occlusion intestinale congénitale aiguë. Etude des rétrécissements, oblitérations et interruptions du jéjuno iléon.

65. Barnéoud. — La docimasie pulmonaire sans autopsie par les métodes d'Icard (de Marseille).

66. Boulet. — Le bactériophage de d'Hérelle existe-t-il ? La bactériolyse transmissible joue-t-elle un rôle dans l'immunité ?

67. Fabre. — A propos d'un cas d'aérophagie de la seconde enfance.

68. Mourgue. — Les tumeurs géantes non sarcomateuses du sein.

69. Simonpiétri. — La réaction de sédimentation des globules rouges dans le sang citraté au point de vue clinique.

70. Jouillié. — Statistique ophtalmologique de la 16e région militaire de Montpellier (1914-1918).

71. Jourdan. — Contribution à l'étude des radiotraumaoculaires.

72. Pélissier. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale à forme hématurique.

73. Floren. — Contribution à l'étude des troubles du sens stéréognostique dans la sclérose en plaques.

74. Makeieff. — La cranioplastie par la greffe ostéopériostique prise sur la côte.

75. Pélissier. — Etude comparative des lésions du foie et du rein au cours de l'éclampsie puerpérale et des lésions expérimentales provoquées chez le lapin. Essai sur la pathogénie de l'éclampsie.

76. Leca. — Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales par la sérothérapie intraveineuse.

77. Dubois. — Récentes acquisitions sur la fièvre de Malte et essai de prophylaxie.

78. Coll de Carréra. — Les anémies du type pernicieux au cours de la grossesse. (Revue générale). Contribution expérimentale à leur pathogénie.

79. Poujol — Les formes cloisonnées et les localisations cérébrales de l'infection méningococcique. Diagnostic et traitement. A propos d'un cas observé dans le service de M. le professeur Ducamp.

80. Monges. — Contribution à l'étude de la circulation cérébrale et de la tension du liquide céphalo-rachidien.

81. Raux. — Le syndrome tétanique. Contribution à sa pathogénie et à son anatomie pathologique.

82. Fabre. — Contribution à l'étude des kystes essentiels des os.

83. Candon. — Contribution à l'étude de l'extension continue chez les enfants.

84. Ménard. — Essai analytique sur l'œuvre scientifique du docteur Grasset, suivi d'une bibliographie complète.

85. Reverdy. — Considérations sur le calcium dans l'organisme particulièrement pendant la gestation. Effet des rayons ultraviolets sur la calcémie (essai expérimental). Travail des laboratoires de physiologie et de chimie biologique.

86. Bourret. — Contribution à l'étude étiologique des maladies séborrhéiques. Le métabolisme basal dans ces affections (en particulier dans les acnés).

87. Enjalbert. — Considérations anatomiques sur l'ethmoïde antérieur et le sinus frontal. Déductions opératoires pour la cure radicale de la sinusite frontale chronique.

88. Lahayville. — Etude clinique sur les corps étrangers flottants des voies urinaires.

89. Fougères. — Fièvre typhoïde et tuberculose.

90. Guichet. — Les polypes glandulaires du col utérin. Considérations anatomo-cliniques.

91. Berthy. — A propos de deux cas de métastases sacrées dans le cancer du sein.

92. Le Normand. — Contribution à l'étude de la pathogénie de la rétraction ischémique de Wolkmann.

93. Arnaud. — L'azotémie en chirurgie générale. Valeur pronostique, variations, signification. (Etude expérimentale et critique).

94. Pagès. — Contribution à l'étude pathogénique des myopathies.

95. Lasseigne. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale.

96. Mouren. — Contribution à l'étude du radiodiagnostic rachidien par les injections épidurales et sous-arachnoïdiennes de lipiodol.

97. Humbert. — Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

98. Villa. — L'accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétricale de Montpellier, de 1906 à 1924. Ses résultats, ses indications.

99. Benedetti. — Contribution à l'étude de la dilatation permanente des orifices uretéraux ou uretère forcé.

100. Guénoun. — Le traitement sanglant des luxations anciennes de l'épaule. (A propos de deux observations).

Doctorat d'Université (*mention « Médecine »*). —

1. Tchang. — Contribution à l'étude de la pneumococcie.

2. Tzvitanovitch. — Les examens de laboratoire dans le pronostic du cancer et la conduite du traitement par les rayons X et Y.

3. Boukovala. — Contribution à l'étude physiopathologique de la créatininémie.

4. Danitch. — Contribution à l'étude du chimisme hémoméningé. Répartition du glucose dans le sang (plasma et globules) et dans le liquide céphalo-rachidien.

5. Arsenie. — Contribution à l'étude de l'urémie à forme tétanique.

6. Vichek. — Traitement des épididymites bacillaires par les rayons ultraviolets.

7. Gonzalez-Roca. — A propos d'un cas d'inversion utérine ancienne.

(1) Grand in-8 relié. — Paris, Masson et Cie.

(2) Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 83, p 1366; n° 84, p. 1386.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE . . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 18 novembre. — Questions données : « Zona ophtalmique. — Symptômes, signes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Bagot (Pierre) et Garnier (Georges), 23; Casteran (Robert), 25; Bordas (Paul), 24; Baillis (Jean), 18; Béraudy (Jean), 17; Bouessée, 21; Mlle Rosembaum (Yvonne), 16; MM. Rossert (André), 15; Louvel (Jacques), 19.

Séance du 19 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la chorée de Sydenham. — Diagnostic et traitement de l'avortement dans les quatre premiers mois. »

MM. Duval (Jean) et Michel-Béchet, 20; Robert (Paul), 23; Moruzi (Alexandre), 26; Rochette (Bernard), 21; Puech (Pierre), 22; Vanier (Jean), 24; Calmels (Jean), 11; Mlle Lacan (Simone), 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Rabère, chirurgien titulaire est nommé à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le docteur Guyot.

M. le docteur Parcelier, chirurgien titulaire est affecté à l'hôpital Bel-Air.

— La Commission administrative a décerné les récompenses suivantes pour l'année 1923-1924 (médecine et chirurgie) :

Prix Delord (558 fr.) : M. Aubertin, interne.

Prix de l'Administration (150 fr. de livres) : M. Chavannaz, interne.

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Rioux.

Médailles d'argent : MM. Princeteau, Auriat, de Grailly, Fontan, Baylac, Delmas-Marsalet, internes; Thé, Mathey-Cornat, internes provisoires; Broustet, Larauza, Girou; Mlle Irasque, MM. Malval et Gaston, externes.

Médailles de bronze : MM. Fly Sainte-Marie, Dufour, Chauvenet, Magimal, Basteau, Cantorné, internes; Mlle Beurois, MM. Barreau et Mailhe, internes provisoires; MM. Lecoulant, de Miollis, de Mas de Taunis, Ribon, Mlle Degans, MM. Gay, Gré, Imbert, Meilhan, Lanzalavi, Daney de Marcillac, Trautmann, Cathala, Mondain, externes.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Ont été nommés membres du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières :

MM. les professeurs Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris et Pinard, député.

CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE DE JOSEPH ROLLET. — Le Corps universitaire, le Corps hospitalier et les Sociétés savantes de Lyon ont estimé de leur devoir de célébrer le centenaire qui tombe en novembre 1924, du grand médecin syphiligraphe que fut le professeur Joseph Rollet.

L'importance de son œuvre scientifique et de ses découvertes en vénéréologie : chancre mixte, dualité des chancres, contagiosité des accidents secondaires avec ses conséquences en hygiène et dans la prophylaxie de la syphilis, assure à ce savant une place de premier ordre parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

La célébration de ce centenaire aura lieu à Lyon, le 30 novembre 1924, à 16 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence d'honneur de M. Edouard Herriot, président du Conseil, maire de Lyon.

La cérémonie sera présidée par M. Justin Godart, ministre du Travail et de l'Hygiène.

L'Institut de France, l'Académie de médecine, la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, les Corps universitaires et hospitaliers de France et de l'étranger seront représentés à cette manifestation par des délégués.

M. le docteur G. Thibierge, de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, exposera l'œuvre de Rollet qui a jeté un lustre si brillant sur l'École de l'Antiquaille.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR JOSUÉ. — L'inauguration de la stèle du sculpteur Janiot apposée à la mémoire du docteur Josué, sur les murs de son ancien service de l'hôpital de la Pitié (83, boulevard de L'Hôpital, métro : Saint-Marcel), aura lieu le dimanche 23 courant, à 11 heures précises.

HOPITAL TROUSSEAU (consultation du docteur Henri Lemaire). — Consultation de nourrissons avec présentation de malades. — Tous les samedis à 10 h. 1/2, à la con-

sultation de médecine de l'hôpital Trousseau (rue du Général-Michel-Bizot).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. Maurice Chaillous, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à Angers et Maurice Wazier, étudiant en médecine à Lille.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SOCIÉTÉ AYANT POUR OBJET LA VENTE DE REMÈDES SECRETS

NULLITÉ. LIQUIDATION.

Une convention ou une société ayant pour objet la fabrication ou la vente de remèdes secrets est entachée de nullité ; la jurisprudence est fixée en ce sens. La question qui se pose est de savoir ce qui constitue un remède secret.

Les pharmaciens ne peuvent vendre aucun remède secret, dispose l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI ; et l'article 36 de cette même loi prohibe toute annonce ou affiche imprimée qui indiquerait des remèdes secrets.

On entend par remèdes secrets les préparations pharmaceutiques qui ne sont ni conformes aux formulaires ou Codex légalement rédigés et publiés, ni achetées et rendues publiques par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810, ni composées pour chaque cas particulier sur la prescription du médecin ou de l'officier de santé. Depuis le décret du 3 mai 1850, il a été jugé qu'on doit considérer comme remèdes secrets dont l'annonce et la vente sont interdites, ceux qui ne peuvent être compris dans aucune des quatre catégories suivantes :

1° Les remèdes dont la formule est inscrite au Codex, et que les pharmaciens préparent à l'avance pour les conserver dans leur officine, ou remèdes officinaux ;

2° Ceux composés sur prescriptions spéciales d'un médecin, chirurgien ou officier de santé, ou remèdes magistraux ;

3° Ceux achetés et rendus publics par le gouvernement, conformément aux décrets des 18 et 26 décembre 1810 ;

4° Ceux dont la formule a été, avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, publiée dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, sur l'avis de cette compagnie, et après l'approbation du ministre de l'Agriculture et du Commerce, en exécution du décret du 3 mai 1850.

(Cass. 17 août 1867, D. 68.1.44 — 26 juillet 1873, D. 73.1.493).

Dans un procès qui a fait l'objet d'un jugement rendu par le tribunal de commerce de la Seine, le 17 novembre 1921, confirmé par arrêt de la Cour d'appel de Paris du 24 février 1923, on avait allégué que la loi du 21 germinal de l'an XI, avait été abrogée par la loi de finances du 30 décembre 1916 : on disait, en effet, que cette dernière loi ayant frappé d'un droit fiscal les spécialités pharmaceutiques dont la formule n'est pas publiée, il en résultait (une perception de droit ne pouvant légitimement s'effectuer à l'occasion d'un délit) que le législateur aurait entendu rendre libre désormais la vente de tous produits pharmaceutiques, qu'ils rentrent ou non dans la catégorie des remèdes secrets.

Une théorie semblable n'a pas été admise :

« Mais attendu, dit le jugement, que donner à la loi de finances du 30 décembre 1916 une semblable pensée serait se méprendre sur ses effets ; qu'elle n'a eu purement et simplement pour but que de tâcher, devant les besoins urgents de ressources nouvelles, d'atteindre une matière imposable et non encore frappée qui, par sa généralisation, était susceptible de donner de féconds résultats ; qu'elle n'a pas eu de visée plus haute et qu'elle n'a même pas tenté d'apporter une modification quelconque à la loi, fort surannée d'ailleurs, sur l'exercice de la pharmacie, dont la réforme est toujours sur le chantier ; qu'elle n'a fait que mettre en pratique un adage populaire sur le peu de cas qu'il faut faire de l'origine des deniers ; qu'il serait ici malséant d'apprécier si, en agissant de la sorte, elle a été heureusement inspirée. »

Il faut admirer cette critique prudente et juste contre un législateur qui, pour se procurer des deniers, semble donner son sceau à une pratique irrégulière.

Une autre question se posait : une Société avait été formée pour l'exploitation d'un produit que le tribunal et la Cour jugèrent être un remède secret. Cette Société qui avait pour objet l'exploitation de ce remède était entachée de nullité, comme ayant un objet illicite. Cette Société étant nulle, comment la liquidation allait-elle se produire ?

Le jugement et l'arrêt précités décidèrent que le règlement des droits respectifs des parties devait être celui envisagé par la commune intention des parties, c'est-à-dire de la rechercher dans le pacte social, l'application du droit commun ne pouvant intervenir qu'à défaut de stipulation ; et ils ordonnèrent la vente de la marque de fabrique.

Cette solution est critiquable en droit ; car le juge vient de décider que les clauses et conditions des statuts sont nulles, c'est-à-dire sans existence, et en même temps, il applique les stipulations des statuts concernant la liquidation, conséquence de la nullité prononcée. La contradiction existe incontestablement ; la logique conduisait à ordonner que la marque devait être attribuée à celui qui l'avait apportée. Il est certain que la nullité prononcée n'a pas pu empêcher qu'il a existé une communauté d'intérêts, mais il n'a pu exister qu'une communauté d'intérêts qui n'a pas affecté le droit de propriété de celui qui avait fait l'apport à la Société annulée ; la communauté d'intérêts ne pouvait concerner que les bénéfices réalisés en commun. C'est à cet égard seulement que la liquidation pouvait produire effet et aboutir au partage, suivant le droit commun, entre ceux qui s'étaient associés.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

SURCHARGE GRAISSEUSE DU CŒUR

1° Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettre que 3 à 6 gr. de sel) par jour, par exemple : à 7 heures, 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée, 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre ; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 gr. de pain sans sel, deux tasses de thé ; à 16 heures, une tasse de thé, sans sucre ; à 19 heures, même menu qu'à midi, en remplaçant la viande par deux œufs sans sel.

2° Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0g50 de *Théosalvose strophantique*, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardiotonique.

Au bout de cinq jours, leur substituer deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, puis arrêt de cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

RENSEIGNEMENTS

MAISON DE SPÉCIALITÉS bien établie, produits connus, demande agent seul ou en groupement pour visites médicales dans le nord de la France.

Ecrire avec références : M. C...., Bureau des annonces du Journal, 54, rue Jacob, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LES PERFORATIONS INTESTINALES DIASTASIQUES

Par M. J.-F. BERTRAND,
Interne des hôpitaux de Toulouse.

Travail de la clinique chirurgicale de M. le prof. MÉRIEL.

Définition. Historique. — On désigne sous le nom de *perforations diastatiques*, les perforations qui se produisent lors des occlusions intestinales à une certaine distance au-dessus de l'obstacle (De Bovis)... Laënnec avait déjà constaté ces lésions.

Mais c'est Heschl (1) qui le premier en 1880, se sert de ce terme pour désigner les perforations constatées sur le cæcum de deux malades mortes en pleine occlusion. Il convient tout de suite de remarquer que l'auteur viennois semble attacher à ce terme une signification pathogénique; pour lui en effet, la perforation diastatique est une rupture mécanique; et pour le démontrer, il mesure la limite d'élasticité de l'intestin.

Cependant le terme n'est pas définitivement consacré; Haussmann (2) dans sa thèse sur le cancer de l'intestin, mentionne vingt observations de perforations à distance, mais paraît ignorer les autopsies et les expériences de Heschl.

Combes (3), par contre, en fait de nouveau mention, d'une façon accidentelle, dans son étude des ulcères simples de l'intestin.

Schwob (4) étudie les ulcérations intestinales au cours de l'occlusion chronique et rapporte des observations intéressantes.

En 1899, Gandy et Bufnoir d'une part, Luys d'autre part, rapportent deux observations de perforations diastatiques au sens où l'entendait Heschl.

Dès lors, le terme a conquis droit de cité et De Bovis (5), dans son étude si documentée sur le cancer du gros intestin signale cette complication dans un chapitre spécial.

Depuis, dans des travaux plus récents on s'est occupé, plus ou moins de cette question. Nous citerons parmi eux :

Celui d'Anschütz (6) sur « la marche de l'iléus dans le carcinome de l'intestin et le météorisme local du cæcum dans l'occlusion basse du gros intestin »; celui de Kraft (7), sur « la gangrène et la perforation du cæcum dans le cas de cancer de l'S iliaque »; celui de Kreuter (8) sur « la perforation du cæcum dans l'occlusion basse du gros intestin »; celui de Leotta (9) qui à propos de son étude sur « l'ulcère simple du Jéjuno iléon » mentionne l'importante statistique (48 observations) de Yosaï Shimodaira, dont nous n'avons pu malheureusement retrouver le travail original; celui de Schönleber (10) sur « la manière dont se produisent les ruptures par éclatement de l'intestin »; l'étude récente d'Okinczyc (1) sur le « cancer de l'intestin »; l'article du professeur Mériel (2) sur le « cancer des côlons » dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu-Delbet, et Schwartz.

(1) HESCHL. *Wiener med. Woch.*, 3 janv. 1880.
(2) HAUSSMANN. *Th. de Paris*, 1882.
(3) COMBES. *Th. de Toulouse*, 1897.
(4) SCHOWB. *Th. de Paris*, 1898.
(5) DE BOVIS. *Revue de chir.*, juin 1900.
(6) W. ANSCHÜTZ. *Arch. f. klin. Chir*, 1902.
(7) KRAFT. *Biblioth. f. Loeger*, 1903, 8 R, t. IV, p. 93-112.
(8) KREUTER. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1919.
(9) LÉOTTA. *Arch. ital. de chir.*, 1919.
(10) SCHÖNLEBER. *Beit. z. klin. Chir*, Tübing 1920-1921, t. CXXI, p. 597-611.

Enfin les deux ouvrages que Guillaume (3) vient de faire paraître : *Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin*; *Les colotyphlites et le syndrome iliaque droit*.

Avant d'en finir avec cet historique, une remarque s'impose; la définition de Heschl semble s'être dépouillée peu à peu de sa signification pathogénique; elle paraît s'être à la fois élargie et modifiée, au point qu'Okinczyc n'hésite pas à proposer le terme d'*ulcération diastatique* à la place de celui de perforation diastatique.

Étude clinique. — « Les perforations diastatiques, lit-on dans le Traité de Le Dentu-Delbet et Schwartz, se font rapidement, et terminent brusquement une crise ». On peut ajouter que le clinicien se laisse le plus souvent surprendre sans y penser. C'est en effet dans le cours d'une crise d'occlusion qui dure déjà depuis quelques jours que cette complication survient, chez un malade stercorémique, souvent atteint de cachexie néoplasique; un tel organisme réagit mal, et d'autre part, bien des symptômes sont communs à l'iléus et à la perforation.

Dans certains cas cependant, le tableau symptomatique s'est brusquement transformé sous les yeux même du clinicien, et ce fait nous autorise à décrire, à côté de la forme latente, une forme franche bien caractérisée.

I. Forme franche. — Une des observations les plus typiques est celle de Gandy et Bufnoir. Le tableau est, avec quelques nuances particulières, celui de la péritonite suraiguë par perforation.

L'intestin se perfore; subitement éclate une douleur abdominale atroce; parfois généralisée d'emblée, elle peut un instant restée localisée, avant de se diffuser rapidement à tout l'abdomen. La période d'état est déjà constituée.

La douleur persiste intolérable, accompagnée le plus souvent d'une hyperesthésie cutanée manifeste.

Il n'est pas rare que le malade ne vomisse pas encore; dans deux observations fort nettes à ce sujet, les vomissements n'apparurent que quinze à trente minutes avant la mort.

Les matières et les gaz sont arrêtés.

Les signes physiques n'offrent pas une bien grande originalité.

Signalons en premier lieu le météorisme; en général énorme et diffus, il prédomine parfois au niveau du cæcum.

Après lui, le silence abdominal nous a paru un des phénomènes les plus caractéristiques.

Le diaphragme paraît immobile, et on ne voit pas se dessiner sous la paroi un seul mouvement péristaltique.

La sonorité préhépatique, difficile à rechercher sur un ventre hyperesthésié et contracturé ne doit pas avoir beaucoup de valeur chez un malade en occlusion plus ou moins nette depuis plusieurs jours.

(1) OKINCZYC. *Le Cancer de l'intestin*, 1 vol., 1922, Bibliothèque du Cancer.
(2) MÉRIEL. *Traité de chirurgie* Le Dentu, Delbet et Schwartz; — *Affections chirurgicales du gros intestin*, 1 vol., 1924.
(3) GUILLAUME. *Les Occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin*, 1 vol., 1922, Masson; — *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit*, 1924, 1 vol. G. Doin.

La recherche de la matité dans les flancs nous paraît présenter un intérêt plus considérable.

Les phénomènes généraux ont à notre avis une grande valeur; ce sont ceux d'une intoxication suraiguë par résorption massive au niveau du péritoine.

Rapidement le facies se cyanose, se couvre de sueurs froides.

Une polypnée marquée apparaît très vite, qui reconnaît sans doute à la fois pour cause l'intoxication bulbaire et le refoulement du diaphragme par l'abdomen distendu.

Il est curieux de constater, en parcourant les observations, le peu de renseignements concernant la température et le pouls. Dans l'une d'elles, nous notons que le pouls était peu rapide et assez bien frappé.

Cependant, le tableau s'aggrave à vue d'œil; le malade vomit; les extrémités se refroidissent; c'est déjà la fin; le tout n'a pas duré parfois plus de trois heures.

II. **Forme subaiguë, latente.** — Autant que nous avons pu en juger par la lecture des observations, souvent succinctes d'ailleurs, au point de vue clinique, cette forme paraît plus fréquente ; l'issue des matières a pu ne pas se faire brutalement et en masse dans le ventre; l'inoculation séreuse a eu lieu par un étroit pertuis et les adhérences sont venues parfois limiter l'effraction.

Quoi qu'il en soit, la perforation peut ne se révéler qu'assez tardivement par un syndrome de péritonite insidieusement développé ; elle peut même passer à peu près inaperçue. L'observation d'un malade que nous avons eu l'occasion de soigner dans le service du professeur Mériel est intéressante à ce point de vue. La voici brièvement résumée :

Malade de soixante et un ans, entré à l'hôpital le 25 juillet 1924.

Diarrhée depuis six à sept ans (?).

Il y a un mois, va trouver un docteur pour faire soigner sa diarrhée, qui s'arrêta net.

Huit jours après, arrêt des matières, ballonnement, douleurs abdominales assez pénibles, vomissements.

Des lavements amènent un soulagement marqué au bout de quatre ou cinq jours.

Malgré cela, entre à l'hôpital sur les conseils de son docteur :

Tableau de l'occlusion chronique, probablement par néo.

Les gaz passent.

Le 29 juillet, à dix heures et demie du matin, examen radiologique après lavement bismuthé : l'ampoule rectale se distend, puis le bismuth filtre en mince filet sur une longueur de 7 à 8 centimètres et le défilé passé, distend le côlon ascendant et la moitié environ du côlon transverse. A ce niveau, arrêt définitif.

Au bout d'un moment on aperçoit des sortes de traînées diffuses dans le ventre et le rétrécissement sigmoïde paraît avoir disparu. On prend deux radiographies.

Le même jour, à seize heures quinze, éclate brusquement un syndrome très alarmant qui fait porter le diagnostic d'iléus aigu.

On décide de faire un anus.

Incision dans la fosse iliaque droite sans aucune espèce d'anesthésie.

A l'ouverture du péritoine : fusée de gaz fétides et flot de matières, diarrhéiques où on distingue de nombreux noyaux de cerises.

Nouvelle incision, médiane cette fois, et sous-ombilicale, pour rechercher la perforation intestinale évidente. Véritable inondation fécale avec encore une grande quantité de noyaux de cerises, libres dans la cavité péritonéale. On reconnaît rapidement au toucher « un néo » sténosant de l'S iliaque. Pas de perforation à ce niveau. D'autres noyaux de cerises sont *accrochés* et *engainés* par des adhérences au niveau du tablier épiploïque. En poursuivant les recherches, on trouve bientôt *accolé à la partie* moyenne du côlon transverse un *véritable paquet* de noyaux de cerises enfermés dans *des adhérences*. Nous ne tardons pas à découvrir *dans son voisinage immédiat* une perforation unique du transverse, admettant largement le pouce d'un adulte. Le malade meurt, pendant qu'on termine l'opération, à dix-neuf heures trente. L'autopsie, pratiquée le lendemain, ne montre pas de nouvelles lésions. Le gros intestin renferme encore de nombreux noyaux de cerises.

Il semble qu'on puisse chez notre malade reconstituer les faits de la façon suivante :

Huit jours avant l'entrée à l'hôpital ; au moment de la crise ou de la pseudo-crise de constipation relatée par le malade : production d'une petite perforation permettant l'issue d'un certain nombre de noyaux de cerises, et formation d'adhérences écartant provisoirement tout danger.

Au moment de l'examen radiographique : augmentation de la pression intestinale qui va favoriser la perforation brusque survenue six heures plus tard ; cette seconde perforation résulte sans doute d'une rupture des adhérences protectrices et permet le passage dans le péritoine des noyaux retrouvés complètement libres au moment de l'intervention ; sans elle, la première perforation aurait passé inaperçue.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est donc pas aussi simple qu'il pourrait le paraître à première vue ; cela est si vrai, que la perforation n'a été affirmée dans aucun des cas dont nous avons pu retrouver l'histoire clinique : toutes les fois le chirurgien intervenait pour occlusion intestinale.

Nous croyons toutefois le diagnostic possible, si on y pense, principalement dans la forme franche, où la brusquerie et la violence de la douleur, la gravité subite des phénomènes généraux paraissent des symptômes de grande valeur.

Dans la forme latente, l'erreur est excusable.

Dandy (1) signale le pneumo-péritoine comme méthode propre à déceler la perforation intestinale. Cette manœuvre ne nous semble pas particulièrement adaptée aux circonstances.

Pronostic. — Nous n'insisterons pas sur la gravité exceptionnelle du pronostic qui tient à plusieurs causes :

1° La déchéance physique antérieure du malade.

2° La grande septicité de la bouillie fécale qui inonde parfois le péritoine, dont le nettoyage devient illusoire.

3° La rapidité de la résorption toxique au niveau du péritoine.

4° L'incertitude du diagnostic.

La mortalité est, en effet, considérable. Nous ne connaissons que deux cas de guérison : ceux de Kreuter, où le péritoine ne renfermait pas de matières fécales mais seulement des gaz et un exsudat trouble.

Anatomie pathologique. — Nous réunissons dans le tableau ci-après les diverses observations que nous avons pu colliger.

(1) Dandy. *Ann. de chir. de Philadelphie*, 1919.

1. *Perforations siégeant au niveau du cæcum.*

AUTEUR	NUMÉRO DE L'OBSERVATION (V. Bibliographie).	SIÈGE ET NATURE de la STÉNOSE
Th. Anger	N° 2	Absence congénitale de rectum
Anschütz	N° 3	Angle splénique néo
	N° 4	» néo
	N° 5	» néo
Baron	N° 6	Anse sigmoïde? néo?
Béraud	N° 7	Anse sigmoïde néo
Corbin	N° 10	Angle dr. du côlon néo
Gogué	N° 14	Côlon transverse néo
Göpper	N° 16	Anse sigmoïde néo
Guillaume	N° 17	Anse sigmoïde néo
Haussmann	Nos 30, 33, 38, 41, 42, 43, 44, 18 (*x*)	-
Heschl	N° 19	Pas de sténose (*xx*)
	N° 20	Anse sigmoïde néo
Kreuter	N° 23	Anse sigmoïde néo
	N° 24	Anse sigmoïde néo
Luys	N° 29	Anse sigmoïde néo
Maleix	N° 31	Anse sigmoïde? néo?
Mondor	N° 34	Anse sigmoïde? néo?
Raimbert	N° 39	Anse sigmoïde néo

2. *Perforations siégeant au niveau du côlon ascendant.*

AUTEUR	NUMÉRO DE L'OBSERVATION (V. Bibliographie).	SIÈGE ET NATURE de la STÉNOSE
Fleur	N° 12	Côlon descendant néo
Gandy et Bufnoir	N° 13	Kyste hydatique siégeant sur la face ant. du lobe dr. du foie.
Haussmann (Th.)	Nos 11, 15, 28, 37.	

3. *Perforations siégeant sur le côlon transverse.*

AUTEUR	NUMÉRO DE L'OBSERVATION (V. Bibliographie).	SIÈGE ET NATURE de la STÉNOSE
Mériel et Bertrand	N° 8	Anse sigmoïde (partie inférieure) néo
Holmer (*xxx*)	N° 21	Anse sigmoïde néo
Labey	N° 25	Union anse sigmoïde et rectum néo

4. *Perforations siégeant sur le côlon descendant.*

AUTEUR	NUMÉRO DE L'OBSERVATION (V. Bibliographie).	SIÈGE ET NATURE de la STÉNOSE
Markham	N° 32	Anse sigmoïde néo

5. *Perforations siégeant au niveau de l'appendice.*

AUTEUR	NUMÉRO DE L'OBSERVATION (V. Bibliographie).	SIÈGE ET NATURE de la STÉNOSE
Jacomet	N° 22	Angle dr. du côlon néo

6. *Perforations siégeant sur le grêle.*

AUTEUR	NUMÉRO DE L'OBSERVATION (V. Bibliographie).	SIÈGE ET NATURE de la STÉNOSE
Albarran et Lavillauroy	N° 1	Anse sigmoïde bride
Chavanne	N° 9	?
Lépine	N° 26	Angle colique gauche rétrécissement
Okinczyc	N° 36	Anse sigmoïde néo
Rénon et Blamoutier	N° 40	Gros intestin ?

(*x*) Obs. n° 18. Perforation au niveau de la valvule iléo-cæcale.
(*xx*) Observation qui ne devrait pas en réalité figurer dans le tableau.
(*xxx*) Perforations à la fois sur le côlon transverse et le côlon descendant.

A ces diverses observations nous joignons celles de :

Morris (N° 35), citée par Haussmann : perforation de siège non précisée mais éloignée de la sténose et néo de l'S iliaque.
Letulle (N° 27) : ulcérations non perforées sur valvule iléo-cæcale et iléon et néo du transverse.

Plusieurs remarques s'imposent :

1. Dans presque tous les cas, il s'agit d'obstacle néoplasique : Dans un cas cependant, il s'agit d'une bride ; dans un autre d'absence du rectum ; dans un troisième, de rétrécissement au niveau de l'angle colique gauche ; dans un cas, de Gandy et Bufnoir d'un petit kyste hydatique siégeant sur la face antérieure du lobe droit du foie. Enfin, dans une de ses observations, Heschl (1) ne signale ni rétrécissement, ni tumeur compressive et à vrai dire, ce cas ne devrait pas figurer dans notre tableau récapitulatif.

2. On doit encore remarquer la grande fréquence de la perforation au niveau du cæcum (59/100), puis sur le côlon ascendant et sur le grêle, en même temps que la grande fréquence de l'obstacle au niveau de l'S iliaque.

Étude de l'intestin au niveau des lésions elles-mêmes. — En étudiant de plus près les diverses observations, on constate une différence tout à fait frappante :

Dans certains cas, on trouve à côté ou même à distance de la perforation, une ou plusieurs ulcérations plus ou moins profondes.

Dans d'autres, la perforation mise à part, l'intestin paraît absolument normal.

L'*aspect macroscopique* de la perforation elle-même, va nous permettre de faire une distinction importante :

1. Dans un premier groupe de faits nous trouvons des lésions bien caractérisées ; voici, par exemple, ce que signale Heschl :

« Le péritoine, qui a dû céder le premier, est déchiré sur une certaine longueur; la musculeuse qui a cédé ensuite est divisée transversalement ; la muqueuse, qui a dû céder la dernière, est percée de nombreux orifices, gros comme des lentilles, arrondis ou ovalaires. »

Dans le cas de Gandy et Bufnoir (2), des lésions sont à peu près identiques : Voici comment se présente la perforation située à 3cm5 de l'angle iléo-cæcal, immédiatement en dehors de la bandelette longitudinale antérieure : « Déchirure de la séreuse et d'une partie de la musculeuse sur 5cm5 dans le sens de l'axe du côlon ; la muqueuse, herniée à ce niveau, a éclaté elle-même sous forme d'une déchirure, haute de 6 millimètres, large de 5 ; l'ensemble donne bien l'impression d'une rupture brusque. »

Dans l'observation de Luys (3) même aspect du cæcum qui cède au niveau d'un anus artificiel établi sept jours avant.

Dans le cas de Morris (4), la tunique péritonéale, détachée par places, laisse apercevoir la tunique musculaire à travers les fibres de laquelle suintent les matières fécales. Dans tous ces cas, il y a déchirure assez étendue du péritoine et de la musculeuse,

(1) Heschl. *Wiener med. Woch.*, 3 janv. 1880.
(2) Gandy et Bufnoir. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1899.
(3) Luys. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1899.
(4) Morris. Observation rapportée par Haussmann. *Th. de Paris*, 1882.

avec perforation relativement petite de la muqueuse.

2. Dans un deuxième groupe de faits, beaucoup plus nombreux d'ailleurs, les perforations paraissent être le terme ultime d'un processus ulcératif : les pertes de substance des diverses tuniques se correspondent en superposant assez exactement leurs contours et, d'autre part, c'est dans ces cas que l'on trouve très souvent des ulcérations voisines. Parfois des adhérences, des fausses membranes tendent à isoler la grande cavité péritonéale. Schowb (1), Anschütz (2), Letulle rapportent de ces faits plusieurs exemples.

Rappelons, enfin, qu'assez souvent, comme l'a fait remarquer encore tout récemment Guillaume, les perforations siègent sur une anse franchement gangrenée. « Plus souvent encore on peut, au cours d'une occlusion, constater, à distance, sur le grêle ou le gros intestin la présence de plaques noirâtres qui font songer à un processus de sphacèle en cours d'évolution. Ces plaques noirâtres visibles à l'œil nu sur la face muqueuse et sur la séreuse sont accompagnées d'un piqueté hémorragique de voisinage » [Guillaume (1)].

Étude histologique. — L'étude histologique va préciser ces différences :

1° Concernant le cas du premier groupe nous avons pu retrouver deux examens histologiques assez caractéristiques.

Voici comment s'expriment Gandy et Bufnoir :

« En examinant au microscope les bords mêmes de la perforation, on peut constater que la muqueuse, la celluleuse et quelques fibres les plus superficielles de la tunique musculaire transversale sont conservées; elles paraissent toutes étirées, rompues de façon irrégulière. La séreuse et la plus grande partie des fibres musculaires sont rétractées à 8 ou 10 millimètres environ de ce bord libre. Il n'y a rien là qui ressemble à une infiltration hémorragique, à des lésions inflammatoires ou à un envahissement néoplasique ».

L'examen de Letulle (observ. de Luys) est aussi démonstratif :

« On constate d'abord, de chaque côté de la perforation, que la muqueuse intestinale ne présente aucune trace de lésions inflammatoires aiguës ou chroniques; la perte de substance s'est faite à pic sans travail préparatoire et les glandes de Lieberkuhn à quelques millimètres du bord de la perforation se montrent avec leurs conduits sains et leurs épithélium en place. La muscularis mucosœ est de même à peu près intacte. La sous-muqueuse est tuméfiée, très épaisse, renferme un grand nombre de leucocytes et même des filaments fibrineux, qui vont se continuer avec un exsudat pseudo-membraneux collé à la surface de la perforation. Ces fausses-membranes indiquent que la mort n'est survenue que plusieurs heures après la rupture. Couche musculeuse saine à peu de distance de la perforation. Réaction inflammatoire nette de la sous-séreuse avec vaisseaux gorgés de sang.

En résumé, l'inflammation et les altérations vasculaires paraissent des facteurs accessoires, surajoutés et secondaires à la réaction péritonéale due à la perforation.

(1) Schwob. *Th. de Paris*, 1898.
(2) Anschütz. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902.
(3) Guillaume. *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit*, 1924, 1 vol., G. Doin.

2° Dans les observations du second groupe l'examen histologique est différent :

Ici la réaction inflammatoire est toujours très nette et l'impression première est confirmée, qui voyait dans les perforations, le terme ultime d'un processus ulcératif ou gangréneux.

Voici par exemple, résumée, la description histologique, faite par J. Lavillauroy (1) d'un intestin grêle ulcéré et perforé au cours d'une occlusion par bride siégeant sur l'S iliaque.

Dans les portions non ulcérées on note un épaississement notable des parois de l'intestin, une congestion intense avec infiltration leucocytaire assez marquée, enfin une hypertrophie notable des glandes de Lieberkühn qui sont trois fois plus développées qu'à l'état normal.

L'examen au niveau d'une ulcération montre les lésions suivantes :

La surface de la muqueuse est totalement modifiée; l'épithélium a disparu; les glandes comme décapitées sont réduites à leur portion profonde; ce qui domine, c'est l'ulcération des couches les plus voisines de la lumière de l'intestin et l'énorme prolifération embryonnaire. Les ulcérations d'abord superficielles peuvent s'étendre par fonte suppurative des portions infiltrées de leucocytes. Les vaisseaux souvent altérés présentent des thromboses.

Enfin, on trouve dans les parois de l'intestin, de nombreux bacilles colorés par la thionine. Ces lésions, ajoute l'auteur, ne sont pas sans analogie avec celles que l'on observe dans la dysenterie.

Letulle note les mêmes caractères dans trois examens histologiques.

Dans un cas rétrodilatation de l'appendice avec ulcérations dysentériformes (observ. de Jacomet (2).

Dans l'observation de Labey (3) : néo à la partie supérieure du rectum avec ulcérations multiples et vastes sur le côlon descendant et transverse.

Enfin (4) chez un homme de cinquante ans porteur d'un néoplasme de la partie moyenne du transverse, il trouve sur l'iléon des lésions analogues s'étendant sur 25 centimètres à partir de la valvule iléo-cæcale.

Les études histologiques récentes de Guillaume méritent une mention particulière :

« Dans les endroits où, macroscopiquement, on note la présence de plaques noirâtres, on voit, sur les coupes examinées au microscope, l'existence de désordres anatomiques importants; les tuniques sont plus épaisses, la musculeuse en particulier, et, dans celle-ci comme dans la sous-muqueuse, on observe de grosses lésions vasculaires et périvasculaires; les vaisseaux sont oblitérés, les globules rouges font issue dans les tissus voisins qu'ils infiltrent; au pourtour des vaisseaux, les tissus sont désorganisés, leurs cellules perdant leurs caractères anatomiques; c'est une véritable zone de nécrose infarctoïde. La plaque infarcie va de la muqueuse à la séreuse et, en ce point, par retentissement, ces deux couches sont légèrement lésées sur certaines coupes; mais il apparaît que la muqueuse n'est pas atteinte primitivement et, en tous cas, que les lésions n'ont pas leur point de départ dans la muqueuse ».

« En somme, il s'agit d'une infiltration hémorragique de la musculeuse et de la sous-muqueuse avec désintégration cellulaire de ces tissus, lésion qui a son point de départ dans une altération primitive des vaisseaux des parois intestinales avec, pour conséquence, l'oblitération de ces vaisseaux ».

Dans tous ces cas, les altérations vasculaires et l'inflammation paraissent donc bien les facteurs primitifs et primordiaux.

Étude de l'intestin en dehors des lésions essentielles. — *A.* Au-dessous de l'obstacle. — L'étude de l'in-

(1) Albarran et Lavillauroy. *Soc. anat.*, janv. 1898.
(2) Jacomet. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1898.
(3) Labey. Observations rapportées par Schwob. *Th. de Paris*, 1898.
(4) Letulle. Observations rapportées par Schwob. *Th. de Paris*, 1898.

testin au-dessous de l'obstacle ne présente pour nous qu'un intérêt bien secondaire ; nous nous contenterons de rappeler l'atrophie plus ou moins nette et la diminution de calibre d'une portion d'organe dont la fonction a été à peu près complètement supprimée.

B. Au-dessus de l'obstacle. — L'étude anatomique en est beaucoup plus intéressante.

Ce qui frappe à première vue, c'est l'augmentation de calibre de l'intestin, augmentation telle qu'elle peut rendre impossible la suture bout à bout, de deux anses intestinales après résection de la sténose. Dans un cas de Staffel le côlon était aussi gros que l'estomac.

Nous n'insisterons pas sur cette constatation banale ; nous ferons simplement remarquer que cette augmentation de calibre peut s'étendre fort loin sur le gros intestin ou sur le grêle, et parfois, comme Bouveret y a insisté, siéger électivement sur le cæcum.

L'étude histologique offre encore un plus grand intérêt. De nombreux auteurs ont insisté sur l'hypertrophie compensatrice de la musculeuse qui lutte contre l'obstacle. Cette hypertrophie qui précède la phase d'asystolie intestinale, peut s'étendre fort loin : jusqu'à plus de 5 mètres de la sténose (Boulay). Jusqu'au pylore où Oser a vu se former une véritable tumeur musculaire, jusqu'à l'estomac et même l'œsophage (Oser).

Patel (1) proteste contre cette conception; il affirme qu'il s'agit, non pas d'une hypertrophie musculaire mais d'un épaississement inflammatoire que l'on constate seulement quand la muqueuse est ulcérée près de l'obstacle. Cet auteur a peut-être raison quand il s'agit du segment intestinal immédiatement sus-jacent à la sténose (5 à 10 centimètres) ; mais ses examens n'ont jamais porté plus haut, du moins à notre connaissance, et cela ne suffit pas pour nier l'hypertrophie compensatrice que plusieurs auteurs ont nettement constatée.

Les études de Guillaume ont apporté des faits nouveaux ; elles montrent la possibilité de lésions histologiquement nettes, là où l'œil nu n'avait rien constaté d'anormal.

« L'examen d'une série de coupes faites en des points divers de l'intestin, montre l'intégrité de la grande majorité des vaisseaux, des zones où n'existe pas de nécrose ; *de ci, de là, cependant, un vaisseau est altéré et en voie d'oblitération.* La sous-muqueuse est dans l'ensemble infiltrée d'œdème ; nulle part la muqueuse n'est sérieusement altérée. Dans le mésentère, les vaisseaux sont indemnes.

« Tout porte à penser, ajoute Guillaume, qu'il s'agit de lésions vasculaires, d'origine toxique ou infectieuse, très localisées aux petits vaisseaux intrapariétaux de l'intestin. » C'est sur ces constatations importantes que Guillaume s'appuie pour nier la possibilité d'une rupture intestinale purement mécanique, comme nous aurons l'occasion de le dire plus loin. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 18 novembre 1924)

Le musée du vaccin. — M. Camus, de la part de M. Ed. Chaumier, offre à l'Académie de médecine, pour son Musée de la vaccine, une importante collection de lettres autographes relatives à l'inoculation et à la vaccine (Lettres de La Condamine, Lettres de Jenner, Lettres de Husson, etc.).

Un très bel exemplaire du *Traité de la vaccine* de Sacco, offert à Napoléon Ier, roi d'Italie, avec la lettre d'envoi de l'auteur.

Un agenda illustré de 1779 avec une gravure sur l'inoculation de Louis XVI.

(1) Patel. Du segment intestinal sus-jacent à une sténose intestinale, *Revue de chir.*, 1902.

Un album de pathologie pittoresque contenant de nombreuses caricatures médicales parmi lesquelles une estampe sur la variole.

M. Hutinel offre trois ouvrages, l'un de M. Babonneix, le second de M. Lereboullet et le troisième de lui-même. Le volume de M. Babonneix a trait aux *Chorées*. M. Hutinel loue les recherches de notre éminent collaborateur.

Compte rendu de mission au Canada. — M. Sergent rend compte de la mission dont il a été chargé par l'Académie au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

C'est en janvier 1924 que l'Académie de médecine fut invitée à se faire représenter au Congrès qui a eu lieu en septembre. La mission française comprenait notamment MM. Sergent, L. Ribadeau-Dumas (de Paris) et Jeanneney (de Bordeaux).

M. Sergent insiste sur l'accueil particulièrement amical dont la mission française a été l'objet. Il résume les différentes questions qui ont été traitées au Congrès de Montréal et particulièrement sur la tuberculose qui a donné lieu à d'importantes communications. La délégation française a été, aussi bien de la part des Pouvoirs publics que des membres du Congrès, l'objet des démonstrations les plus flatteuses. Certaines conférences ont été particulièrement appréciées.

Au cours des discussions a été agitée la question des spécialisations, et il a été fait appel à l'influence française pour augmenter au Canada le nombre des spécialistes.

En terminant son intéressant rapport, M. Sergent insiste encore sur la parfaite cordialité dont a été l'objet le représentant de l'Académie qui affirme que le Congrès médical du Canada aura encore resserré les liens de vieille amitié qui l'unissent à la France.

La communication de M. Sergent a été très applaudie.

Le suicide. — M. Maurice de Fleury fait d'abord une étude critique des statistiques fournies par le célèbre ouvrage de Durkheim et de celles qu'il a recueillies au ministère de la Justice. Il étudie ensuite la prétendue contagiosité et la prétendue hérédité du suicide. L'état actuel de la psychiatrie et ses observations personnelles l'amènent à cette conclusion que le suicide est le point culminant de l'anxiété comme l'anxiété est le summum de l'hyperémotivité. La douleur morale anxieuse, c'est proprement l'intolérable. En terminant il insiste sur la question de prophylaxie. Le traitement moral (suggestion, persuasion, réconfort moral, prédications de la Christian science) est ici un danger, quand il prétend remplacer le traitement proprement médical. L'isolement, l'alitement continu, une surveillance constante, le traitement médicamenteux de l'angoisse (bromures, opium, etc.), voilà ce qui, en fait, sauve du suicide, tous les jours, un certain nombre d'anxieux.

Etude radiobiologique de l'activité ovarienne dans ses rapports avec la menstruation et les troubles vaso-moteurs de la ménopause. — M. Béclère n'entend pas, dans cette communication, envisager les effets thérapeutiques des rayons X. Il ne veut les considérer qu'au point de vue de leur étude sur l'activité ovarienne. Il rappelle les communications, sur le même sujet, de MM. Tuffier, Bar et Bazy.

M. Béclère fait tout d'abord justice de la vieille légende de l'infection par rétention des règles ou de la désintoxication par les menstrues.

Il ne faudrait pas croire que l'application des rayons de Rœntgen amène la disparition définitive des règles. Cette suppression n'est le plus souvent que temporaire. Comme symptôme, M. Béclère attache beaucoup d'importance aux bouffées de chaleur qui accompagnent toujours la ménopause normale ou provoquée. On peut être sûr qu'en même temps que reparaissent les époques, les bouffées de chaleur disparaissent pour reparaître aussitôt que cesseront de nouveau les menstrues. Les recherches de M. Béclère reposent sur 34 cas. Il n'y a qu'une exception à cette règle du rapport des bouffées de chaleur avec l'apparition ou la disparition des règles. M. Béclère cite trois exemples dans lesquels les bouffées de chaleur ont persisté malgré de nouvelles métrorragies. En examinant ces femmes avec soin on a reconnu qu'elles étaient

atteintes de polypes du col ou de polypes intra-utérins. Dans ces cas, l'hémorragie était donc due à la présence de ces polypes et non à un retour d'activité ovarienne. Débarrassées de leurs polypes, ces femmes ont vu disparaître leurs hémorragies et ont continué à présenter leurs bouffées de chaleur.

En résumé, après l'application des rayons de Rœntgen, l'activité ovarienne est momentanément supprimée. Mais elle reparaît après un temps très variable et avec elle la fécondation redevient possible. M. Béclère en fournit des exemples. Aussitôt que va reparaître cette activité ovarienne disparaissent les bouffées de chaleur. La persistance de ces bouffées de chaleur est incompatible avec le réveil de l'activité ovarienne.

MM. Wallich et Doléris prennent la parole pour confirmer les recherches de M. Béclère.

Du rôle des ovaires dans la pathogénie des fibromes utérins. — MM. Daniel et Babès.

Note sur la peste en Algérie dans les vingt-cinq dernières années. — M. Raynaud. La maladie y est endémique, avec des poussées intermittentes : en vingt-cinq ans on a noté 400 cas avec 194 décès (48 p. 100). Depuis 1907 le gouvernement général a organisé un service de « dératisation » dans les ports, qui a donné les meilleurs résultats.

La coqueluche et les toux quinteuses. Interprétation et traitement. — M. Vernet. La toux quinteuse ne serait qu'une suite de l'infection primitive et déjà terminée. La thérapeutique doit donc recourir à une excitation du pneumogastrique au moyen du jaborandi et de ses dérivés.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie et accouchements).

Le classement des candidats est le suivant : en première ligne, M. Legueu ; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique, MM. Auvray, Duval, Faure, Mauclaire et Potherat ; adjoint à la liste de présentation, M. Rouvillois.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Legueu obtient 61 suffrages, M. Faure 8, M. Mauclaire 5 et 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Legueu est proclamé élu.

Nous adressons à M. Legueu nos sincères félicitations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 29 octobre 1924)

La cholécystostomie dans le traitement de la cholécystite aiguë. — M. Thiéry a eu recours 38 fois à cette opération pour le traitement de cholécystites aiguës calculeuses et il en a toujours obtenu d'excellents résultats. C'est, selon lui, une excellente opération malgré l'objection qu'on lui a faite de pouvoir laisser échapper un calcul méconnu.

M. Chiffoliau apporte l'observation d'une malade qui présentait tous les signes d'une cholécystite aiguë grave avec ictère, avec température à 40 degrés. M. Chiffoliau pratique la cholécystectomie. La vésicule ne contenait pas de calculs, mais elle était pleine de pus. La malade fut soulagée, mais l'ictère persistait indiquant un obstacle du côté du cholédoque. M. Chiffoliau fit une large incision et trouva une coudure du cholédoque. Il fit un bon drainage et la malade guérit.

Adénome du sinus sphénoïdal. — M. Lecène fait un rapport sur une observation adressée par M. Tessayes (de Genève). Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui souffrait d'une céphalée persistante attribuée à la présence d'une tumeur cérébrale. Une trépanation amena une certaine amélioration. Dans une seconde intervention, l'auteur trépana le sinus sphénoïdal et enleva même un fragment d'hypophyse qui était le siège d'un adénome. Cette hypophysectomie partielle, sur laquelle a insisté M. Tuffier, donne de bons résultats quand il s'agit d'un kyste. Le succès est moins certain et moins constant quand il s'agit d'adénomes. Toutefois, chez la malade de notre confrère de Genève le résultat est, jusqu'ici, très satisfaisant.

Taffetas caoutchouté agglutinatif. — M. Lecène fait un second rapport sur une communication de MM. Legrand et Petit (de Rouen). Il s'agit de l'emploi d'un taffetas caoutchouté stérilisable et restérilisable qui assure une parfaite asepsie des bords de la plaie et permet de se passer de l'application préalable de teinture d'iode. C'est un réel progrès réalisé sur l'emploi des tissus imperméables en chirurgie.

Sangle abdominale. — M. Dujarier présente une sangle abdominale en tissu de caoutchouc perforé qui assure une parfaite contention des parois abdominales. Cette sangle est présentée par M. Charnot.

Ablation, par voie abdominale, d'un rectum cancéreux. — M. Okinczyc a pratiqué cette opération chez une femme de soixante-dix-huit ans, atteinte d'occlusion intestinale. Il pratiqua d'abord un large anus cæcal. Dans une seconde intervention il sectionna l'anse sigmoïde et la ferma ; puis il fit l'ablation du rectum et cautérisa le bout restant. Il remplaça ensuite l'anus cæcal par un anus iliaque. Cette femme, qui a aujourd'hui soixante-dix-neuf ans, va aussi bien que possible.

Cette opération est une modification de l'opération de Hartmann. Elle est peut-être moins complète que l'abdomino-périnéale. Mais elle est plus simple et peut-être moins choquante.

— Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Louis Bazy, Anselme Schwartz, Mocquot et Basset.

Tuberculose intestinale. — M. Okinczyc analyse une observation d'un chirurgien du Val-de-Grâce qui opéra un malade chez lequel avait été porté le diagnostic d'ulcus hyperchlorhydrique et qui se proposait de pratiquer une gastro-entérostomie. Il trouva quatre rétrécissements sur le grêle et réséqua l'anse jéjunale malade et réunit les deux bouts avec un bouton de Murphy. L'examen histologique fait par M. Dopter montra qu'il s'agissait de tuberculose. Bon résultat immédiat.

Quatre cas de volvulus du grêle. — M. Lardennois communique quatre observations de volvulus du grêle, dont trois à l'état aigu et une à l'état chronique. Dans le premier cas il s'agit d'un enfant. Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans chez laquelle on avait fait le diagnostic de péritonite appendiculaire avec obstruction : température élevée, pouls à 140, vomissements incessants. Laparotomie d'urgence. On trouve l'iléon tordu deux fois sur lui-même. Détorsion. Guérison.

M. Lardennois communique en détails les autres observations et les fait suivre de réflexions sur le diagnostic et le traitement chirurgical du volvulus.

L'hystérectomie dans le traitement de l'infection post-partum — M. Mauclaire apporte au débat les résultats de son expérience.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 6 novembre 1924)

Un cas d'hémisyndrome cérébelleux avec tremblement du type de la sclérose en plaques et mouvements athétosiques. Lésion probable de la région supérieure du noyau rouge (rubro-thalamique). — M. Roussy, Mlle Lévy et M. Bertillon. Il s'agit d'un hémisyndrome cérébelleux droit, survenu à la suite d'un ictus, chez une femme de soixante et onze ans. Les troubles cérébelleux consistent en dysmétrie, adiadococinésie, hypotonie, tremblement du type de la sclérose en plaques. Ils s'accompagnent de mouvements athétosiques des doigts et des orteils du même côté, avec attitude anormale de la main. Il n'existe que des troubles sensitifs et pyramidaux à peine esquissés, homolatéraux ; il n'y a pas de signe de lésion dans le territoire de la troisième paire.

Les auteurs rangent leur observation parmi les cas de syndrome supéro-externe du noyau rouge par atteinte de la voie rubro-thalamique ; elle vient s'ajouter au fait récent qui a permis à MM. Chiray, Foix et Nicolesco de décrire ce syndrome. M. Foix vient, d'ailleurs, d'observer un nouveau cas analogue. Ces faits sont instructifs pour la pathogénie de l'athétose, et ils

sont à rapprocher, à cet égard, de l'observation anatomo-clinique plus ancienne de MM. P. Marie et Guillain, qui ont pu localiser une lésion bien limitée dans le pédoncule cérébelleux supérieur.

Vertèbre « d'ivoire » et paraplégie par compression dans un cas de cancer du sein. — MM. Souques, Lafourcade et Terris présentent une malade atteinte de cancer du sein et, depuis près d'un an, de paraplégie par compression. Or, l'examen radiographique du rachis décèle, au niveau de D^6, là où les symptômes cliniques et l'arrêt du lipiodol permettent de placer le siège de la compression spinale, une image qui diffère entièrement du type habituel que M. Sicard a récemment décrit dans le cancer vertébral. La vertèbre est normale de volume et de forme, mais elle est entièrement et uniformément opaque, contrastant avec la teinte et l'architecture des autres vertèbres. L'aspect blanc du négatif suggère aux auteurs la dénomination de « vertèbre d'ivoire ».

La « vertèbre d'ivoire » ne doit pas être confondue avec « l'os de marbre » qui a été décrit à l'étranger, et qui est toujours une altération plus ou moins généralisée.

M. Sicard rapporte avoir observé récemment un cas analogue.

Alexie pure, reliquat d'agnosie visuelle. — MM. Faure-Beaulieu et E. Jacquet présentent une femme de soixante ans, devenue hémianopsique droite et alexique à la suite d'un ictus survenu il y a trois ans. Or, l'alexie n'est pas le reliquat d'un syndrome aphasique plus complet : elle a toujours été pure, sauf un léger trouble dans la dénomination des objets tout au début. Par contre, avant de devenir ainsi monosymptomatique, elle a fait partie d'un syndrome complet et durable d'agnosie visuelle, dont elle s'est dégagée peu à peu, au fur et à mesure qu'il régressait. Pendant plusieurs mois, la malade avait peine à reconnaître les rues de son quartier, les maisons de sa rue, les objets les plus usuels, et il en résultait un degré marqué d'apraxie idéatoire. Après disparition de ces troubles diffus, l'agnosie visuelle est demeurée « spécialisée » pour le langage, selon l'expression de M. Pierre Marie. L'alexie pure, dans ce cas, est plutôt du domaine de l'agnosie. Il en est ainsi dans des cas anciens de Brissaud, de M. Souques, et dans le fait plus récent de MM. Crouzon et Valence.

M. Foix fait observer que la même remarque peut s'appliquer à certaines surdités verbales pures (Laignel-Lavastine et Alajouanine, Foix).

Cordotomie latérale antérieure, entre la racine antérieure et le ligament dentelé, pour algies incurables. — MM. Sicard et Robineau. Dans les algies incurables de l'étage sous-ombilical, en particulier dans celles des cancers vertébraux, la morphine et même les radicotomies postérieures sont parfois insuffisantes. C'est dans ces cas que MM. Sicard et Robineau ont pratiqué la cordotomie latérale. Leur statistique porte sur 11 cas : 8 cancers vertébraux, 2 tabes avec topoalgies de type causalgique, 1 kraurosis vulvaire qui durait depuis quinze ans et qui avait donné déjà lieu à une opération mutilante sur les organes génitaux externes. Il y a eu un seul décès, chez un cancéreux très cachectique, le cinquième jour après l'opération. Dans les dix autres cas, il y eut disparition des douleurs. La malade atteinte de kraurosis de la vulve, présentée devant la Société, est complètement débarrassée de ses souffrances.

L'intervention porte de préférence sur D^5, qui est d'accès facile, et au niveau de laquelle il est facile d'épargner le faisceau pyramidal. L'incision se fait transversalement, entre la racine antérieure et le ligament dentelé. Elle intéresse, suivant la topographie des algies, un côté ou les deux côtés; mais, dans les cas où elle est bilatérale, les deux sections doivent porter sur des segments voisins, mais non sur le même segment. Le couteau (couteau de Græfe) doit respecter le faisceau pyramidal croisé et détruire au contraire les fibres du faisceau de Gowers et du faisceau antéro-latéral, c'est-à-dire les voies de passage de la sensibilité douloureuse en ligne croisée. Dans les suites opératoires, on note généralement quelques petits signes pyramidaux et cérébelleux, mais transitoires. Par contre, les sensibilités profondes sont intactes : elles ne passent donc pas par le faisceau de Gowers. Toutes les sensibilités thermiques et douloureuses sont perçues comme chaleur non désagréable.

Apparition tardive du blocage des espaces sous-arachnoïdiens dans un cas de compression médullaire. — MM. G. Guillain et T. Alajouanine. Le malade présenté était atteint d'une paraplégie spasmodique à marche progressive, qui se distinguait par bien des particularités cliniques du type habituel des compressions médullaires : très peu de douleurs, très peu de réflexes de défense, très peu de troubles de sensibilité objective localisés. Par contre, la ponction lombaire donnait un liquide xanthochromique avec dissociation albumino-cytologique, tant au lieu d'élection qu'entre D^6 et D^7. Une injection de lipiodol montrant une perméabilité parfaite des espaces sous-arachnoïdiens, le diagnostic de compression médullaire ne pouvait être affirmé, et, en tout cas, aucune localisation ne pouvait être tentée.

Trois mois après, la paraplégie continuait à s'aggraver, sans nouveau signe de localisation. Mais de nouvelles ponctions lombaires montraient l'existence d'une différenciation dans la teneur albumineuse du liquide céphalo-rachidien : à la région lombaire, liquide xanthochromique ; à la région dorsale, 0,85 d'ulbumine; à la région cervicale, 0,56. Le cloisonnement méningé était probable. Or une nouvelle injection de lipiodol montra un arrêt net et complet de la bille opaque à hauteur de D^{11}.

La laminectomie, exécutée par M. Petit-Dutaillis, permit de constater, au niveau de D^{11}, une tumeur volumineuse (3 centimètres sur 2 centimètres), qui fut extraite. L'amélioration débuta le troisième jour, et le malade reprit la marche le vingtième jour. Actuellement, il ne reste aucun trouble fonctionnel : seul, un signe de Babinski traduit le reliquat de la compression médullaire.

L'intervention n'a été possible, dans ce cas, que grâce à l'injection de lipiodol; la rapidité et l'excellence du résultat sont vraisemblablement dus à ce que l'opération a pu être décidée aussitôt que le blocage sous-arachnoïdien s'est trouvé réalisé.

Cette observation montre, comme le fait remarquer M. Babinski, que l'absence d'arrêt du lipiodol ne permet pas d'éliminer le diagnostic de compression médullaire. De même que M. Guillain a vu apparaître le blocage sous-arachnoïdien grâce à l'injection de lipiodol, de même M. Souques, M. Vincent ont vu disparaître le blocage dans des cas de syphilis médullaire sous l'influence du traitement.

Spasme rythmique vélo-pharyngo-laryngé (nystagmus du voile). — MM. Ch. Foix et P. Hillemand. Ce nouveau cas vient s'ajouter aux observations déjà présentées par M. Foix. Il s'agit ici d'un pseudo-bulbaire, sans aucun signe de localisation. Le spasme est à prédominance gauche. Son rythme est de 150 par minute : il est donc plus fréquent que dans les cas habituels. M. Foix montre les pièces macroscopiques d'un cas analogue déjà présenté par lui au point de vue clinique. Les lésions confirment l'hypothèse qu'il avait émise, et qui attribue à la lésion du faisceau longitudinal postérieur un rôle dans la pathogénie de ce symptôme. Enfin, MM. Foix et Tinel rapportent l'observation d'un malade chez lequel le nystagmus du voile s'associait à une paralysie faciale, sans autre symptôme, ce qui permettait de préjuger une localisation protubérantielle.

Troubles sensitifs dissociés à topographie radiculaire dans un cas de lésion protubérantielle probable. — MM. Ch. Foix et P. Hillemand ont observé, chez un malade atteint de syndrome de Millard-Gubler à la suite d'un ictus, une anesthésie dissociée à topographie radiculaire atteignant la face et la région cervico-brachiale. Or rien n'indique la possibilité d'une localisation cervicale. Ce fait, rapproché d'un cas antérieur de MM. Faure-Beaulieu et Bouttier, semble indiquer que les lésions de l'axe encéphalique peuvent donner des troubles sensitifs à topographie radiculaire. M. A. Thomas a vu des topographies analogues dans les lésions bulbaires. M. Cl. Vincent a observé, dans un cas de lésion protubérantielle, une répartition paraplégique des troubles sensitifs, qui ne s'étendaient pas au-dessus de la ligne mamelonnaire.

Tumeur de la région infundibulo-hypophysaire considérablement améliorée par le traitement radiothérapique. — MM. Foix, Hillemand et Mme Schiff-Wertheimer présentent une malade atteinte de tumeur de la région infundi-

bulo-hypophysaire. Outre un syndrome adiposo-génital, on avait vu évoluer chez cette malade des troubles visuels graves, qui avaient abouti, il y a trois ans, à la cécité complète lorsqu'un traitement radiothérapique fut entrepris (26 séances) par M. Béclère. Or c'est maintenant seulement, deux ans après l'arrêt du traitement, que la vision s'est améliorée. La perception lumineuse a reparu dans le champ nasal de l'œil droit, et l'acuité est de 1/10 dans le champ nasal de l'œil gauche.

Caractères du signe de Babinski dans un cas de poliomyélite. — M. A. Tournay. La signification du réflexe plantaire en extension dans la paralysie spinale infantile a été récemment l'objet d'une discussion dans cette Société. M. Sicard montrait que l'extension de l'orteil pouvait être liée à la simple répartition de la paralysie, les fléchisseurs se trouvant plus atteints que les extenseurs. M. Babonneix maintenait que, dans certains cas de paralysie infantile légitime, l'extension de l'orteil avait la valeur d'un signe de Babinski, et traduisait la lésion du faisceau pyramidal.

Le fait de M. Tournay vient à l'appui de cette dernière opinion. Chez son malade, l'extension de l'orteil a certainement la valeur d'un signe de Babinski : en effet, non seulement la contractilité volontaire et électrique des fléchisseurs des orteils et des muscles plantaires est parfaitement conservée, mais l'excitation de la partie interne de la plante du pied détermine le réflexe normal en flexion ; c'est seulement l'excitation du bord externe du pied qui provoque le signe de Babinski : extension du gros orteil avec abduction du petit orteil.

A noter que, pendant la première année de la maladie, les deux réflexes plantaires s'opéraient en flexion ; le signe de Babinski n'est sans doute apparu aussi tardivement, là où il devait apparaître, que par suite de la prédominance initiale, dans ce cas, de l'atteinte des extenseurs.

Sur le diagnostic des compressions de la moelle. Mal de Pott à forme de tumeur intrarachidienne sans aspects radiologiques anormaux des vertèbres. Sur l'évolution de la tuberculose vertébrale après laminectomie. — MM. Cl. Vincent et J. Darquier. M. Sicard a déjà fait observer que si, chez l'enfant, tout mal de Pott donne lieu à des modifications de l'image radiographique vertébrale, il n'en est pas de même chez l'adulte. La radiographie peut donner une image absolument normale dans des compressions médullaires par mal de Pott chez l'adulte. La nouvelle observation de M. Vincent, s'ajoutant à une précédente du même auteur, confirme ce fait. La malade présentait une paraplégie par compression, avec arrêt du lipiodol au niveau de D^7. Il n'y avait pas grande raideur vertébrale, peu de douleur, et la radiographie ne décelait rien de pathologique. On crut à une tumeur médullaire, et on intervint. On trouva une gomme tuberculeuse non ouverte, saillante dans le canal, qui agissait comme une tumeur. On en fit l'ablation, et on observa une amélioration considérable pendant un mois. Mais les douleurs et les troubles de motilité reparurent, et la mort survint avec un syndrome de section complète de la moelle. L'autopsie montra, au niveau des vertèbres D^7, D^8 et D^9, plusieurs tubercules crus conglomérés. L'une des masses tuberculeuses seule affleurait à la surface d'un des corps vertébraux dans le canal rachidien. Des radiographies de la colonne dans diverses positions ne montrèrent aucune modification de l'aspect des corps vertébraux ni des disques.

Cette observation vient, d'autre part, confirmer l'opinion déjà soutenue par M. Cl. Vincent et par M. de Martel, que la laminectomie aggrave le mal de Pott en favorisant la dissémination locale ou générale.

Enfin il faut noter que, dans ce cas, la zone réflexogène des réflexes de défense s'étendait bien su-dessus du niveau des lésions. Seul un examen attentif permettait de différencier ces réflexes des réflexes classiques, et d'éviter l'erreur qui aurait fait projeter la lésion trop haut.

Méningite à cysticerques. — MM. I. Bertrand et Médakovitch.

Méthode rapide de coloration des gaines de myéline. — MM. Ch. Achard et J. Thiers.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 25 octobre 1924)

La filtrabilité des bacilles paratuberculeux à travers les bougies Chamberland. — M. F. de Potter. Les bacilles acido-résistants de Grassberger, de Korn et de la para-Perlsucht cultivés sur milieux liquides ou solides, à 37 degrés où à la température du laboratoire, filtrés sur bougie Chamberland L_2 après un temps de développement variant de cinq à vingt-six jours et ensemencés ensuite sur des milieux différents n'ont jamais donné de culture.

L'auteur en déduit que, dans les conditions où il a opéré, ces bacilles paratuberculeux quoique morphologiquement analogues au bacille de Koch ne laissent passer à travers le filtre L_2 aucun élément capable de reproduire en culture le bacille typique original.

Dissemblances entre les ferments amylolytiques des différentes préparations d'orge germée. — M. R. Lecoq, au cours de ses recherches ayant pour but de déterminer les meilleures conditions à réaliser pour le maltage des aliments, a eu maintes fois l'occasion de noter des dissemblances importantes dans l'action diastasique des différentes préparations d'orge germée : farine de malt et extraits de malt pâteux et sec. Les résultats donnés par la diastase pure (de titre 300) diffèrent encore des résultats précédemment obtenus. L'optimum de température s'est montré de 50 degrés pour les amylacés cuits et de 70 degrés pour les amylacés crus.

On serait tenté de croire qu'il n'y a pas un, mais plusieurs ferments amylolytiques, et que ceux-ci rentrent en proportions différentes dans la constitution des diastases des diverses préparations d'orge germée. En réalité, il semble plutôt qu'il s'agisse de variations du milieu extérieur (Ph, sels minéraux, colloïdité, concentration moléculaire, présence de maltose et de dextrines, etc.).

Analogies entre la ptyaline et l'amylase de l'orge germée. — MM. R. Weitz et R. Lecoq ont observé, en comparant l'action diastasique de la salive et de l'amylase extraite industriellement de l'orge germée (diastase pure de titre 300) que ces deux sources de ferments agissaient sur les amylacés cuits ou crus à des températures optima identiques.

Toutefois, à ces températures, la diastase de l'orge germée paraît désintégrer plus profondément les amidons cuits que les amidons crus ; la ptyaline de la salive produit des effets d'ordre inverse, quoique moins accusés. Ces différences d'ordre secondaire, montrent bien que, là encore, l'influence du milieu intervient pour favoriser ou pour entraver l'action des ferments amylolytiques, qu'ils soient d'origine animale ou végétale.

Préparation d'un sérum antithyroïdien. Ses propriétés biologiques. — M. E. Coulaud injecte à des moutons, par voie intraveineuse, des émulsions de corps thyroïdes frais de mouton. Quand ils ont reçu quatre ou six injections intraveineuses, leur sérum, injecté au lapin, modifie la structure histologique du corps thyroïde. Si on cesse les injections le corps thyroïde reprend en trois mois son aspect normal.

Bien que le sérum des moutons ainsi préparé se montre toxique pour la cellule thyroïdienne du lapin, il ne contient pas d'anticorps décelables par la réaction de déviation du complément.

A propos de quelques caractères biologiques de l'acide urique. — MM. A. Chauffard, P. Brodin et A. Grigaut montrent à nouveau combien les lois qui régissent la circulation de l'acide urique sont différentes de ce qui se passe pour les autres substances de l'organisme. Ils ont été les premiers à montrer qu'il n'existe pas de constante urico-sécrétoire et pour expliquer ce fait ils se basent sur les aspects chimiques différents de l'acide urique dans l'organisme (acide urique libre et acides uriques combinés). A chacune de ces formes correspond une formule d'élimination différente et on comprend ainsi parfaitement les différentes modalités de l'excrétion urique. Dans la goutte la rétention de l'acide urique est

due en majeure partie à la présence dans l'organisme de formes peu diffusibles d'acide urique.

THÉRAPEUTIQUE

L'HÉRÉDITÉ DANS LA TUBERCULOSE

« On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable ». Cet axiome de Peter a remplacé la notion de l'hérédité tuberculeuse qui était admise par les anciens auteurs.

L'hérédité du germe n'existe pas et la contagion de l'enfant de tuberculeux se fait par sa famille, au sein de sa famille. Elle se fait surtout par voie aérienne de la mère à l'enfant, et si l'on prend la précaution de séparer dès sa naissance l'enfant du milieu tuberculeux on a toutes les chances de lui épargner le sort de ses parents.

Cependant il est courant de voir certains de ces enfants arrivés à un âge plus avancé, devenir tuberculeux, alors que d'autres n'ont, au cours de leur existence, aucune manifestation tuberculeuse.

A quoi tiennent ces différences? Existe-t-il une prédisposition héréditaire ou au contraire existe-t-il une immunité héréditaire? Quelles sont les conditions?

C'est à ce problème que le professeur agrégé Philibert a consacré un long article dans *La Médecine* de janvier 1924.

Les enfants de tuberculeux pour Landouzy, pour Barbier, pour Vignes, ont un poids moyen inférieur à ceux des enfants sains. Comby, Debré et Laplane se sont élevés contre cette opinion classique et soutiennent que les enfants de tuberculeux sont aussi beaux que les autres à condition d'être séparés de leurs mères dès leur naissance. Les enfants de tuberculeux feraient fréquemment du rachitisme pour Marfan. D'autres auteurs ont admis que les descendants de tuberculeux bénéficient d'une résistance, d'une sorte d'immunité relative qui les rendent moins aptes que les autres à contracter la tuberculose, ou plutôt à présenter des formes de tuberculose torpide, scléreuse, avortée. On a même invoqué la sélection maternelle : tous les terrains sensibles à la tuberculose auraient disparu autrefois et nos contemporains civilisés tous plus ou moins héréditaires de tuberculeux seraient doués d'une résistance naturelle à la tuberculose, tandis que les peuples neufs, les nègres lorsqu'ils sont touchés présentent des formes aiguës, rapidement mortelles.

Mais pour le professeur agrégé Philibert la question d'hérédité tuberculeuse doit être posée autrement. Il faut tenir compte de la transmission aux descendants des caractères nouveaux acquis pendant la vie de l'ascendant. Cette loi de biologie générale peut-elle s'appliquer à la tuberculose? Pour cela il faut que la tuberculose ait un retentissement humoral sur l'ovule ou sur le spermatozoïde. Or, il n'est pas douteux, comme le prouvent les réactions à la tuberculine, qu'un foyer tuberculeux a un retentissement sur les autres tissus de l'organisme et sur les humeurs. Mais ce caractère transmis, puisqu'il s'agit de tuberculose, de maladie infectieuse, le sera-t-il dans le sens de résistance, ou au contraire dans le sens d'une sensibilité plus grande à l'infection ? Tout dépend de la forme clinique ou de la phase évolutive des parents. Selon la période où il se trouvera, le tuberculeux qui procrée transmettra, soit son état de résistance, soit son état de défaillance. Si les deux ascendants ont un terrain sensible, l'enfant ne peut hériter que d'un terrain sensible. Si les deux ascendants ont un terrain résistant, l'enfant ne peut hériter que d'un terrain de résistance. Quand l'un des ascendants présente un terrain résistant et l'autre un terrain sensible, que sera, à ce point de vue, le terrain du produit. Chez les animaux on fait intervenir la loi de Mendel : la moitié des produits a des caractères mixtes, un quart les caractères du père, un quart les caractères de la mère, mais cette loi n'est pas applicable chez l'homme, car chaque grossesse ne donne ordinairement qu'un descendant. Il faut admettre que ce produit aura un terrain indifférent.

En résumé, du point de vue du terrain, l'enfant de tuberculeux peut naître avec un terrain indifférent, sensible ou résistant. Mais cette prédisposition ne peut se reconnaître que rétrospectivement. Il n'est point dans l'état actuel de la science de test qui nous permette d'apprécier ce terrain. Il s'ensuit que, au point de vue pratique, il faut toujours séparer l'enfant de ses parents tuberculeux. Il faut renforcer sa résistance naturelle si elle existe, modifier le terrain transmis si on a des raisons de supposer qu'il n'est pas solide. Il faut surveiller particulièrement ces enfants qui, comme l'a montré Marfan, font plus volontiers que les autres du rachitisme, des états spasmophiles. Or, il est démontré que la spasmophilie, le rachitisme sont des maladies dues à des troubles du métabolisme de la chaux. Il faudra donc de bonne heure songer à apporter à leur nourriture un excès de calcium, non seulement pour prévenir le rachitisme, les états spasmophiles, mais encore pour modifier le terrain tuberculisable pour que l'organisme puise dans ses réserves de chaux les ressources nécessaires à la lutte contre l'infection tuberculeuse.

La tricalcine est une spécialité de sels de chaux qui convient à tous les âges. On peut la prescrire en poudre, en granulés pour les enfants en bas-âge. Il existe une tricalcine chocolatée pour les enfants plus grands. Dr MESLIER.

LIVRES NOUVEAUX

Un médecin philosophe. Charles Bouchard, son œuvre et son temps 1837-1915 (1), par Paul LE GENDRE.

Le docteur Le Gendre, ancien élève du professeur Bouchard, ayant vécu dans son intimité, participé à ses travaux, possédait une documentation unique pour retracer la vie du maître, son œuvre, et indiquer l'influence profonde qu'il exerça sur le milieu scientifique de son époque.

Il a fait plus, il a tracé l'histoire d'un demi-siècle de vie scientifique ; ce livre n'est plus une simple biographie, c'est l'histoire d'une époque particulièrement riche en découvertes et en doctrines fécondes. En lisant cet ouvrage où l'on voit défiler les plus grands noms de la médecine, où l'on voit exposées en quelques lignes et tracées en quelques traits l'œuvre et la vie de ceux qui ont orienté la science vers des destinées nouvelles, on est arrêté par des détails curieux, par des déductions, par des aperçus philosophiques qui lui donnent un intérêt puissant. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 24 NOVEMBRE AU 29 NOVEMBRE 1924)

THÈSES

Mercredi 26 novembre. — Jury : MM. Roger, président; Lejars, Coquet, Robin, Nicolas et Vallée. — M. ROELAND. Sur l'approvisionnement en lait de bonne qualité. — M. LARIEUX. L'encastelure et son traitement.

Jury : MM. Delbet, président; Bernard, Tanon et Hetz-Boyer. — M. DAVOIGNEAU (Maurice). Radiothérapie des néoplasmes d'origine testiculaire. — M. PÉRONNE (Vincent). La tuberculose pulmonaire du diabétique.

Jeudi 27 novembre. — Jury : MM. Gilbert, président; J.-L. Faure, Achard et Chauffard. — M. MAC AULIFFE (A.). Exploration clinique des vaisseaux sanguins, capillaires de l'homme. — M. LEHMANN (Robert). L'insufflation tubaire. — Mlle REVERCHON. Etude des contractures parkinsonniennes. — M. LEBOUCHER (Henri). Etude du traitement des leucémies.

Samedi 29 novembre. — Jury : MM. Lejars, président; Achard, Bezançon et Binet. — M. CHADOURNE (Etienne). Etude pneumographique des troubles respiratoires. — M. CONTANT (Louis). Etude des varices œsophagiennes. — M. ANOYNET (Paul). Etude de la fracture isolée de la cupule des radius. — M. WARRANT (Camille). Etude de quelques accidents évolutifs du pneumothorax et du pyothorax chez les tuberculeux.

(1) Un vol. grand in-8°. Prix : 30 fr. — Paris, 1924, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17 RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 22 novembre. — Questions données : « Diagnostic des paraplégies spasmodiques non traumatiques chez l'adulte. — Symptômes et diagnostic des anévrismes circonscrits de l'artère poplitée. »

MM. Jonesco, 21; Bernheim, 14; Benoist, 26; Delalande, 22; Mlle Abricossoff, 13; MM. Albot, 23; Lévy (André), 19; Delarue, 24; André, 21.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Signes et traitement de la péricardite avec épanchement. — Signes et diagnostic de la tuberculose articulaire du genou. »

MM. Béclère, 23; Beaugeard, 20; Arviset, 26; Maximin (René), 22; Méry, 23; Laval, 20; Kanony, 26; Meurisse, 22; Mlle Leblond, 17; M. Mével, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le lundi 26 janvier 1925, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Administration Centrale, 41, rue de la Barre, un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hospices et hôpitaux de Lille.

— Toulouse. — A la suite du concours ouvert le 3 novembre 1924, M. le docteur Chatellier, a été nommé vénéréologiste adjoint des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient de proposer pour une place de professeur sans chaire, M. le professeur agrégé d'anatomie Rouvière.

C'est le premier professeur sans chaire nommé à Paris.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 23 novembre publie une instruction relative à l'application du décret du 31 octobre 1924 fixant les attributions de la Commission consultative médicale pour l'attribution des pensions.

GUERRE. — Ont obtenu le titre de « spécialiste des hôpitaux militaires » à la suite du concours de 1924 :

Médecine légale et neuro-psychiatrie : M. Costedoat, médecin-major de 2e classe, de l'armée française du Rhin.

Bactériologie et anatomie pathologiqne : M. Cristau, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles.

(Décision ministérielle du 17 novembre 1924, *J. O.*, 22 nov. 1924.)

UN DON DU PROFESSEUR BERGONIÉ. — Le *Journal officiel* du 23 novembre 1924 publie un décret autorisant le doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux à accepter au nom de cet établissement, la donation faite par M. le professeur Bergonié, grand officier de la Légion d'honneur, d'une somme de 100.000 fr.

La totalité de cette somme devra être affectée à la construction d'un édifice qui sera le siège du centre de Bordeaux et du Sud-Ouest contre le cancer.

LE CENTENAIRE DE CHARCOT. — La Société de neurologle de Paris a pris l'initiative de célébrer le centième anniversaire de la naissance de Charcot, qui aura lieu en 1925. Un Comité d'organisation a été constitué dans ce but. Il a obtenu le haut patronage de : M. le président de la République; des ministres des Affaires étrangères, de l'Instruction publique, du Travail et de l'Hygiène; de MM. les présidents de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, du recteur de l'Université de Paris; du doyen de la Faculté de médecine de Paris; de M. le préfet de la Seine; des présidents du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine; et de M. le directeur de l'Assistance publique.

Le Comité d'organisation est ainsi composé : Présidents d'honneur : MM. Pierre Marie, Pitres, Paul Richer; président : M. Babinski; secrétaire général : M. Souques; membres du Comité : MM. Blin, Jean Charcot, H. Colin, Dutil, Georges Guinon, Hallion, Paul Londe, Parmentier, anciens élèves de Charcot. Le bureau de la Société de neurologie de Paris : MM. O. Crouzon, Georges Guillain, Henry Meige, Barbé, P. Béhague. Editeur : M. Pierre Masson.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE FRANCE. — L'assemblée générale, qui devait avoir lieu le 29 novembre, est reportée au samedi 6 décembre, à 16 h., 12, rue de Seine.

Adresser les demandes de candidature au président docteur Durand-Fardel, 164, rue de Courcelles (XVIIe). Toute autre correspondance au secrétaire général le docteur Aine, 12, rue de Seine.

LIGUE DU LAIT (30, rue des Ecluses-Saint-Martin). — La Commission technique de la Ligue du lait, réunie le 15 novembre 1924, sous la présidence du professeur Ch. Porcher, émet le vœu que la législation sur la spéculation illicite, actuellement en discussion devant le Parlement, respecte les intérêts sacrés de l'enfance et de l'hygiène publique, et que le lait pur, propre et cru, indispensable aux nouveau-nés privés du sein maternel, ne soit soumis à aucune loi susceptible d'en tarir la production.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delcroix (de Paris), Maurice Chaillons (d'Angers), Estevenet (de Sainte-Dode), décédé à l'âge de quatre-vingt-quinze ans. Notre regretté confrère était l'un des plus anciens abonnés de la *Gazette des hôpitaux* qu'il recevait depuis soixante-dix ans. Nous prions sa famille d'agréer l'expression de notre très vive sympathie.

CHRONIQUE

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR JOSUÉ

Hier matin, à l'hôpital de la Pitié, cérémonie tout intime. Le comité des souscripteurs remettait à l'Assistance publique qui, désormais, en assurera la garde, un médaillon, dû au talent du sculpteur Janiot, et destiné à commémorer les traits de notre regretté collègue Josué. Le voici tel que nous l'avons connu, avec sa physionomie ardente et froide, son air de sérénité inquiète, son sourire désabusé qui, à l'aspect de la souffrance, savait devenir si doux. Ils n'ignoraient pas, ceux qui le connaissaient bien, que derrière ce masque glacé, se cachait l'âme la plus sensible et la plus tendre, que leurs joies étaient les siennes, et siennes aussi, leurs tristesses ! Et c'est pourquoi, malgré la rigueur de la température, ils étaient venus si nombreux à cette fête du souvenir. Tour à tour, divers orateurs célèbrent ses rares qualités ; ils louent son immense érudition, sa virtuosité technique, sa conscience professionnelle et expérimentale, sa passion de tout apprendre comme de tout comprendre. Son disciple préféré, M. Chevallier, qui lui avait déjà consacré un bel article dans le *Paris médical*, laisse, une fois encore, pleurer son émotion. Ne sait-il pas, mieux que personne, ce que Josué était capable de faire pour les siens, les accompagnant, les soutenant de sa présence aux concours, sacrifiant, délibérément, à leur succès une santé déjà ébranlée? N'est-il pas mieux qualifié que quiconque pour lui porter aujourd'hui l'hommage de leur piété reconnaissante? M. Parturier parle au nom des collaborateurs, MM. Laignel-Lavastine et A. Clerc au nom des amis. M. le professeur Roger dit en quelle affectueuse estime il tenait celui qu'il avait connu jeune provisoire et qui, depuis 1891, ne l'avait plus quitté. M. le professeur Henneguy apporte le salut de la Société de biologie à son ancien vice-président. Enfin, au nom de M. L. Mourier, empêché, M. D. Müller, inspecteur général, exprime, en termes heureux, la reconnaissance des malheureux à celui qui leur a tout donné : son temps, son or et sa vie. Pauvre et grand Josué ! Il avait éprouvé bien des illusions et subi bien des injustices ! Les capricieuses divinités du concours ne lui avaient pas été clémentes. On ne rendait pas toujours justice à son œuvre scientifique. De ceci, il se consolait plus aisément que de cela. Il était trop lettré pour ne pas connaître et pour n'avoir pas fait sienne la belle devise du moyen âge : *Le temps viendra.*

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

L'Evolution de la tuberculose pulmonaire chronique dans ses rapports avec la circulation générale et locale. La cure déclive (1), par Pierre COLOMBAN. Préface du docteur DUMAREST (d'Hauteville).

Pendant quinze mois, sous la direction du docteur Dumarest, l'auteur de cet important travail a expérimenté au sanatorium Mangini, à Hauteville, cette nouvelle formule de la cure de repos ; elle se propose de provoquer par la cure déclive une congestion du sommet capable d'influencer favorablement l'évolution de la tuberculose.

L'idée doctrinale de cette cure est née de l'interprétation de certains faits cliniques et anatomo-pathologiques.

Le plus constant est la localisation élective des lésions tuberculeuses au sommet du poumon chez l'adulte. Or, de toutes les pathogénies proposées pour expliquer cette particularité anatomo-pathologique, seule paraît soutenable celle qui s'appuie sur l'insuffisance circulatoire du sommet. L'apex est, en effet, le pôle anémié de l'organe, du fait de son immobilité relative et de la station verticale de l'homme. Pour des raisons inverses, la base est le pôle congestif. Cette première constatation explique aisément qu'un traitement ayant pour objet d'inverser ces deux pôles et de transformer fonctionnellement le sommet anémié en base congestive puisse tenter la phtisio-thérapeutique.

D'ailleurs la clinique vétérinaire apporte à cette thèse un argument précieux ; chez les mammifères autres que l'homme, il n'y a pas de localisation spéciale des lésions tuberculeuses dans le parenchyme pulmonaire ; leur poumon est, en effet, dans une situation horizontale qui permet une circulation égale dans ses diverses régions.

D'autre part, si l'état de la circulation joue un rôle primordial dans l'évolution de la tuberculose, il doit exister un rapport entre la tension artérielle et le pronostic de cette maladie. Or, il est de notion classique que les hypertendus font des formes fibreuses, et que la tuberculose est d'autant plus sérieuse que l'hypotension est plus marquée. Mais l'auteur considère que l'observation des maxima et des minima des mesures oscillométriques n'est pas suffisante ; il rassemble en une seule formule les chiffres extrêmes des tensions systoliques et diastoliques, etc., et obtient la surface oscillométrique qui sert à calculer le coefficient cardio-vasculaire : un coefficient élevé correspond à une tendance fibreuse, un coefficient faible à une tendance caséeuse.

En somme, comme l'a dit Gallavardin, tout se passe comme si la tuberculose pulmonaire, pour se développer, exigeait un terrain insuffisamment irrigué et comme asséché.

Au point de vue thérapeutique, il convient de réaliser l'hyperhémie pulmonaire et plus particulièrement celle des lobes supérieurs par des moyens mécaniques : méthode de congestion locale par ventouses de Bier, pneumothorax artificiel, cure déclive. Cette dernière consiste dans le maintien du malade dans une position inclinée, la tête plus bas que le reste du corps, en augmentant progressivement l'angle de cette inclinaison. L'auteur, par l'exposé d'une quarantaine de cas judicieusement choisis, montre les résultats obtenus de cette méthode, qu'il a appliquée notamment dans les services de MM. Dumarest et Rist. Cette méthode ne présente aucun danger si on a soin d'écarter les hémoptoïques, et les malades supportent merveilleusement la position déclive, à condition qu'elle soit progressivement atteinte.

P. PRUVOST.

(1) In-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DU XÉRODERMA PIGMENTOSUM

LE XÉRODERMA PIGMENTOSUM

EST-IL D'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE?

Par le docteur Émile JUNÈS,
Oculiste municipal à Sfax (Tunisie).

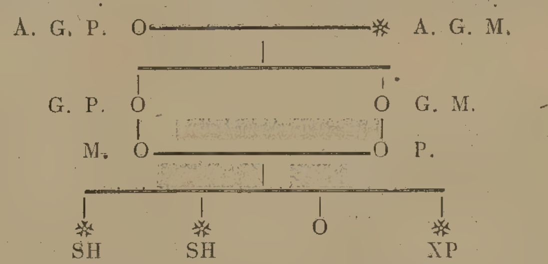
Nous avons eu l'occasion, à propos de leurs lésions oculaires, d'étudier deux cas de xeroderma pigmentosum.

La première observation (1) concerne un garçonnet de sept ans, de la banlieue sfaxienne, atteint de xeroderma pigmentosum parvenu à un stade néoplasique avancé. Lors d'un premier examen, nous contentant d'ajouter foi aux renseignements fournis par le père, nous avions noté, parmi les antécédents du malade : 1° La consanguinité des parents; 2° l'absence d'hérédité tuberculeuse, cancéreuse et syphilitique; 3° l'apparition du xeroderma pigmentosum aussitôt après la convalescence d'une variole. Ayant eu, dans la suite, l'occasion de nous rendre à la propriété, sise à plusieurs kilomètres de Sfax, où réside presque toute la famille de notre petit sujet, nous avons pu nous rendre compte de l'inexactitude de ces renseignements, tout au moins en ce qui concerne la syphilis. En effet, l'arrière-grand'mère à la fois paternelle et maternelle du malade, est vivante; elle reconnaît avoir présenté, à diverses reprises, des « boutons » et des ulcérations cutanées multiples, et qui guérissaient sous l'influence de la *dschba* (médicament à base d'iodure, très utilisé par les Arabes dans le traitement de la syphilis). Elle aurait, en outre, avorté un grand nombre de fois. Elle ne peut pas affirmer que son mari, décédé depuis plusieurs années, ait eu la syphilis, mais elle fait nettement remonter ses propres accidents à son mariage. Deux de ses enfants sont nés à terme; ce sont le grand-père maternel et la grand'mère paternelle du malade; seule cette dernière vit encore, mais ici, ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne nous ont rien révélé au point de vue syphilitique. Le père et la mère de notre petit sujet, cousins germains, nous ont paru indemnes, eux aussi, de toute atteinte visible de syphilis. Ils jouissent d'une excellente santé et, en particulier, n'offrent aucune trace de tuberculose. Ils ont eu quatre enfants. Le troisième en date est bien portant. Le quatrième est représenté par notre malade. Quant au premier et au deuxième, leur examen donne lieu à des constatations importantes. Le premier, garçon de quatorze ans, est mal venu, malingre, de petite taille; il offre un crâne asymétrique, aplati latéralement, et fortement bombé en avant; son palais est profondément ogival; ses dents du milieu sont très irrégulièrement implantées, de dimensions réduites et de forme anormale. L'autre est une fillette de douze ans, qui a eu des convulsions dans sa première enfance; elle est très anémiée, « depuis sa naissance », disent les parents, sans avoir jamais présenté d'accidents fébriles, et sans que l'examen puisse révéler, chez elle, d'autre altération viscérale qu'une légère tuméfaction de la rate. Sa langue est d'apparence scrotale.

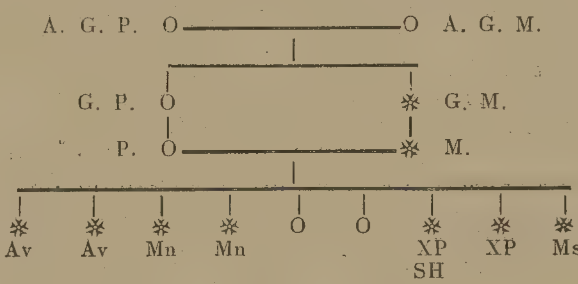
Cette observation donne lieu aux observations suivantes. Notre petit malade possède un frère et une sœur atteints d'hérédosyphilis. Leur syphilis est de troisième génération : c'est là un fait qui commence à être connu depuis les belles observations d'Audrain (2). Cette syphilis s'est considérablement atténuée pendant les première et deuxième générations, puisqu'elle semble n'y avoir produit aucune manifestation clinique apparente. Sa réactivation à la troisième génération doit être atttribuée, selon toute vraisemblance, à la consanguinité des parents; on peut admettre, en effet, que les germes hérités et peu actifs du père et de la mère, en se rencontrant dans l'organisme de certains de leurs enfants, ont associé et accru leurs effets, permettant ainsi à la maladie d'acquérir une nouvelle et plus grande virulence.

Cette observation nous démontre aussi que, même chez les Arabes, pourtant si facilement enclins à avouer la syphilis — et sous prétexte qu'ils possèdent, par expérience, une certaine connaissance de cette maladie — il ne faut pas se contenter, comme on le fait trop souvent, d'ajouter foi à des renseignements oraux, fussent-ils très catégoriques. Il faut toujours pratiquer soi-même, parmi les divers membres de la famille, les investigations cliniques (et, si possible, humorales) les plus attentives.

Observation I. — *Syphilis de troisième génération* :



Obs. II. — *Syphilis de deuxième génération* :



O Pas de syphilis évidente.
✻ Syphilis :
SH = Signes de syphilis héréditaire; XP = Xeroderma pigmentosum; Av = Avortement; Mn = Mort-né; Ms = Mort subite.

La deuxième observation (3) offre, elle aussi, des particularités intéressantes au point de vue étiologique. Nous les résumons en quelques lignes.

Fathma bent Ahmed, huit ans, tribu des Hamama. Un frère atteint, comme elle, de xéroderma pigmentosum. Père et mère consanguins. Mère n'ayant jamais présenté de signes cliniques de syphilis; mais elle est née d'une mère manifestement syphilitique; elle-même a eu neuf grossesses qui ont donné lieu à : deux avortements; deux enfants à terme et mort-nés; un enfant décédé brusquement et sans cause apparente quelques semaines après la naissance; deux autres atteints, depuis leur toute première enfance, de xéroderma pigmentosum; deux autres, enfin, actuellement vivants et bien portants. Chez notre fillette existent, en plus des sym-

(1) Junès et Buckwell. Un nouveau cas tunisien de xeroderma pigmentosum, *Bull. de la Soc. tunisienne des sc. méd.*, 1922, n° 8, p. 345, et *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1924, n° 2, p. 226.

(2) Voir, comme exemple. Audrain. Une séquelle syphilitique pendant quatre générations, *Soc. de dermat. et de syphil.*, 9 fév. 1922. Les cas de syphilis de troisième génération (de bisaïeux à arrière-petits-enfants) paraissent assez rares (Audrain, East, Martelli, Igersheimer...). Ceux de deuxième génération (d'aïeux à petits-enfants) ont, par contre, été fréquemment signalés. Alibert, en 1832 (*Gaz. des hôpit.*, 22 juillet), citait déjà un cas observé à l'hôpital Saint-Louis et où, d'après lui, la syphilis s'était transmise du grand-père aux petits-fils : « Les victimes et le coupable étaient là sous les yeux de chacun ! »

(3) Junès. Xeroderma pigmentosum fruste coexistant avec une syphilis oculaire et cutanée. *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 63, p. 1045, et *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1924, n° 2, p. 227.

ptômes propres au xéroderma pigmentosum, une syphilide tertiaire ulcéreuse sur laquelle le traitement mercuriel agit à merveille; des stigmates d'hérédo-syphilis (taille réduite, aplatissement très marqué de la racine du nez, voûte palatine ogivale, anarchie dentaire, cicatrices buccales de Parrot); enfin, un Wassermann positif.

Ainsi, dans cette famille, la syphilis a frappé au moins deux générations successives. A la première génération, elle s'est fortement atténuée, puisque la mère de notre malade n'a elle-même présenté aucun signe clinique apparent de cette infection. Elle s'est réactivée à la deuxième génération, comme l'indiquent les deux avortements, les deux mort-nés, et l'enfant mort subitement peu après sa naissance. Cette réactivation est-elle due à l'influence paternelle ? Nous ne saurions l'affirmer. D'une part, l'examen et l'interrogatoire du père ne nous a rien révélé au point de vue de la syphilis; d'autre part, nous n'avons pas pu avoir de renseignements suffisants sur les grands-parents; la grand'mère maternelle (syphilitique avérée) et le grand-père paternel de la malade sont frère et sœur, mais nous ne savons pas si la syphilis de cette dernière provient de ses propres parents, de son mari ou d'ailleurs.

* * *

Les constatations qui résultent de ces deux observations comportent, à notre avis, un intérêt de premier ordre : celui de projeter quelque clarté sur la question si obscure de l'origine du xéroderma pigmentosum. Quelques auteurs ont déjà soupçonné les relations qui peuvent exister entre la syphilis et cette curieuse affection. Couillaud (4), en 1898, signale un cas de xeroderma pigmentosum très amélioré par des injections intrafessières de calomel; après six injections, le face et les mains furent, pour ainsi dire, décapées, par suite de l'effacement d'un grand nombre de taches hyperchromiques. Gougerot (5), en 1921, rapporte avoir eu la « sensation », chez un sujet atteint de xeroderma pigmentosum, d'arrêter l'évolution du mal grâce à un traitement intensif par le benzoate de mercure, puis par le calomel (6). Ces arguments thérapeutiques ne sont pas tout à fait probants. En effet, il faut savoir que le xeroderma pigmentosum, particulièrement dans sa première phase, présente, comme le lentigo banal, des variations spontanées (dont les plus connues sont les variations saisonnières), et qui peuvent aller jusqu'à la disparition complète de certains symptômes (7).

Nos observations, par contre, apportent, en faveur de l'origine syphilitique du xeroderma pigmentosum, des preuves plus catégoriques et qui sont les suivantes :

1° La syphilis existe chez les ascendants directs de nos malades;

2° Elle existe, *en outre*, soit chez le malade, soit chez d'autres enfants de la même famille.

Nous ferons remarquer : 1° que, chez ces derniers, il s'est agi de syphilis héréditaire, et particulièrement de syphilis de deuxième ou de troisième génération; 2° que, chez eux, cette syphilis s'est trouvée réactivée, après voir subi, dans les chaînons familiaux intermédiaires, une atténuation plus ou moins considérable.

Une pareille interprétation des faits n'a rien qui puisse nous surprendre à l'heure actuelle. Comme on le sait, le xeroderma pigmentosum, au point de vue anatomo-pathologique, est essentiellement caractérisé par un trouble de la pigmentation, puis par un état de « sénescence », de sclérose atrophique précoce, siégeant dans les zones les plus actives de la peau.

Or, d'une part, il est de plus en plus établi que la syphilis est la maladie par excellence capable de produire héréditairement des modifications profondes dans la coloration de la peau. Gaucher, puis Gougerot (8), ont insisté sur l'importance de l'hérédosyphilis dans la création des terrains nævìques et spécialement des nævi pigmentaires. Après Chiray et Coryllos, Oulmont et Haller (9), Leredde (10) a rapporté deux cas de neurofibromatose de Recklinghausen (affection congénitale et familiale, caractérisée par un mélange de taches pigmentaires, de fibromes molluscum et de névromes) où l'origine hérédosyphilitique lui paraissait à lui aussi nettement prouvée. Les observations de Montlaur et Cailliau (11), de Babonneix et Dugué (12), nous montrent la coexistence d'une pigmentation cutanée avec une hérédosyphilis manifeste. Celle de Montlaur et Cailliau, notamment, comportait, outre cette pigmentation, des télangiectasies et de l'atrophie cutanée, lésions que l'on retrouve dans le xeroderma pigmentosum (13).

D'autre part, l'on n'a pas oublié la discussion qui eut lieu récemment à la Société médicale des hôpitaux (14) au sujet du rôle considérable que la syphilis héréditaire peut jouer dans la sclérose anticipée de nos organes. Pour nous en tenir à ce seul exemple, n'y a-t-il pas une analogie frappante à établir entre l'atrophie cutanée du xeroderma pigmentosum et les lésions rénales scléreuses de type sénile qui apparaissent chez l'enfant et dont l'origine hérédosyphilitique est aujourd'hui acceptée par de nombreux auteurs ?

L'hypothèse de l'origine syphilitique du xeroderma pigmentosum est d'ailleurs celle qui se prête le mieux à l'explication d'un certain nombre d'autres particularités propres à cette affection.

I. Ce sont d'abord : l'apparition habituelle du xeroderma pigmentosum dans le tout premier âge, parfois presque aussitôt après la naissance; sa présence si souvent constatée chez plusieurs enfants de la même famille; la consanguinité fréquente des parents. Toutefois, ces trois caractères démontrent

(4) Couillaud. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 12 mars 1898.

(5) Gougerot. Préface du travail de Trisca Petre (*Le Xeroderma pigmentosum*, 3 obs. nouvelles, Paris 1921, Maloine, p. VII).

(6) Forster parle vaguement d'une intoxication intra-utérine comme cause du xeroderma pigmentosum, (Contribution à l'étude du xeroderma pigmentosum, *Diss. inaug.*, Berlin 1901.)

(7) Cf. Tenneson et Danseux. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1893, p. 1181.

(8) Gougerot. Nævus et syphilis, *Ann. des mal. vén.*, juin 1914, p. 470. — Gougerot et Desaux. *Id*, oct. 1920, p. 599.

(9) Chiray et Coryllos. *Soc. de neurol.*, 1905. — Oulmont et Haller. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 avril 1909.

(10) Leredde. La syphilis héréditaire dans la pratique médicale, *Concours méd*, 1922, n° 16, p. 1482.

(11) Montlaur et Cailliau. Atrophie et pigmentations, cas pour diagnostic, *Soc. de dermat. et de syphil.*, 10 nov. 1921.

(12) Babonneix et Dugué. Hérédo-syphilis avec manifestations insolites, *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 1, p. 5.

(13) Rappelons que dans le vitiligo, affection caractérisée, elle aussi, par un trouble de la pigmentogenèse, l'hérédo-syphilis a été fréquemment incriminée (Gougerot, Crouzon et Foix, Etienne, Vignolo-Lutati, Arullani, etc.).

(14) *Soc. méd. des hôpit.*, séances des 15, 22 et 29 fév. 1924.

surtout que l'origine du xeroderma pigmentosum doit être recherchée dans une infection générale transmise héréditairement; mais la syphilis n'est-elle pas l'infection héréditaire type, la grande pourvoyeuse des affections dites congénitales et familiales ?

II. Cette hypothèse nous explique encore, mieux que toute autre, pourquoi le xeroderma pigmentosum est relativement plus répandu dans certains milieux, et en particulier chez les Arabes. Chez ceux-ci, il est vrai, les mariages consanguins ont été toujours fort à la mode, mais surtout la syphilis atteint un pourcentage inconnu ailleurs, en raison de la facilité avec laquelle elle se dissémine parmi eux, aussi bien par le contact vénérien qu'en dehors de ce contact : d'après Lacapère (15), 70 à 90 p. 100 des indigènes sont ainsi atteints par la syphilis. Il est hors de doute, cependant, que l'action de la lumière (16), si puissante dans l'Afrique du Nord, joue un grand rôle dans le développement d'une pareille affection. Mais cette action — et nous sommes ici de l'avis d'un grand nombre de dermatologistes — doit être considérée comme purement occasionnelle, car ne fait pas de xeroderma pigmentosum qui veut. Elle n'intervient que si le terrain est déjà préparé, s'il existe déjà, du fait d'une infection générale héréditaire, une fragilité, une « radiosensibilité » spéciale des tissus, permettant à la lumière d'y déclancher, selon l'expression de Gougerot, cette « lucite chronique grave ». En réalité, le soleil ne participe au processus qu'après coup, et sa fonction essentielle, purement activante, est alors, soit de favoriser et de hâter l'éclosion d'un état latent, soit d'en intensifier les manifestations sur des territoires cutanés bien déterminés. L'importance d'une telle intervention nous fait comprendre, en passant, pourquoi, parmi les Arabes, ceux de Tunisie, et surtout ceux du Sud tunisien, comptent parmi les plus touchés par le xeroderma pigmentosum. Si l'on s'en rapporte à Ch. Nicolle (17), depuis 1870, date de la première description de cette affection par Kaposi, près du douzième des cas de xeroderma pigmentosum signalés dans le monde entier, appartiennent à ce petit pays.

III. Une probabilité de plus en faveur de l'origine syphilitique du xeroderma pigmentosum nous est fournie par l'apparition du cancer à un moment donné de son évolution, apparition qui, comme le spécifie Gaucher (18), se fait habituellement au niveau des taches hyperchromiques. Nous rappellerons brièvement, à cet égard, quelques données relatives au cancer et récemment bien mises en lumière.

D'une manière générale, il existe, dans l'immense majorité des cas de cancer, ce que Ménétrier a appelé une « lésion précancéreuse » (19), lésion qui, la plupart du temps, aurait la syphilis pour origine. Voici comment Ch. Du Bois (20) résume cette question : « Je ne puis omettre de rappeler l'influence énorme de la syphilis sur la genèse des cancers en général. Il ne fait plus de doute que le cancer de la langue et du rectum se développent presque exclusivement sur les terrains syphilitiques acquis ou hérités. Les tumeurs du sein et de l'utérus sont si fréquentes chez les femmes syphilitiques qu'il est impossible d'y voir une simple coïncidence. Quand la syphilis aura disparu, les générations futures assisteront à la diminution progressive du nombre des cancéreux. La toute première mesure prophylactique anticancéreuse est donc d'éviter la syphilis. » C'est l'opinion déjà exprimée par Gougerot (21) : « La fréquence de la syphilis dans les antécédents des cancéreux, depuis longtemps enseignée par Pierre Marie, est plus qu'une coïncidence... En traitant et en surveillant mieux les syphilitiques, le médecin peut prévenir et enrayer nombre de cancers ». Leredde, lui, range résolument les cancers parmi les affections dites parasyphilitiques (22) : « Il existe, dit-il, un groupe d'affections qui répond aujourd'hui d'une manière exacte à la définition de Fournier : je veux parler du cancer qui, sous toutes ses formes, est souvent d'origine syphilitique, n'est pas de nature syphilitique et est incurable par le traitement. »

Pour le cancer cutané, la lésion précancéreuse intéresse toujours, d'après Borrel (23), le système pigmentaire. Or, les lésions pigmentaires, lorsqu'elles sont congénitales, sont, comme nous l'avons signalé, très fréquemment d'origine syphilitique. Pour illustrer ces propositions d'un exemple remarquable, rappelons, d'une part, la prédilection bien connue du cancer pour les nævi pigmentaires (qui, par leur constitution, offrent souvent une très grande similitude avec les taches hyperchromiques du xeroderma pigmentosum), et, d'autre part, l'importance du terrain syphilitique héréditaire dans le développement de ces nævi (24).

Ces données viennent donc à l'appui de notre thèse, en établissant que, dans le xeroderma pigmentosum, les lésions hyperchromiques ne seraient susceptibles de faire le « lit du cancer » que parce que leur origine est le plus souvent attribuable à l'hérédosyphilis.

Ici, intervient encore le rôle exclusif que l'on a voulu faire jouer aux radiations solaires dans le développement de cette variété de cancer. Ch. Nicolle (25) fait remarquer sa grande ressemblance avec le cancer causé par les rayons X ou le goudron (26) : « Si, dit-il, l'apparition des lésions cancéreuses suit la tache de son, c'est, ou bien que le cancer est lui-même la conséquence de l'action des radiations lumineuses sur les cellules épithéliales,

(15) Lacapère. *La Syphilis arabe*, Paris 1923, Doin, p. 5 à 9.

(16) D'après Pouchet (cité par Tourneux. *Précis d'histologie*, p. 830, 1re édition, Paris, Doin), l'action des nuits sereines paraît avoir, sur la pigmentation de la peau, une influence plus considérable que l'action solaire.

(17) Ch. Nicolle. Sur dix cas de xeroderma pigmentosum observés en Tunisie, *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1920, n° 3, p. 138.

(18) Gaucher. Art. xeroderma pigmentosum, *Maladies de la peau*, 4e édition, Paris 1919, Baillière.

(19) Cf. Borrel. *Congrès du cancer*, Strasbourg, séance du 23 juillet 1923.

(20) Ch. Du Bois. La prophylaxie des cancers cutanés, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1923, n° 12, p. 802.

(21) Gougerot. *Traitement de la syphilis*, 3e édit., 1921, p. 358, Paris, Maloine. Voir aussi : Syhilis et cancer, prophylaxie du cancer, *Journ. des prat.*, 1912, n° 37, p. 577.

(22) Leredde. Loc. cit., n° 23, p. 1867.

(23) Borrel. Loc. cit.

(24) Il semble possible de grouper actuellement sous une même étiquette : 1° les nævi pigmentaires des enfants, adultes ou vieillards ; 2° le xeroderma pigmentosum ; 3° la neurofibromatose de Recklinghausen : toutes affections cutanées hyperchromisantes, de nature congénitale, se développant de préférence sur un terrain hérédosyphilitique, et manifestant une tendance particulière à la dégénérescence néoplasique. Cf. Gougerot. *Dermatologie*, 3e édit., Paris, 1922, Maloine, p. 771 à 775 et passim).

(25) Ch. Nicolle. Loc. cit., p. 141.

ou bien que le traumatisme particulier qu'elles déterminent rend les cellules sensibles à l'action d'un virus cancéreux, soit extérieur, soit répandu déjà, mais encore inopérant, dans l'organisme. » Cette action de la lumière est des plus importantes, puisque, en définitive, c'est elle qui décide de l'apparition et des localisations du processus cancéreux; mais elle n'est pas tout. Il en est ici comme pour les autres cancers, soit de la peau, soit des autres régions, et dans le développement desquels intervient, si fréquemment, une irritation d'origine externe : le rôle de l'irritant n'est possible que parce que les tissus ont été déjà altérés par une infection telle que la syphilis; seuls des éléments ayant subi une pareille préparation pourront évoluer ensuite dans le sens néoplasique, sous un certain nombre d'influences mécaniques, physiques ou chimiques, chacune d'elles paraissant spéciale à un cancer de variété ou de localisation déterminée.

* * *

De tout ce qui précède, résulte la nécessité, dans chaque observation de xeroderma pigmentosum, de pratiquer, à l'avenir, avec l'aide de la clinique et du laboratoire, la recherche systématique et approfondie de la syphilis, aussi bien chez le malade que chez ses ascendants et les autres enfants de la même famille. Ce dépistage, il faut l'avouer, n'est pas toujours aisé; aussi, à ce point de vue, un certain nombre de notions devront être constamment présentes à l'esprit.

1° Dans l'ascendance d'un malade atteint de xeroderma pigmentosum, la syphilis doit être recherchée, de préférence, dans la ligne directe, en remontant parfois jusqu'à la deuxième ou la troisième génération.

2° Chez les hérédosyphilitiques en général, aucune conclusion négative, relativement à l'existence de la syphilis, ne peut être tirée d'une séroréaction négative, et cela d'autant plus que le sujet est plus âgé (27). Il en sera ainsi, soit chez le sujet frappé de xeroderma pigmentosum, soit chez ses frères et sœurs, soit chez ses ascendants directs, lorsque, chez ces derniers, on soupçonne une syphilis de nature héréditaire. Il n'y aura donc pas lieu de s'étonner si, comme dans notre première observation, le résultat sérologique ne confirme pas toujours un diagnostic cliniquement posé.

3° L'examen du sérum sanguin, chez les hérédosyphilitiques, ne doit pas se limiter à un unique et surtout à un simple Wassermann. Lors de réactions faibles, en effet, le Wassermann classique peut, même après réactivation, rester négatif, tandis que, par exemple, le Hecht ou le Wassermann à antigène Desmoulières donnent parfois un résultat positif (28). Dans le cas où ces différentes méthodes resteraient muettes, un examen du liquide céphalo-rachidien pourra peut-être dissiper tous les doutes (29).

4° Leredde (30), en raison de ces difficultés, a proposé récemment une méthode d'hémodiagnostic susceptible, chez les enfants, de nous éclairer sur la nature syphilitique de certaines de leurs manifestations. Cette méthode est basée sur l'existence, chez les hérédosyphilitiques, d'une formule hématologique d'infection chronique, caractérisée par une anémie légère (hypochromie, hypoglobulie) et surtout par de la mononucléose. Cette mononucléose nous la retrouvons dans une observation de xeroderma pigmentosum recueillie par Cuénod (31) et où l'examen du sang fut pratiqué alors qu'il n'y avait pas lieu encore de songer même à un début d'épithéliomatose.

5° La thérapeutique antisyphilitique, mise en œuvre dans les observations de Couillaud et de Gougerot, et préconisée par ce dernier dans tous les cas de xeroderma pigmentosum (32), ne semble guère susceptible d'être utilisée pour le diagnostic de la nature de cette dermatose. Nous savons, en effet, combien cette thérapeutique est généralement décevante, combien elle est peu efficace dans certaines manifestations d'origine syphilitique pourtant nettement prouvée, en particulier lorsque ces lésions sont de nature dyschromateuse ou lorsqu'elles ont atteint le stade cicatriciel. Il est de fait que, dans notre deuxième observation, nous n'avons pas réussi, malgré une administration énergique et prolongée de mercure, à la fois par les voies buccale, cutanée et hypodermique, à modifier en quoi que ce soit les symptômes propres au xeroderma pigmentosum. Cependant, on n'hésitera pas à appliquer ce traitement avec l'espoir d'empêcher l'extension du mal à des territoires jusque-là indemnes et de l'arrêter dans sa progression vers son terme fatal qui est le cancer.

* * *

Résumons-nous.

L'intervention de l'irritant lumineux, admise par certains comme cause unique du xeroderma pigmentosum, est indispensable soit pour déclancher l'apparition de ses lésions, jusques et y compris le cancer, soit pour les localiser de préférence sur des territoires cutanés bien déterminés. Mais le rôle de cet irritant n'en reste pas moins purement occasionnel.

A notre avis, l'hérédosyphilis représente l'une

(26) C'est à propos de ses expériences sur le cancer du goudron qu'Itchikawa, partisan de la théorie de Wirchow sur l'irritation chronique, et généralisant outre mesure, a soutenu qu'une simple irritation chimique ou physique répétée suffit toujours pour rendre cancéreuse la cellule épithéliale normale, sans qu'il y ait besoin de recourir à un agent causal indéterminé ou à des dispositions personnelles ou héréditaires. *Congrès du cancer*, Strasbourg, 23 juillet 1923.

(27) *Soc. de pédiat.*, séance du 18 décembre 1923, discussion sur les signes de l'hérédosyphilis (Marfan, Barbier, Cassoute). Il est établi, depuis les travaux de DEAN (Idiotie et hérédosyphilis, *Brit. Journ. of child. dis.*, sept. 1912, n° 105) que le Wassermann devient d'autant moins net que l'enfant avance plus en âge, et qu'il reste presque toujours négatif chez les héréditaires les plus avérés au-dessus de seize ans. Cf. BABONNEIX. Rôle de l'hérédo-syphilis en neuropathologie. *Monde méd.*, 1920, n° 574, p. 294.

(28) RAVAUT. Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation, *Presse méd.*, 1923, n° 42. — LEREDDE. Loc. cit., n° 14, p. 1011.

(29) BOUNHOURE. Etudes biologiques et cliniques sur le liquide céphalo-rachidien de l'enfant principalement au cours de la syphilis héréditaire, *Th. de Toulouse*, déc. 1923. — Comme pour certaines autres dermatoses extensives, à développement bilatéral et plus ou moins symétrique, on pourrait se demander si les lésions essentielles du xeroderma pigmentosum sont d'origine purement locale, ou si elles ne dépendent pas plutôt d'une atteinte du système nerveux, et particulièrement du système organo-végétatif, en relation ou non avec un trouble des glandes endocrines.

(30) LEREDDE. Hémodiagnostic de la syphilis héréditaire, *Soc. de derm. et de syphil.*, mars 1922.

(31) CUÉNOD. Xeroderma pigmentosum chez une fillette italienne, *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1920, n° 3, p. 150.

(32) GOUGEROT. Loc. cit., Trisca Petre.

des principales origines du xeroderma pigmentosum. En faveur de cette hypothèse plaident un certain nombre d'arguments ayant pour base soit des probabilités, soit des certitudes.

Les premiers découlent des constatations suivantes :

1° La syphilis est la maladie par excellence à manifestations congénitales, familiales et par consanguinité : caractères que l'on rencontre très souvent dans l'étiologie du xeroderma pigmentosum.

2° Les Arabes qui sont relativement le plus touchés par le xéroderma pigmentosum sont aussi ceux que la syphilis atteint avec le plus de fréquence.

3° L'hyperchromie, l'atrophie sénile, la dégénérescence cancéreuse constituent, au point de vue objectif, les trois stades que parcourt successivement le xeroderma pigmentosum. Or, il semble acquis que la syphilis est la maladie qui provoque, dans la plupart des cas, les hyperchromies cutanées congénitales et les « sénescences » ou scléro-atrophies précoces à type sénile de nos organes. C'est aussi celle qui possède le triste privilège de préparer avec le plus de sollicitude « le lit » du cancer.

Parmi les éléments de certitude, nous retiendrons surtout l'existence cliniquement prouvée de la syphilis, *à la fois* chez les malades atteints de xeroderma pigmentosum (ou chez leurs collatéraux immédiats) et chez leurs ascendants directs (syphilis de première, deuxième ou même de troisième génération). Nos observations en ont, pour la première fois, nettement établi la réalité.

L'absence souvent constatée, dans le sang de pareils sujets, des réactions humorales de la syphilis est un argument que l'on ne peut guère nous opposer, car il est avéré que ces réactions sont des plus inconstantes dans l'hérédosyphilis en général.

Quant à l'échec habituel du traitement antisyphilitique dans le xeroderma pigmentosum, il s'explique par la nature même des lésions qui caractérisent cette dermatose.

VIIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 10-11-12 sept. 1924.)

Président d'honneur : L'honorable A. David, ministre de l'Instruction publique.
Président : Professeur A. Vallée (de Québec).

L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord s'est réunie dans la nouvelle Faculté de médecine de l'Université Laval de Québec. Le succès de ce Congrès fut considérable; les séances en ont été suivies avec une assiduité et un recueillement caractéristiques; des personnalités politiques et religieuses, les universitaires de Québec et de Montréal, enfin les praticiens canadiens français étaient venus de tous les points de l'Amérique du Nord. Parmi les médecins français qui ont suivi le Congrès, citons MM. Bordet (de Paris), Desmarets (de Paris), de la Bernardie (de la marine), Joltrain (de Paris), Lescarret (de Bordeaux); enfin, les délégués du gouvernement français, MM. Sergent (de Paris), Ribadeau-Dumas (de Paris) et Jeanneney (de Bordeaux).

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

Séance d'ouverture. — Les discours d'ouverture ont tous marqué les liens qui unissent la médecine canadienne à sa sœur aînée française. M. le professeur Vallée en a montré, sous une forme académique, les raisons historiques; il a insisté sur l'idéal identique qui a toujours animé nos médecins : dès l'origine, amour des sciences naturelles avec Sarrazin et Gauthier, tous deux correspondants de l'Académie des sciences, amour de la clinique avec Badelart. La perte de contact avec la mère-patrie ne changea pas cette orientation; le praticien en conservait les grandes lignes, et M. Vallée voit en lui « le décalque parfait de l'honnête médecin bourgeois de nos trois derniers siècles », ou « le sosie du médecin de Balzac ». De nos jours le contact est repris, plus étroit, plus chaud. Grâce à la générosité d'un gouvernement éclairé et du public, l'élite des jeunes médecins canadiens bénéficie de bourses d'études en France, et des personnalités médicales françaises sont appelées chaque année à donner des cours de perfectionnement au Canada.

Le même esprit se dégage du discours de M. Taschereau, premier ministre, qui montre, chiffres en main, l'effort fait par le gouvernement pour les universités, les œuvres sociales et l'hygiène publique, et du discours de M. l'abbé Roy, recteur de l'Université, qui rappelle l'essor récent pris par l'Université Laval et qui nous souhaite la bienvenue avec une exquise délicatesse : « Parce qu'il s'agit d'une réunion de famille vous vous êtes souvenus que vous ne seriez pas au complet si vous n'aviez parmi vous des médecins de France. »

Après la réponse des délégués français, le Congrès a commencé ses travaux.

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

LE CANCER

Diagnostic précoce du cancer et sa thérapeutique. — M. le professeur Parizeau (de Montréal) insiste sur l'importance de la propagande contre le cancer qui seule peut amener à temps les malades au médecin. Il rappelle les signes cliniques et radiologiques sur lesquels peut s'appuyer le diagnostic précoce des principaux cancers. Il insiste sur l'importance de la *biopsie*. Les indications respectives du traitement chirurgical (cancer du sein, des membres, des viscères au début) et du traitement par les radiations (cancers cutanés, néoplasmes ganglionnaires).

Etat démographique du cancer dans la province de Québec. — M. le professeur Dagneau (de Québec) envisage avec un esprit critique l'interprétation des statistiques de mortalité; pour lui, le diagnostic de cancer est porté plus souvent qu'autrefois, et il est plus exact dans les hôpitaux (nécropsies, examens de laboratoire) que dans la pratique civile. C'est ce qui expliquerait l'accroissement apparent de la mortalité par cancer : avec un total de 1.423 morts par cancer, la statistique indique un taux de 56,4 par 100.000 de population, ce qui est sensiblement le double du taux de 1894. Par contre, une statistique portant sur les 146.573 malades reçus dans trois hôpitaux de la province, dans les derniers dix ans, indique que 3,47 p. 100 étaient des cancéreux. Il n'est pas possible de croire que les 592 cas reçus dans les trois hôpitaux en 1922 soient suffisants pour expliquer les 1.423 cas de mort par cancer dans la province durant la même année; en résumé, il y a plus de cancer que nous l'indiquent les tables mortuaires et nous sommes bien près de croire que la proportion dans la province de Québec atteint celle de la France et dépasse 100 par 100.000 de population par année.

La thérapeutique du cancer par les radiations. — M. le professeur E. Gendreau (de Montréal) définit le sens des termes du rapport et fait un bref historique de l'évolution de la thérapeutique du cancer par les radiations; il en donne ensuite les fondements biologiques : la merveilleuse action élective des rayons γ et des rayons X pénétrants, établie d'abord par les observations cliniques, ensuite par les observations microscopiques et les recherches expérimentales de Regaud et de son école. Le rapporteur expose ensuite les causes physiques probables de cette action biologique en s'attachant aux effets spéciaux des rayons pénétrants. Ces radiations constituent donc une arme nouvelle ajoutée à la chirurgie. Le médecin, pour utiliser les moyens à sa disposi-

tion dans la lutte contre une tumeur individuelle, doit connaître les bases et les résultats de cette thérapeutique. Le rapporteur termine par des statistiques.

Cancer de l'appareil génital de la femme et son traitement par les agents physiques. — M. le professeur HARDWOOD DE LA LOBINIÈRE (de Montréal) rappelle l'importance de l'examen clinique chez toute femme souffrant de troubles utérins. Il partage l'opinion de l'Ecole gynécologique française pour ce qui est de la valeur du traitement chirurgical : celui-ci s'impose dans tous les cancers au début, et il donne des résultats satisfaisants. Quant à la thérapeutique par les radiations elle nous offre un champ infini de recherches et il serait prématuré de la juger de façon définitive. Le doyen de la Faculté de Montréal donne quelques exemples saisissants et de la plus grande valeur éducative.

Quelques remarques à propos de la chirurgie du cancer du sein. — M. le professeur agrégé DESMAREST (de Paris) rappelle tout d'abord que, comme pour tout cancer, la chirurgie du cancer du sein doit être large; elle comporte l'exérèse des pectoraux et de leur aponévrose jusqu'au gril costal et en arrière jusqu'au grand dorsal, avec curage axillaire minutieux. Pour juger de la valeur de toute chirurgie du cancer, remarque Desmarets, il faut des statistiques bien faites : ici le nombre de cas importe moins que l'examen rigoureux de la pièce et que le contrôle histologique de nombreux ganglions enlevés. Ce n'est qu'à cette condition que les chirurgiens, ayant établi de sérieux protocoles, pourront appuyer leur opinion sur des faits valables.

La lutte contre le cancer en France. — M. le professeur agrégé JEANNENEY (de Bordeaux). L'organisation de la lutte contre le cancer est tout à fait remarquable en France, grâce à la collaboration des Pouvoirs publics (Paul Strauss) et des compétences scientifiques (professeurs Bergonié, Bérard, Hartmann, Regaud, Roussy, etc.). Chaque région possède un centre où les malades peuvent trouver une équipe de cliniciens — médecin, chirurgien, radiologiste, anatomo-pathologiste, spécialistes divers — et tout l'arsenal propre à la thérapeutique moderne du cancer. L'orientation actuelle de cette dernière, l'association de la chirurgie à la curiethérapie, le rôle de la chirurgie curative et palliative sont, à ce propos, envisagés.

DEUXIÈME QUESTION

LE DIABÈTE

Le diabète. — M. le professeur A. ROUSSEAU, dans un rapport remarquable, met au point la question aux points de vue pathogénique et thérapeutique. Après avoir montré le rôle du foie et du pancréas dans la glycogénie et la glycolyse, il classe dans les diabètes par troubles de la glycogénie le diabète simple sans dénutrition et le diabète grave dans les formes dues à une altération de la sécrétion interne du pancréas. Le traitement se propose de réduire l'hyperglycémie et la glycosurie tout en évitant l'acidose. Le régime, avec restriction de la ration globale et des hydrates de carbone en particulier, reste la base du traitement. Le repos absolu en est parfois le complément indispensable. Quant à l'insuline, elle doit être réservée comme un médicament d'urgence des formes graves ou compliquées, et elle ne saurait constituer, remarque l'éminent doyen de la Faculté de Québec, un traitement de fond du diabète.

L'insuline. — M. le professeur agrégé A. LÉGER rappelle tout d'abord les travaux des précurseurs de Banting, Mac Leod et Collin; il indique ensuite que les diverses préparations d'insuline canadienne, américaine, française et anglaise peuvent être également considérées comme bonnes. L'insuline est contre-indiquée dans le diabète rénal et les diabètes simples que le régime suffit à améliorer. Son action s'exerçant non seulement sur le métabolisme des hydrates de carbone, mais aussi sur celui des graisses et des albuminoïdes et sur l'acétonémie, Léger considère que l'insuline devra être utilisée — sans en abuser — dans les cas suivants :

1° *Dans le diabète* : *a.* diabète simple avec coefficient d'assimilation bas pour les hydrates de carbone; *b.* diabètes graves avec dénutrition; *c.* complications du diabète : coma, gangrène, menace d'intervention; 2° *En dehors du diabète* : dans toutes les formes d'acidose (grossesse, vomissements incoercibles, acidose postopératoire). Ces notions s'accordent avec celles défendues par les auteurs français, en particulier Desgrez, Labbé et Rathery, Chabanier, etc.

Discussion.

M. le professeur DAMIEN MASSON rappelle le danger des accidents hypoglycémiques dans la cure d'insuline et insiste sur les précautions qui doivent accompagner son administration.

M. le professeur E. SERGENT (de Paris) montre, en s'appuyant sur des observations, que si l'insuline n'est pas contre-indiquée chez les diabétiques tuberculeux, ses indications méritent d'être étudiées avec soin.

M. RIBADEAU-DUMAS (de Paris) cite quelques observations qui démontrent l'utilité de l'insuline en médecine infantile, en particulier dans quelques formes consomptives de diabète infantile.

M. JOLTRAIN (de Paris) rappelle les recherches de Widal sur l'action dissociée de l'insuline.

TROISIÈME QUESTION

LA TUBERCULOSE

L'infection tuberculeuse de l'enfance. — M. le professeur ODILON LECLERC (de Québec). C'est dans l'enfance que se fait la première infection tuberculeuse : c'est l'enfance qu'il importe de préserver. Ces remarques s'appuient sur bon nombre d'observations personnelles schématisant en quelque sorte les aspects cliniques de la tuberculose de primo-infection de l'enfance (formes ganglio-pulmonaires) et en concordance avec la conception moderne de la tuberculose, infection de l'enfance. Des mesures d'hygiène et de prophylaxie permettraient d'atténuer ces infections.

La prophylaxie de la tuberculose par les soins donnés à l'enfant. — M. le professeur J. DUBÉ (de Montréal). La prophylaxie repose non seulement sur la protection de l'enfant contre la contagion, mais aussi sur le développement de sa résistance. La tuberculose se développant sur un *terrain* favorable il importe d'éviter toutes les causes de débilitation. De plus, devant la dissémination de la maladie, Dubé, pour éviter que tous les porteurs de bacilles ne deviennent un jour contagieux, leur conseille de se méfier de leur propre bacille.

La tuberculose ganglio-pulmonaire chez le jeune adulte. — MM. le professeur E. SERGENT, H. DURAND et P. COTTENOT (de Paris), après avoir rappelé les caractères cliniques et pathogéniques qui séparent la tuberculose de l'enfant et celle de l'adulte, s'attachent à montrer que les différences ne tiennent pas, en réalité à la question d'âge mais à la notion de terrain. La tuberculose de l'enfance et de l'adolescence est une tuberculose de première infection; celle de l'adulte, une tuberculose de réinfection ou de réactivation. Mais, un adulte, qui a échappé aux causes multiples de contamination dans son enfance peut conserver un « terrain vierge » sur lequel la première inoculation provoquera un type réactionnel de primo-infection. Tel est le cas pour les adultes des races indigènes brusquement mis en contact avec les habitants des contrées dites civilisées; des campagnards brusquement transplantés dans les villes. Les auteurs apportent à l'appui de leur conception, plusieurs observations, dans lesquelles les signes cliniques et radiologiques ont permis de faire le diagnostic chez des adultes et particulièrement chez de « jeunes adultes », de cette tuberculose ganglio-pulmonaire telle qu'elle est classique chez l'enfant. Dans quelques-unes de leurs observations le contrôle nécropsique a entièrement confirmé le diagnostic; les radiographies et les pièces présentées ne peuvent laisser aucun doute.

Valeur séméiologique et pronostique des modifications des images cavitaires au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. F. BORDET (de Paris). La modification des images radiologiques par le collapsus pulmonaire a en ce qui concerne les images annulaires une signification qui varie suivant leur date d'apparition. Pendant la période de constitution du pneumothorax, c'est-à-dire en moyenne pendant les

quinze premiers jours, on peut observer les faits suivants : précision plus grande des images cavitaires, disparition de certaines fausses images cavitaires, production de fausses images cavitaires par insufflation de logettes pleurales, et parfois mise en évidence de *cavernes camouflées* ayant échappé aux radioscopies antérieures. Ces faits n'ont qu'un intérêt séméiologique; ceux qui se produisent plus tard ont au contraire une valeur pronostique. Tantôt les images cavitaires disparaissent progressivement, tantôt elles s'élargissent, tantôt enfin de nouvelles apparaissent indiquant ainsi la persistance d'un processus ulcéro-caséeux à l'intérieur d'un moignon insuffisamment collabé.

Contribution à l'étude de la calciémie chez les tuberculeux. — MM. les professeurs E. Sergent et L. Binet (de Paris) après avoir montré que le dosage de la chaux en circulation dans le sang ne peut suffire à juger de la tendance à la recalcification ou à la décalcification, les auteurs indiquent cependant que chez les tuberculeux graves le chiffre de la calciémie oscille entre 100 et 110 milligrammes tandis que dans les cas bénins il oscille entre 120 et 130 milligrammes. S'inspirant des recherches antérieures de l'un d'eux sur le rôle de l'adrénaline comme fixateur des sels de chaux ils ont étudié expérimentalement les effets des injections d'adrénaline sur des jeunes rats soumis aux conditions qui engendrent le rachitisme; ils ont constaté que l'adrénaline arrête l'évolution du rachitisme chez ces animaux, constatation qui vient confirmer la notion du rôle fixateur qu'elle joue dans le processus de calcification.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. J.-E. Laberge (de Montréal). La lutte contre la tuberculose doit viser d'abord le logement malsain. La disparition de ces nids de bacilles tuberculeux n'est possible que par l'éducation et par l'établissement du *casier sanitaire* des maisons et des usines de chaque muuicipalité. Ce casier sanitaire, tenu à jour, indiquerait la mortalité et la morbidité, et, accessible à la population intéressée servirait à son instruction.

L'entérite tuberculeuse. — M. G. Couillard. Le cheminement d'un repas de baryum dans le gros intestin porteur d'ulcérations tuberculeuses accuse, à l'écran radioscopique, des anomalies de progression, de contour et de remplissage qui semblent offrir des possibilités de diagnostic précoce de l'entérite tuberculeuse. L'application prolongée de rayons ultra-violets en radiations générales, véritable héliothérapie artificielle a donné à l'auteur, dans cette localisation si grave des résultats encourageants supérieurs à ceux obtenus par la chirurgie seule.

MM. Sergent, Rousseau et Parizeau pensent qu'il faut être encore réservé dans l'interprétation des images radioscopiques notées et qu'aucune ne paraît vraiment pathognomonique.

L'étiologie tuberculeuse en psychiatrie. — M. le professeur agrégé Brousseau (de Québec) attire l'attention sur certains symptômes psychiques évoluant chez des tuberculeux : syndrome d'infection avec coma, syndrome confusionnel typique liés directement ou indirectement à la toxi-infection bacillaire. Ces accidents ont un caractère passager, curable, et ils semblent représenter à eux seuls la « psychose tuberculeuse » trop extensive des allemands. L'avenir de ces malades dépend plus de leurs lésions pulmonaires que de leurs symptômes psychiatriques.

Traitement des séquelles de la tuberculose osseuse. — M. G. Audet (de Québec). Au niveau du *rachis* on peut corriger la gibbosité pottique par deux moyens : soit par la compression ouatée au niveau même de la gibbosité, soit par le séjour prolongé sur un lit courbe genre « Whitman Frame », les deux procédés sont basés sur le même principe : créer des lordoses compensatrices au-dessus et au-dessous de la gibbosité, ce qui remet la colonne vertébrale dans une rectitude apparente. A la *hanche*, il faut corriger le raccourcissement anatomique — par une chaussure orthopédique, l'allongement du fémur atrophié (Putti) ou le raccourcissement du fémur sain (Calvé) — et corriger aussi le raccourcissement fonclionnel par l'ostéotomie sous-trochantérienne. — Les déformations du genou se corrigent par la résection cunéiforme, — du pied, par l'astragalectomie; — du coude et du poignet, par la résection, etc.

Les congestions pulmonaires primitives. — M. R. Desmeules (de Québec). Les congestions, étudiées dans le service de M. Rousseau, sont très fréquentes au cours des rigoureux hivers canadiens. A l'occasion de leur diagnostic, parfois délicat, il faut toujours penser à la tuberculose du début à type de cortico-pleurite. Ces congestions s'accompagnent souvent d'un mince épanchement que la ponction exploratrice met en évidence.

QUATRIÈME QUESTION

LA MORTALITE INFANTILE

La mortalité infantile dans la Province de Québec. — M. le professeur R. Masson (de Montréal). Malgré l'augmentation des centres industriels et l'expansion des villes la natalité canadienne ne subit pas de fléchissement marqué : pour des raisons morales, remarque le rapporteur : conservation des traditions et des croyances. Il n'en n'est pas moins nécessaire d'engager la lutte contre la mortalité infantile très élevée. La création d'une Ligue pour la Protection de l'Enfance donnerait ici les mêmes résultats qu'en France, en Belgique et aux Etats-Unis, avec des moyens analogues : enseignement de puériculture élémentaire dans les écoles de filles; création d'infirmières visiteuses, de consultations de nourrissons; placement des enfants tuberculeux à la campagne (genre œuvre Grancher) colonies de vacances, etc. Ce rapport présente tout un programme de lutte sociale contre la mortalité infantile et sa portée est considérable.

Etude sur la mortalité dans les crèches hospitalières. — M. Ribadeau-Dumas (de Paris). La mortalité, autrefois si élevée dans les crèches hospitalières tend à diminuer. L'amélioration dépend en premier lieu des *mesures d'isolement* qui permettent d'éviter l'apparition d'infections secondaires si meurtrières dans les élevages en commun. La rougeole seule échappe à ces mesures à cause de son grand pouvoir de diffusion : on pourrait pour cette maladie comme pour la diphtérie tenter une sérothérapie ou une vaccinothérapie préventive; les conséquences d'une vaccination du nourrisson contre les maladies infectieuses seraient considérables, car il n'est nullement prouvé que l'enfant naisse avec des immunisines d'origine maternelle, actives. Un autre point est l'*asepsie du personnel soignant* : il faut garantir l'enfant du contact d'une mère ou d'une éleveuse atteinte d'une infection, même légère, le préserver de mains septiques, de projections de salive dangereuses. On veillera à ce que l'enfant ne soit pas immobilisé dans son berceau, à ce qu'il soit suffisamment exposé à l'air et à la lumière diffuse, à l'abri du froid. Cependant la mortalité dans les crèches hospitalières reste élevée à cause de la *débilité* congénitale anténatale du bébé d'une part et de la débilité acquise par une mauvaise hygiène des premiers mois de la vie : enfants élevés par des nourrices ou des parents ignorant les lois élémentaires de l'hygiène. On préviendra ces causes de mortalité par les consultations anténatales, les consultations de nourrissons, la création d'infirmières visiteuses, établissant le trait d'union nécessaire entre la famille et le médecin, La mortalité encore élevée des crèches hospitalières témoigne d'une insuffisance d'organisation de la lutte contre la mortalité infantile.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Le métabolisme basal. — M. le profeseur J. B. Lacroix met au point la question au point de vue théorique et pratique et développe, en particulier, quelques observations personnelles sur le métabolisme basal des thyroïdiens.

Tétanos médical guéri par la sérothérapie intensive. — M. A. Lesage conseille d'employer de fortes doses d'antitoxine dans le tétanos.

M. A. Simard partage cette opinion et conseille de combiner les voies sous-cutanée, intraveineuse et intrarachidienne.

Le rôle de l'anaphylaxie et de l'anti-anaphylaxie en clinique. — M. Joltrain (de Paris). De très nombreuses affec-

tions doivent être considérées comme des accidents anaphylactiqnes ou colloïdoclasiques : coryza spasmodique, asthme, urticaire, érythèmes, etc. Il déduit de ces faits établis par Widal et son école, les indications de différentes méthodes de désensibilisation et d'anti-anaphylaxie.

L'hôpital moderne. — M. E. Mercier (de Montréal). Il s'agit ici de l'hôpital moderne de l'Hôtel-Dieu qui vient de s'ouvrir à Montréal et présente au point de vue des soins aux malades et de l'enseignement les plus remarquables dispositions.

L'impuissance chez l'homme. Ses causes. Son traitement. — M. J. Prévost, après avoir insisté sur les répercussions morales et sociales de l'impuissance génitale, envisage les causes de l'impuissance : intoxications, maladies de la nutrition, maladies infectieuses, affections organiques du système nerveux, chocs émotionnels, masturbation, affections des organes génito-urinaires, troubles de la fonction testiculaire et prostatique, excès vénériens, continence, sénilité, etc. Le traitement comportera une étape physiothérapique, une étape médicamenteuse : manganèse, phosphore, opothérapie testiculaire ou prostatique, enfin une étape chirurgicale : greffe testiculaire, résection du déférent.

Les suites immédiates de la cholécystectomie. Indications opératoires et radiologiques. — M. A. Achpise rapporte une statistique opératoire de cholécystectomies avec ou sans cholédocotomies, pour cholécystites simples ou calculeuses, dont le pourcentage des cas parfaits d'emblée atteint 85 p. 100. Hartmann et Petit-Dutaillis indiquent 92 p. 100. Peu d'interventions chirurgicales donnent des résultats aussi encourageants. Il faut donc, semble-t-il, en étendre les indications opératoires et pratiquer la cholécystectomie pour des malades atteints de cholécystite non calculeuse traités longtemps médicalement et sans amélioration appréciable. Au point de vue technique, l'auteur insiste sur l'entraînement de la vésicule en dehors du triangle des voies biliaires, région dangereuse, sur la ligature de l'artère cystique au point fixe, à l'union du corps et du col. Drainer en cas de cholédocotomie et placer un simple drain provisoire dans la cholécystectomie au contact du cystique (Gosset, Desmarest). Dans 35 p. 100 de ces cas une appendicite était associée à la cholécystite. On explorera donc toujours la fosse iliaque droite, soit pour faire une appendicectomie, soit pour libérer des adhérences, faire une cæcorraphie ou une colopexie en équerre : dans ces cas complexes la radiologie préalable peut rendre de grands services.

Les prolapsus génitaux. — M. L. Phaneuf (de Boston). Au point de vue opératoire les malades atteintes de prolapsus peuvent être classées en deux catégories : Dans la première, femmes encore jeunes et susceptibles de grossesse ; dans la seconde, femmes ayant dépassé la ménopause et femmes âgées. Dans le premier groupe, il faut n'employer que des procédés opératoires permettant d'éviter la dystocie dans les accouchements ultérieurs. Dans le second, l'auteur a obtenu de très bons résultats en employant l'opération de Watkins, Wertheim Schauta modifiée (interposition de l'utérus basculé en avant dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale).

A propos de fracture du col du fémur. — M. E. Samson (de Québec), dans un rappel étiologique, distingue les fractures pathologiques des vieillards et des tarés myélitiques, tabétiques, etc. et les fractures traumatiques directes (grand traumatisme) ou indirectes (contraction musculaire, violente et brusque). Plusieurs conditions sont indispensables pour obtenir un bon résultat : réduction parfaite, immobilisation prolongée, soins postopératoires attentifs, contrôle radiographique. L'auteur rejette la traction continue ; il considère la réduction et immobilisation plâtrée à la Whitman comme une méthode excellente ne faisant courir aucun risque au patient. Le vissage de Delbet est également excellent, mais moins simple puisqu'il comporte une intervention sanglante et que, si l'on emploie des vis métalliques on peut avoir de la raréfaction osseuse. La méthode d'Albee est tout à fait recommandable en cas de pseudarthrose ; cependant, dans les fractures anciennes, avec atrophie du fragment supérieur, la résection de celui-ci est, pour Samson, l'opération de choix.

— Dans les *hôpitaux*, des démonstrations cliniques ont été faites par les différents chefs de service de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Laval : Présentations de malades (O. Leclerc), présentations de pièces avec projections (E. Sergent), démonstration de la pratique du pneumothorax (Bordet). Des séances opératoires, par nos collègues Simard, Dagneau, Vaillancourt, nous ont montré, une fois de plus, que les techniques canadiennes étaient les nôtres.

Que dire des réceptions officielles ou intimes, sinon qu'elles ont été illuminées par un idéal commun et par le plus cordial sentiment confraternel : Chez M. le doyen Rousseau, chez M. le professeur Vallée, au club de la garnison, chez les membres de l'Université, chez Son Excellence le Gouverneur de la Province ; enfin, chez nos distingués collègues Lacroix, Dagneau, Vaillancourt, Ahern, nous avons reçu un accueil inoubliable.

Le banquet général réunissait plus de quatre cents congressistes. Les discours y furent nombreux ; ils ne parurent pas longs et traitèrent, pour la plupart, avec une magnifique éloquence les sujets les plus divers : Le professeur Vallée parla de l'Association des médecins ; l'honorable A David, ministre de l'Instruction publique jeta les bases de la création d'un Institut biologique ou d'un Institut Pasteur à Québec. L'honorable docteur Beland, ministre de la Santé à Ottawa, exalta les admirables vertus domestiques et sociales des Canadiens. Prirent ensuite la parole, le baron de Vitroles, notre éminent consul général, les délégués français, les professeurs Hardwood, doyen de la Faculté de Montréal, et Rousseau, doyen de la Faculté de Québec ; enfin, M. C. Roy, recteur de l'Université Laval. Selon la coutume chaque discours était suivi d'une vieille chanson canadienne française, et la séance fut levée après que tous les convives, debout, eurent entonné, avec un ensemble émouvant, les trois hymnes nationaux : *O Canada*, la *Marseillaise* et le *God save the King*.

A la clôture du Congrès, le titre de docteur *honoris causa* a été décerné à MM. E. Sergent, Ribadeau-Dumas, Desmarest et Jeanneney.

Le prochain Congrès aura lieu à Montréal sous la présidence du professeur Lesage et la vice-présidence du professeur Dagneau (de Québec).

G. JEANNENEY.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de l'isopropyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine (allonal) comme médicament analgésique (1), par le docteur René Petiteau.

Une préoccupation constante domine l'exercice de la profession médicale : la lutte contre la douleur. Certes, la thérapeutique, dans l'état actuel de la science, met à notre disposition nombre d'analgésiques et d'hypnotiques, tous plus ou moins maniables, tous plus ou moins toxiques.

Jusqu'à présent toutefois, nous ne possédions pas un médicament capable, en même temps, de supprimer l'élément douleur et, progressivement, de donner le calme et d'amener le sommeil.

L'allonal (isopropyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine) présente des propriétés analgésiques en quelque sorte spécifiques (amidopyrine) qui sont consolidées et complétées par l'action sédative et hypnogène de l'acide isopropyl-propényl-barbiturique.

Nous avons donc dans l'allonal un « analgésique renforcé ». Comme le fait remarquer M. Petiteau, qui a étudié longuement ce produit, non seulement en clientèle privée, mais dans tous les hôpitaux de Lyon et en particulier chez le docteur Tellier, le sommeil déterminé par l'allonal est identique au sommeil physiologique ; il est suivi d'un réveil normal, sans lassitude, ni céphalée.

D'autre part, l'allonal n'est pas toxique aux doses thérapeutiques ; il ne produit pas de phénomènes d'accumulation ; aucun effet sur le cœur, sur les reins, sur les poumons n'a été signalé ; enfin, sa puissance d'action est parfois remarquable

(1) *Th. de Lyon*, 1924, Bosc et Riou, imp.

dans certaines circonstances, et, chez certains sujets, on a pu le substituer aux divers opiacés dont il ne présente pas les inconvénients.

Très actifs, faciles à prendre, toujours bien tolérés même par les estomacs délicats, les comprimés d'allonal (un à trois par jour) donnent d'excellents résultats dans les douleurs de toute origine, même causées par des lésions organiques profondes, et aussi dans toutes les névralgies de quelque nature qu'elles soient (dents, sinus, oreilles, nerfs facial, trijumeau, brachial, sciatique, plexus solaire, coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales, génito-urinaires, rhumatismes, etc). Cet « analgésique renforcé » semble appelé à remplacer, dans toutes les algies, les médicaments utilisés jusqu'ici qui ne présentent pas, comme lui, cette triple action analgésique, sédative et hypnogène, sans effets nocifs sur le tube digestif.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

I. Doctorat d'état. — 4. Accoyer. — Sur le mécanisme des adaptations fonctionnelles de structure dans les artères.

87. Alsac. — La cellulite séreuse orbitaire consécutive aux sinusites.

104. Baillat. — Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de la gangrène pleuro-pulmonaire d'origine bucco-pharyngée.

74. Bal. — De la tuberculose du calcanéum chez l'enfant.

108. Barsotti. — Traitement du ptosis par la blépharopexie frontale à ciel ouvert.

75. Beaupère. — Injections sous-arachnoïdiennes de lipiodol et diagnostic des tumeurs médullaires.

118. Belleville. — Adénites et lymphangites tuberculeuses de la paroi thoracique.

140. Berger. — De l'action des mydriatiques et des myotiques sur la pupille et la tension oculaire.

124. Bernex. — Etude statistique du trachome à Lyon.

14. Bernheim. — Contribution à l'étude des réactions ganglionnairee au cours de l'hérédosyphilis tardive.

54. Béroud. — L'expertise des faux en écriture par altération.

20. Bertrand. — Pronostic et traitement des cystites douloureuses persistant après la néphrectomie pour tuberculose rénale.

68. Bianchi. — De l'usage immodéré des purgatifs.

21. Biessy. — Etude médico-psychologique de la vie et de l'œuvre de Villiers de l'Isle-Adam.

43. Billa. — La streptodiphtérie expérimentale.

47. Blanchard. — Les paralysies d'origine traumatique du muscle grand dentelé.

44. Bloch. — Prophylaxie des empoisonnements dus aux champignons.

57. Blot. — Tumeurs de l'hypophyse et exophtalmie.

137. Bollet. — Contribution à l'étude de la délivrance hydraulique dans l'accouchement à terme ou près du terme.

45. Bonafé. — De l'hypertrophie primitive du cœur.

37. Bordes-Pagès. — Les suppurations consécutives à l'extraction de la cataracte.

5. Bossard. — De l'extirpation de l'empyème chaud du sac lacrymal suivie de réunion immédiate.

19. Bouana. — Relations de l'épididymite tuberculeuse avec la tuberculose prostato-vésiculaire.

107. Bouchet. — De l'évaluation des incapacités de travail dans les traumatismes oculaires.

23. Bouhet. — Les injections de lait dans le traitement de l'épididymite blennorragique.

150. Bousquet. — Etude des résultats des néphrectomies pour néphrites hématuriques unilatérales.

127. Bouvier. — La vaccinothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles. (Voir la suite p. 1577.)

84. BRÉGIER. — Contributions apportées aux traitements des tricophyties.
70. BREYSSE. — Existe-t-il une guérison de l'endocardite infectieuse ? Essai de vaccinothérapie.
7. BROUSSARD. — Contribution à l'étude de la curiethérapie dans le traitement du fibrome de l'utérus.
63. BRUEL. — Contribution à l'étude de la maladie de Vaquez.
116. CANIS. — La méthode auscultatoire et l'oscillométrie combinées dans l'étude des déséquilibres vaso-moteurs unilatéraux.
33. CARRIÉ. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate.
9. CATTIN. — Sur un cas de monstre humain.
13. CHABASSE. — Contribution à l'étude des indications thérapeutiques du cathétérisme urétéral à demeure.
72. CHAMBON. — Contribution à l'étude de l'action physiologique de l'insuline.
30. CHAMPOUILLON. — Traitement de l'insomnie par la diéthylchloracétamide.
88. CHOPIN. — Iritis et iridocyclite au cours des suppurations abdominales.
58. CICILE. — Contribution à l'étude de la bismuthothérapie dans les syphilis cutanéo-muqueuses et viscérales.
103. CITRON (Julien). — Du traitement des strumites suppurées.
24. COCHET-BALMEY. — La collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe dans la lutte contre la mortinatalité d'origine syphilitique.
25. COFFINET. — La leucémie lymphoïde chronique à type splénique pur.
134. COSTE. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle pontocérébelleux.
73. COTTE. — Les propriétés antiseptiques des composés argentiques en général et de l'argenthioglycérine sulfonate de sodium, cryptargol en particulier.
89. CROS. — Des suppurations rétro-oculaires symptomatiques de l'ostéomyélite orbito-temporale.
26. CULTY. — Quelques études cliniques sur la médication arsenicale organique.
82. DAMAS. — Les calculs mûriformes du canal cystique.
92. DEBAUCHEZ. — Le signe de Lesieur dans la fièvre typhoïde.
109. DECHAUME. — Contribution à l'étude des dilatations dites idiopathiques de l'œsophage.
18. DEFAYE. — Contribution à l'étude de l'ostéite fibro-kystique localisée des os longs.
31. DELASSIAT. — Action de l'émétine sur les diarrhées chroniques dysentériformes non amibiennes. *(A suivre.)*

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

URÉMIE DIGESTIVE

Les accidents digestifs, dus à l'insuffisance rénale, apparaissent dans deux circonstances différentes :

A. **Au cours d'une néphrite avec rétention chlorurée** (par exemple au cours d'une néphrite aiguë, banale, avec œdèmes). — On peut voir apparaître des vomissements abondants, répétés, et un peu plus rarement une diarrhée aqueuse.

Malgré leur allure brusque et bruyante, ces accidents sont bénins ; ils disparaissent ordinairement rapidement en même temps que les céphalées, crises convulsives, troubles visuels, etc., qui coexistent souvent avec eux.

Tous ces accidents sont dus à la *rétention chlorurée*. Widal et Javal ont montré la présence, dans les liquides évacués, de chlorure de sodium en quantité appréciable. C'est pourquoi

on a pu dire qu'il s'agissait d'une véritable « déchloruration de fortune ».

B. **Au cours d'une néphrite avec rétention azotée.** — Les phénomènes digestifs ont une tout autre importance et un pronostic grave.

Nous décrirons d'abord l'*urémie digestive chronique* dont l'apparition est insidieuse et qui évolue avec lenteur.

Cette forme d'urémie, qui fut décrite par les classiques, apparaît au cours des néphrites chroniques *médicales* et aussi au cours des néphrites des *urinaires* (calculeux, prostatiques, rétrécis, femmes atteintes de cancer de l'utérus).

Disons de suite que cette urémie digestive est une des manifestations cliniques essentielles du *syndrome azotémique*.

Anorexie. — C'est souvent un symptôme précoce. Elle est d'abord élective pour les aliments azotés; puis elle devient générale et les malades refusent toute nourriture.

Symptômes buccaux — La *langue* est blanche, limoneuse à son centre, rouge à la périphérie; elle est sèche; il y a une dysphagie pénible (dysphagie buccale décrite par Guyon, symptôme révélateur de la rétention chronique d'urine avec azotémie); l'haleine est fétide, parfois ammoniacale.

A un degré de plus, c'est la *stomatite érythémato-pultacée* (Barié); toute la muqueuse buccale est recouverte de mucus concrété, collant, difficile à détacher; au-dessous la muqueuse apparaît rouge et vernissée.

Ou même une *stomatite ulcéreuse* (ulcérations grisâtres, irrégulières, avec tuméfaction de la muqueuse buccale et de la langue, déchaussement des dents, fétidité de l'haleine).

Il peut y avoir, enfin, de la *sialorrhée* avec présence d'une quantité notable d'urée dans la salive.

Manifestations parotidiennes. — On voit quelquefois un gonflement passager des deux parotides (parotidite par infection secondaire).

Symptômes gastriques. — Pesanteur gastrique, nausées. Vomissements alimentaires, d'abord intermittents, puis se rapprochant de telle sorte que l'intolérance gastrique devient complète.

Dans certains cas, on observe des vomissements aqueux, grisâtres, bouillon sale, qui peuvent être extrêmement abondants (plusieurs litres par vingt-quatre heures).

Ces vomissements sont de réaction alcaline : ils contiennent du carbonate d'ammoniaque qui provient de la transformation de l'urée à son passage à travers la muqueuse gastrique. On a également signalé la présence d'urée en nature dans les vomissements.

Enfin, on peut avoir affaire à des *ulcérations gastriques* se manifestant par de la douleur dans la région ombilicale et surtout par des hématémèses (vomissements marc de café). On conçoit que dans ces cas qui s'accompagnent d'anorexie, d'amaigrissement, le diagnostic avec un cancer de l'estomac peut être délicat.

Symptômes intestinaux. — La *diarrhée* est le symptôme le plus commun de l'urémie digestive.

D'abord intermittente, elle devient, à la fin de la maladie, continue, incoercible. C'est une diarrhée très liquide, séreuse, survenant sans colique; elle contient une quantité élevée de carbonate d'ammoniaque. Cette diarrhée peut amener un état de déshydratation grave (syndrome cholériforme).

Dans certains cas, alternant avec des débâcles diarrhéiques, on voit une constipation opiniâtre.

Il est un autre type de diarrhée dont le pronostic est grave et qui apparaît à la phase ultime de l'azotémie; les selles sont sanguinolentes et dysentériformes ; le sang est rouge noir ou même rutilant ou dilué dans la sérosité intestinale.

Cette diarrhée sanglante révèle la présence d'*ulcérations* qui peuvent aboutir à la perforation intestinale.

Enfin, on peut observer une *recto-colite ulcéreuse* provoquant du ténesme, des épreintes, et une émission de glaires sanguinolentes.

Évolution. — *a.* La marche de l'urémie gastro-intestinale que nous venons de décrire est *lente et progressive.* Pendant plusieurs semaines les vomissements et la diarrhée alternent avec des périodes d'accalmie ; malgré ces améliorations passagères l'azotémie poursuit sa marche inexorable. Le pronostic est donc extrêmement sombre.

b. Dans certains cas, l'évolution est *très rapide* ; le fait peut se voir :

Dans les *grandes azotémies latentes* (ambulatoires) qui, pendant longtemps, ne provoquent aucun symptôme et qui brusquement prennent une allure des plus graves.

Au cours de l'anurie de *certaines néphrites suraiguës* (par le sublimé) ou de l'anurie calculeuse : après une période de tolérance, qui peut atteindre huit jours, survient un syndrome d'azotémie aiguë où les vomissements et la diarrhée coexistent avec les signes d'urémie nerveuse.

c. Dans deux circonstances, le traitement médical amène la *rétrocession* de l'urémie digestive.

Chez les prostatiques avec rétention d'urine, quand le diagnostic est fait et un traitement convenable appliqué.

Au cours d'une néphrite chronique, on peut voir une poussée d'azotémie à la suite de fatigue, d'écarts de régime, etc. Un traitement convenable amène une rémission qui peut être fort longue.

PATHOGÉNIE

Les phénomènes digestifs de l'urémie semblent dus en bonne partie à une élimination *vicariante* :

1° *Des chlorures*, en cas de rétention chlorurée, amenant diarrhée et vomissements, mais ne provoquant pas d'ulcérations.

2° *Des corps azotés*, en cas de rétention azotée.

Après néphrectomie chez le chien, les sécrétions gastriques et intestinales deviennent *continues* et *plus abondantes* : on y voit apparaître de l'*ammoniaque*, résultant de la transformation de l'urée à la surface de la muqueuse (Cl. Bernard). Cette élimination amène des vomissements et de la diarrhée, et, à l'extrême, des *ulcérations.* Peut-être la pathogénie est-elle plus complexe, pour les ulcérations en particulier; ne sont-elles pas d'origine *septiques*? Peut-être l'*hypertension* artérielle, les *altérations du sang* jouent-elles un rôle dans la production des hémorragies?

DIAGNOSTIC

Signalons seulement deux points particuliers :

a. Le diagnostic avec le *cancer de l'estomac* peut se poser au cours du mal de Bright avec prédominance de symptômes digestifs, à cause de l'anorexie avec dégoût électif, des pesanteurs et douleurs épigastriques, des vomissements alimentaires ou aqueux, de la teinte jaune paille, de la cachexie progressive, des hémorragies.

b. Dans la période terminale du mal de Bright, les symptômes de l'urémie digestive se perdent dans un ensemble clinique complexe. Il faut donc, pour mettre en évidence l'azotémie, rechercher les symptômes suivants qui relèvent de l'azotémie seule :

La *péricardite brightique.*

La *rétinite albuminurique.*

Il faudra rechercher également la torpeur, le myosis, l'hypothermie.

TRAITEMENT

Les urémies digestives des néphrites aiguës, des rétentions d'urine, de l'anurie calculeuse comportent naturellement des thérapeutiques étiologiques appropriées à chaque cas.

Mais quand l'urémie digestive est un des éléments symptomatiques de l'azotémie rebelle et régulièrement croissante, le traitement ne peut être que palliatif. Collutoire salicylé dans les stomatites; lavages d'estomac pour les vomissements rebelles ; ne pas chercher à supprimer la diarrhée ; s'abstenir d'opiacés; la modérer seulement par du salicylate de bismuth et de la limonade lactique.

Quand il s'agit d'une poussée d'azotémie il peut même être indiqué d'exagérer passagèrement la diarrhée par un purgatif salin ou drastique.

BIBLIOGRAPHIE. — 1° Traités classiques ; 2° LEMIERRE et PIÉDELIÈVRE : Les ulcérations gastro-intestinales urémiques, *Gaz. des hôpit.*, 1921 ; 3° LEMIERRE : L'urémie digestive, *La Médecine*, mars 1922.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — SAMEDI 29 NOV. 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 29 NOV 1924. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Etudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 26 novembre. — Questions données : « Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne. — Invagination intestinale chez l'enfant. »

MM. Delage (J.-Baptiste) et Theillier (Edmond), 25 ; Hurez (André), 24 ; Carvaillo (Roger), 19; Stehelin (J.), 18; Suzor (René), 28 ; Mlle Saint-Laurens (Germaine) et MM. Camail (Henri), 11 ; Filliol (Léopold), 20.

Séance du 27 novembre. — Questions données : « Formes cliniques et diagnostic de la dilatation des bronches. — Fracture de Dupuytren. Signes, diagnostic et traitement. »

MM. Lechaux (Pierre), 17; Michaux (Léon), 26; David (Marcel), 20; Thiolat (Pierre), 18; Jacquemaire (René), 22; Carteaud (Alexandre), 18; Caroli (Jacques), 24; Mlle Boegner, 20; MM. Thiébaut (François) et Hussenstein, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Strasbourg. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 24 novembre 1924, la chaire d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 25 nov. 1924.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Un concours s'ouvrira, le 29 mai 1925, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. (*J. O.*, 27 nov. 1924.)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix décernés en 1924 :

Prix Montagne (1.500 fr.), M. Alphonse Labbé, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

Prix da Gama Machado (1.200 fr.), M. Christian Champy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Médecine. — Prix Montyon. — Sur les fonds de ce prix, sont attribués : 1° Trois prix de 2.500 fr. chaque à MM. Victor Babès, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest; Noël Fiessinger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Botreau-Roussel, médecin-major de 1re classe. 2° Trois mentions honorables de chacune 1.500 fr., MM. Jean Baratoux, à Paris ; Jean Rieux, professeur au Val-de-Grâce, et Henri Glover.

Prix Barbier (2.000 fr.), MM. Georgee Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Paul Michel, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Bréant. Sur les fonds de ce prix sont attribués deux prix de 2.500 fr. chaque : 1° MM. Alfred Boquet et Léopold Nègre, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur ; 2° MM. Léon Marchand, médecin-chef de la maison nationale de Charenton, et Raymond Moussu, chef de travaux à l'Ecole d'Alfort.

Prix Godard (1.000 fr.), M. E. Tapin, ancien chef de clinique à l'hôpital Necker.

Prix Mège (300 fr.), Mme Angélique G. Panayotatou, ex-professeur agrégée à l'Université d'Athènes.

Prix Belliou (1,400 fr.). Sur le montant de cette fondation deux prix de 700 fr. chaque sont attribués à M. Paul Godin et à M. Louis Bargeron.

Prix Larrey (750 fr.), M. François Bassères, médecin inspecteur de l'armée.

Physiologie. — Prix Montyon (750 fr.), M. André-Charles Guillaume.

Prix Lalage (10.000 fr.), M. L. Hédon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix Martin-Damourette (1.400 fr.), M. Henri Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Prix Philipeaux (900 fr.), MM. Antoine-Léon Garrelon, chef adjoint des travaux pratiques au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, et Daniel Santenoise, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Prix et subventions attribués en 1924. — *Médailles.* — Médaille Berthelot. — La médaille est décernée à :

M. Louis-Jacques Simon, lauréat du prix Jecker;

M. Camille Matignon, lauréat du prix La Caze;
Mlle Suzanne Veil, lauréate du prix Cahours;
M. Pierre Chevenard, lauréat du prix Houzeau.

MÉDAILLE LAVOISIER. — La médaille est décernée à M. Joseph-Achille Le Bel, à l'occasion du cinquantenaire de la découverte du carbone asymétrique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 9 décembre, à 3 heures.

Après la proclamation des prix, M. le secrétaire général prononcera l'éloge de Paul Broca.

— Par décret en date du 21 novembre est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. Legueu pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante dans la section de chirurgie et accouchements, par suite du décès de M. Jalaguier. (*J. O.*, 26 nov. 1924.)

CENTRE ANTICANCÉREUX DE REIMS. — M. le docteur Baud, radiologiste des hôpitaux, est nommé directeur du centre de lutte anticancéreuse de Reims.

Sont nommés chefs des divers services :

M. le docteur Baud, chef du service de radiothérapie.
M. le docteur Roussel, chef du service de chirurgie.
M. le professeur Jacquinet, chef du service de médecine.
M. le professeur Techoueyre, chef du service d'histopathologie.
M. le docteur Bouvier est nommé assistant du service de chirurgie.

CINQUIÈME SALON DES MÉDECINS. — Pour répondre à la demande générale, en même temps que pour donner satisfaction aux confrères qui n'ont pu participer au dernier, il a été décidé que cette manifestation artistique aurait lieu désormais annuellement. Cette année (1925) il s'ouvrira donc du 8 au 20 mars, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, et se terminera par un banquet suivi d'une soirée dont le programme sera publié ultérieurement.

Tous nos confrères : peintres, sculpteurs, graveurs, dessinateurs, de même que nos amis : les pharmaciens, chirurgiens dentistes, vétérinaires pratiquant ces arts, ainsi que les leurs, sont instamment priés de se joindre à nous pour donner le plus d'éclat possible à cette fête corporative de l'art.

Pour tous renseignements et inscription, s'adresser au docteur Paul Rabier, secrétaire organisateur, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe).

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire aura lieu le jeudi 4 décembre 1924, à 15 heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : Allocution de M. le professeur Vallée, président. Eloge du professeur Nocard, par M. le professeur Leclainche, inspecteur général, membre de l'Institut. Compte rendu général du concours, par M. Chrétien, secrétaire annuel.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Compans (de Podensac), Jan, médecin général de la marine; Maurras, médecin de l'armée coloniale en retraite; René Saquet (de Nantes).

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DE LA SEINE

L'assemblée générale du Syndicat a eu lieu dimanche, sous la présidence de M. le Fur.

Parmi les questions à l'ordre du jour, l'*assurance-maladie-invalidité* a été l'objet d'une très importante discussion. L'assemblée a adopté à ce sujet l'ordre du jour suivant, voté déjà dans ses grandes lignes par le Conseil d'administration du Syndicat général des médecins de la Seine dans sa séance du 18 novembre 1924 :

« Le Syndicat général des médecins de la Seine n'acceptera de participer au fonctionnement de l'assurance-maladie-invalidité que si les principes suivants, essentiels à l'exercice d'une médecine normale, saine et honnête, sont inscrits dans la loi :

1° Libre choix réciproque du médecin par le malade et du malade par le médecin;

2° Respect du secret professionnel;

3° Rejet de tout forfait, parce qu'immoral;

4° Paiement des honoraires médicaux à la visite ou à l'acte médical suivant un des trois modes prévus par la Commission de médecine pratique de l'Union des syndicats médicaux, liberté étant laissée aux syndicats médicaux et aux caisses de choisir après accord un de ces trois modes :

a. Tarif moyen limitatif des honoraires médicaux;

b. Tarif de responsabilité des caisses et non tarif limitatif des honoraires médicaux;

c. Entente direct du médecin et du malade, paiement direct et intégral des honoraires par l'assuré suivant les conditions de la pratique courante. »

Le Syndicat des médecins de la Seine a déclaré donner nettement sa préférence à ce dernier mode.

L'adoption de ce vœu est extrêmement importante au moment où la question des assurances sociales va revenir devant le Sénat.

— Les élections qui ont terminé l'assemblée ont donné les résultats suivants :

Sont élus : 1° syndics au Conseil d'administration, MM. Quidet, Jayle, Le Fur, Descomps, Cibrie, Gastou, Milian, Hartmann, Goldefy, Sénéchal, Lubet-Barbon, Fanton d'Andon, Hartenberg, Delapchier, Sibut; 2° syndics au Conseil d'administration sur la liste des quinze noms tirés au sort à l'assemblée générale du 7 juin, MM. Charpentier (René), Chenais, Guignard, Brenier, Jacquemin; 3° membres du Conseil de famille, MM. Noir, Boulland, Sebilotte; 4° délégués à l'assemblée générale de l'Union, MM. Jayle, Le Fur, Cibrie, Pamart, Barberin, Quidet, Coldefy, Boyer, Drouet, Hartmann, Lafontaine, Fanton d'Andon; 5° candidats au Conseil de l'Union, MM. Jayle, Lafontaine, Pamart et Coldefy.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 1er DÉCEMBRE AU 6 DÉCEMBRE 1924)

Mardi 2 décembre. — Jury : MM. Desgrez, président; Bezançon, Nobécourt et Philibert. — M. TARDIEU (André). Intoxication aiguë par le véronal de la malonylurée. — M. DECOUINK (Jean). Etude de la tuberculose pulmonaire. — M. DAUPHIN (Louis). Revue critique des symptômes cliniques de l'adénopathie scléro-bronchique.

Jeudi 4 décembre. — Jury : MM. Bernard, président; Achard, Tanon et de Jong. — M. MARTIN (Henri). Etude de l'érythème noueux. — M. PETITCLERC (Marcel). L'hygiène des piscines.

REVUE GÉNÉRALE

LES PERFORATIONS INTESTINALES DIASTATIQUES [1]

Par M. J.-F. BERTRAND,
Interne des hôpitaux de Toulouse.

Travail de la clinique chirurgicale de M. le prof. MÉRIEL.

Pathogénie. — On ne peut donc pour tous les cas accepter une pathogénie identique. Déjà, Girault (2), dans sa thèse, signale les deux mécanismes invoqués :

— La rupture mécanique par éclatement.

— La rupture précédée d'un travail d'ulcération.

Etudions ces deux hypothèses :

I. **Théorie mécanique.** — Elle a été, pour la première fois, soutenue par Heschl ; en sa faveur plaident de nombreux faits :

A. LA CLINIQUE. — Il est parfaitement démontré que la rupture de l'intestin peut se produire sur le vivant par un processus purement mécanique. Il suffit de lire pour s'en convaincre, les observations de ruptures recto-coliques par l'air comprimé ; ces observations très nombreuses dans la littérature anglo-saxonne, ont fait l'objet d'une étude récente par G. Jean (3) dans la *Presse médicale*; la rupture a pu se produire avec des pressions relativement basses (4 atmosphères), alors que le jet restait éloigné de plusieurs centimètres de l'anus.

Dans le même ordre d'idées, E. Zillner (de Vienne) publie quatre cas de rupture de l'S iliaque chez le nouveau-né, pour lesquelles il ne trouve comme explication possible, étayée d'ailleurs par des expériences sur le cadavre, que l'augmentation de pression intraabdominale chez le fœtus au cours du travail.

B. L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions sont caractéristiques dans les observations que nous avons classées dans le premier groupe.

1. L'aspect macroscopique rappelle beaucoup celui que l'on trouve décrit à propos des perforations par l'air comprimé :

« Un point qui nous a particulièrement frappé, écrit Jean, c'est la discordance considérable qu'il y a, entre les lésions de la tunique muqueuse et celles des tuniques externes; celles-ci sont largement déchirées, alors que la muqueuse s'amincit et se distend, ne se rompant qu'en dernier lieu, sur une étendue beaucoup moins considérable. »

2. L'étude histologique n'est pas moins démonstrative on ne trouve pas trace d'un processus inflammatoire ayant son point de départ dans la muqueuse, et les altérations vasculaires paraissent bien dues seulement à la réaction péritonéale secondaire à la perforation.

C. LES FAITS EXPÉRIMENTAUX (4). — C'est à Heschl que nous devons les premières expériences :

L'auteur viennois, par injection progressive d'eau dans l'intestin, put étudier la façon dont se produit la rupture de l'organe et mesurer la pression nécessaire pour obtenir ce résultat. Voici le résumé de ses observations :

Avec une pression de 13 à 14 centimètres de Hg il se produit une déchirure de la séreuse péritonéale sur la portion initiale du côlon ascendant avec hernie de la couche musculaire ; en même temps chute de pression dans le manomètre.

Après nouvelle injection d'eau, la pression remonte 12 centimètres de Hg, la musculeuse se déchire transversalement, la muqueuse fait subitement hernie et se déchire à son tour, en donnant une perforation grosse comme une lentille ; à côté d'elle, l'amorce de nouvelles perforations est visible.

Fait important à noter, la valvule de Bauhin, au cours de ces expériences, s'oppose d'une manière absolue au reflux de l'eau du cæcum dans l'iléon.

Quénu (1) à la même époque, mesure la pression nécessaire pour produire l'éclatement du rectum ; il n'y parvient qu'en y développant brusquement une pression supérieure à 70 centimètres de Hg.

Andrews (2), enfin en 1911, reprenant les expériences de Quénu, sur des intestins d'animaux et humains ne produit la rupture qu'avec des pressions de deux à cinq atmosphères.

Une remarque s'impose : dans tous ces faits expérimentaux, le péritoine cède d'abord, puis la musculeuse, en dernier lieu la muqueuse et l'aspect macroscopique des lésions est comparable, d'une part, à celui que décrit Heschl dans ses observations cliniques, d'autre part, à celui que décrit G. Jean dans les ruptures par l'air comprimé.

II. **Théorie du processus ulcératif.** — Ici encore, on peut invoquer divers ordres de faits :

A. LES FAITS CLINIQUES. — Ils sont dans certains cas nettement caractéristiques :

Nous citerons à ce sujet les cas de perforations survenues après l'établissement d'un anus artificiel : Anschütz (3) en rapporte un exemple ; chez un malade de Luys (4), la perforation se produisit tout à côté d'un anus établi sept jours avant sur le cæcum. Rénon et Blamoutièr (5) enfin en 1921 rapportent une observation de gangrène perforante du grêle, survenue plusieurs jours après une opération palliative, dirigée contre une occlusion du gros intestin.

Dans le même ordre d'idées, nous citerons encore les observations rapportées par Schwob (6), dans sa thèse sur « les ulcérations intestinales », au cours de l'occlusion chronique ; ces ulcérations absolument comparables à celles que nous avons décrites plus haut, se produisirent dans certains cas d'iléus paralytiques, pour lesquels par conséquent, le facteur mécanique peut difficilement être seul invoqué. Une des deux observations de Heschl est également typique à ce sujet. Thiberge, déjà en 1884, dans sa thèse, signalait cette éventualité, en ajoutant toutefois que la perforation était rare quand il n'y avait pas d'obstacle mécanique sur l'intestin.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 94, p. 1549.
(2) GIRAULT. *Th. de Paris*, 1914.
(3) G. JEAN. *Presse méd.*, 24 août 1921.
(4) La pression physiologique maxima mesurée par Joltrain, Baufle et Coope pour le gros intestin est seulement de 6cm6 de mercure environ. — Essai de la mesure de pression du gros intestin, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1919-1920.

(1) QUÉNU. Des ruptures spontanées du rectum, *Revue de chir.*, 1882.
(2) ANDREWS. Cité par G. JEAN. *Presse méd.*, 24 août 1921.
(3) ANSCHÜTZ. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902.
(4) LUYS. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1899.
(5) RÉNON et BLAMOUTIER. Observation rapportée par GUILLAUME, in *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit.*
(6) SCHWOB. *Th. de Paris*, 1898.

B. L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les faits d'anatomie pathologique présentent un intérêt beaucoup plus considérable, et on ne peut discuter la valeur des ulcérations contemporaines de la perforation, de l'infiltration embryonnaire, des altérations vasculaires, de la présence de microbes dans les parois intestinales.

C. LES FAITS EXPÉRIMENTAUX. — Nous signalerons enfin qu'Albarran et Caussade par la ligature expérimentale de la fin de l'iléon ont reproduit à distance sur le grêle, parfois jusqu'au voisinage du duodénum, des lésions absolument comparables à celles que nous venons de rappeler.

III. Conception proposée. — Comment devons-nous interpréter tous ces faits?

A. MÉCANISME DE LA PERFORATION. — 1. *Processus ulcératif.* — Il paraît être presque toujours en cause, résultante complexe de plusieurs facteurs :

a. Le facteur mécanique paraît jouer un rôle important; l'augmentation de pression distend les parois et gêne d'une façon incontestable la circulation intestinale.

Les travaux de Kocher et Reichel de Zuntz et Tacke, de Enderlen et Hotz, les faits concernant la perméabilité des parois intestinales dans l'occlusion le prouvent d'une façon suffisante.

b. L'*infection* va faire le reste d'autant plus facilement qu'il se produit une exaltation considérable de la virulence microbienne dans la cavité close constituée (De Klecki).

Comment se succèdent les phénomènes. — *a.* Dans un très grand nombre de faits la nécrose d'origine vasculaire paraît être le phénomène initial. La pression exagérée exercée sur la paroi intestinale y entraîne la stase veineuse (Kocher) des hémorragies sous et intra-muqueuses et enfin la nécrose épithéliale; dans un second temps, si l'on peut ainsi s'exprimer, la partie nécrosée deviendra la proie des microbes. C'est l'ancienne théorie de Kocher soutenue d'abord par Meidner, puis par Yosaï Shimodaira; c'est à cette opinion que se range Leotta. C'est également à la théorie de la nécrose par lésions vasculaires qu'aboutit plus récemment Guillaume à la suite de ses observations histologiques.

b. Mais nous croyons également possible la lésion toxi-infectieuse primitive de la paroi intestinale. Schwob, dans sa thèse se rallie à cette explication; Sauer, Kaufmann et Ribber considèrent les lésions signalées par Yosaï Shimodaire comme des ulcères infectieux par entérite microbienne et toxique déterminée par la stagnation fécale.

Ce processus toxi-infectieux nous paraît être singulièrement facilité par la production d'une porte d'entrée au niveau de la muqueuse.

Le rôle de fécalome est à ce point de vue bien connu et Albers ne manque pas de signaler dans son étude sur la typhlite stercorale. Nothnagel, Von Berck et Jäger, interprétant à leur tour les faits de Yosaï Shimodaïra avaient pensé aussi à un processus nécrotique provoqué par les matières durcies. Mais peut-être, ne s'agissait-il pour eux que de nécrose ischémique résultant de la compression directe exercée sur la paroi intestinale.

La présence de corps étrangers durs dans la cavité intestinale, ne nous paraît pas plus négligeable. Neuf observations font mention de ces corps étrangers qui sont parfois accumulés en quantités considérables : plusieurs centaines de noyaux de cerises dans le cas rapporté par Cruveilhier (1) (617 exactement) et dans le cas que nous avons observé nous-mêmes.

Nous pensons enfin que l'abus des purgations a pu faciliter singulièrement l'apparition du processus ulcératif. Cinq fois, nous avons vu signaler une médication purgative un peu trop généreuse. Au malade de Béraud (2) il fut prescrit en huit jours :

5 purgatifs drastiques énergiques,
30 grammes d'huile de ricin,
5 grammes de calomel,
17 lavements dont plusieurs purgatifs.

Le malade demanda grâce avant de mourir.

La thérapeutique est heureusement de nos jours plus modeste.

2. *La rupture purement mécanique peut-elle se produire.* — Les raisons nombreuses que nous avons énumérées plus haut, nous autorisent, pensons-nous, à affirmer que le facteur mécanique peut tout au moins devenir prépondérant. Cela paraît être à la vérité, très rare : nous n'en avons trouvé que 6 cas dans la littérature :

Heschl	2 cas
Gandy et Bufnoir	1 —
Luys	1 —
Markham	1 —
Morris	1 —

Nous ne croyons pas pouvoir y joindre notre observation personnelle où l'augmentation de pression par le lavement bismuthé ne fit sans doute qu'agrandir une perforation préexistante, aveuglée par le grand épiploon.

Rappelons toutefois que Guillaume ne semble admettre pour sa part en aucun cas cette interprétation pathogénique : il pense que probablement une plaque de sphacèle limitée, secondaire à une lésion vasculaire locale, prépare toujours la perforation. Il est difficile d'apporter des preuves décisives et de vouloir fixer en formules rigides le rapport des facteurs qui se nuancent diversement suivant les cas observés.

B. LE SIÈGE DE LA PERFORATION. — 1. *Comment expliquer son siège de prédilection sur le cæcum.* — *a.* Nous devons tout d'abord, rappeler que le cæcum paraît être la portion la moins résistante du gros intestin; Silbermark en donne une explication anatomique; pour cet auteur, les fibres musculaires circulaires sont plus clairsemées au niveau du cæcum qu'au niveau des autres points du côlon; de plus, l'absence de méso permettrait une distension beaucoup plus facile.

Henle fait d'autre part, remarquer la diminution progressive d'épaisseur de la paroi intestinale depuis le rectum (3 à 4 millimètres). Jusqu'au cæcum (1 millimètre à 1mm5) (ces derniers chiffres nous paraissent trop faibles). Ajoutons que la disposition du cæcum en cul-de-sac déclivé (grâce à la fermeture très souvent) (hermétique de la valvule de Bauhin) ne peut que favoriser sa distension.

b. Anschütz ne méconnaît pas absolument la valeur de ces arguments anatomiques; il s'appuie même en partie sur eux en soutenant sa théorie physique. Le fait capital pour lui, ce n'est pas la fai-

(1) CRUVEILHIER. Observation rapportée par HAUSSMANN. *Th. de Paris*, 1882.
(2) BÉRAUD. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1847.

blesse des parois; c'est le plus grand calibre du cæcum et sa plus grande surface pour une même longueur de côlon. La pression par unité de surface étant le même en tout point dans le système clos compris entre le rétrécissement et la valvule de Bauhin, la force de pression (pression X surface) supportée par le cæcum sera relativement beaucoup plus considérable d'où distension en ce point.

Anschütz illustre son raisonnement d'expériences très simples : fixant deux ballons de parois extensibles identiques, mais de calibre et de surface différentes aux branches d'un insufflateur en T, il constate que seul le gros ballon, se laisse distendre.

Poursuivant des expériences analogues chez l'homme, il insuffle le gros intestin par l'S iliaque et reproduit la distension élective du cæcum maintes fois observée en clinique [Bouveret (1)].

Comme conclusion nous pouvons dire :

Que le cæcum est le point le moins résistant du gros intestin.

Que le facteur mécanique prédominant à ce niveau y entraîne électivement les lésions vasculaires qui préparent la voie à la nécrose et à la perforation.

2. *Comment expliquer son siège assez fréquent sur le grêle.* — Une des causes favorisantes paraît être la faible distance séparant le point colique rétréci de la terminaison du grêle.

Mais nous pensons qu'un des principaux facteurs est l'insuffisance possible de la valvule iléo-cæcale. Il ressort en effet des expériences d'Anschütz que si le plus souvent, le cæcum éclate avant que la valvule cède, cette dernière permet parfois le reflux facile du contenu colique dans l'iléon. On conçoit, alors, que la mince paroi du grêle n'offre qu'une résistance assez faible au processus ulcératif.

Traitement chirurgical. — Nous devons avant tout insister sur l'importance du traitement prophylactique. Les crises de constipation constituent un signal d'alarme que l'on doit savoir ne pas négliger; et le clinicien assume une lourde responsabilité, qui attend l'occlusion confirmée pour livrer au chirurgien un malade stercorémique et cachectique.

Rappelons-nous qu'à ce moment l'opération la plus simple et la plus rapide devient dangereuse.

Rappelons-nous aussi qu'une dramatique complication, la perforation diastatique, peut survenir, simulant à tel point l'occlusion chez un constipé chronique, que nous n'en saurons pas faire le diagnostic dans la majorité des cas.

La perforation constituée, le traitement sera à peu près illusoire, surtout en cas d'inondation fécale de la grande cavité péritonéale.

La conduite la plus rationnelle et la plus rapide en pareil cas nous paraît être la suivante :

Abouchement de l'anse perforée à la peau (anus simple ou en canon de fusil si on a été obligé de faire une résection intestinale).

Mickulicz pour réaliser, après nettoyage du péritoine, un drainage aussi parfait que possible.

Kreuter (2) eut recours à des manœuvres plus compliquées pour deux malades chez qui les perforations n'avaient pas été suffisantes pour produire l'inondation péritonéale :

Evacuation au dehors et aussi aseptiquement que possible du contenu intestinal par :

Ponction cæcale au trocart dans un cas,

Large incision dans l'autre.

Suture et enfouissement du point de ponction ou de l'incision.

Suture et enfouissement de la perforation.

Drainage du cæcum avec une sonde de caoutchouc enfouie à la Witzel; puis séante tenante :

Résection du néo et rétablissement de la continuité intestinale par suture latéro-latérale.

Guérison dans les deux cas.

Nous pensons que Kreuter dut surtout ses succès à la précaution qu'il prit d'évacuer d'abord le contenu intestinal, dont la toxicité peut être une des causes de la mort après l'intervention.

Okinczyc, et à Toulouse, mon camarade Baillat à la suite d'une intervention d'urgence ont insisté sur ce point.

Nous pensons personnellement que l'évacuation à l'aspirateur électrique du contenu intestinal, pratiquée, avant l'abouchement de l'intestin à la peau, par l'orifice de perforation lui-même, est susceptible, quand elle est possible, d'augmenter les chances de survie.

Mais nous croyons qu'il est sage de ne pas trop espérer de cette chirurgie si peu brillante et combien décevante dans la plupart des cas.

(1) Bouveret. Dilatation du cæcum dans les occlusions du gros intestin, *Lyon méd.*, 1887; *Bull. méd.*, 1890.

(2) Kreuter. Sur la perforation du cæcum dans l'occlusion basse du gros intestin, *Zentralbl f. Chir.*, 1919.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux. — Anschütz (W.). Sur la marche de l'iléus dans le carcinome de l'intestin et le météorisme local du cæcum dans l'occlusion basse du gros intestin, *Arch. f. klin. Chir.*, 1902.

Baillat (G.). Les squirrhes de l'intestin grêle, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, mars 1924.

Bovis (de). Le cancer du gros intestin, *Revue de chir.*, 1900.

Bouveret. Dilatation du cæcum dans les occlusions du gros intestin, *Lyon méd.*, 1887; — *Bull. méd.*, 1890.

Combes. *Th. de Toulouse*, 1897.

Duval. Pathologie du gros intestin, *Précis de pathologie chirurgicale des 9 agrégés.*

Girault. *Th, de Paris*, 1914.

Guillaume. *Les Occlusions aiguës et subaiguës (clinique, expérimentation, thérapeutique)*, 1922, 1 vol., Masson. — *Les colotyphlites et le syndrome iliaque droit*, 1924, 1 vol., G. Doin.

Haussmann. *Th. de Paris*, 1882.

Heschl. *Wiener med. Woch.*, 3 janv. 1880.

Héritier. *Th. de Lyon*, 1898-1899.

Jean (G.). Ruptures recto-coliques produites par l'air comprimé, *Presse méd.*, 24 août 1921.

Joltrain, Baufle et Coope. Essai de la mesure de pression du gros intestin, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1919-1920.

Kraft. Gangrène et perforation du cæcum dans les cas de cancer de l'S iliaque, *Biblioth. f. Loeger*, 1903, 8 R, t. IV, p. 93-112.

Kreuter. Ueber Perforation der cæcum bei tefem Dickdarmverschlusz, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1919.

Leotta. Ulcère simple du jéjuno-iléon, *Arch. ital. de chir.*, 1919.

Mériel. *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet et Schwartz; — *Affections chirurgicales du gros intestin*, 1924, 1 vol.

Okinczyc. Rapport à la *Soc. de chir.*, 1920; — *Le Cancer de l'intestin*, 1922, 1 vol., Bibliothèque du cancer.

Patel. Du segment intestinal sus-jacent à une sténose intestinale, *Revue de chir.*, 1902.

Quénu. Des ruptures spontanées du rectum, *Revue de chir.*, 1882.

Schwob. *Th. de Paris*, 1898.

SCHÖNLEB . Zur Frage wie Berstungsrupturen des Darmes ntsteh ER *Beit. z. klin. Chir.*, Tübing 1920-1921, t. CXXI, e] ;en,
TRÉSORET. *Thèse*, 1880.
THIBERCE. *Thèse*, 1884.
YOSAÏ SHIMODAIRA, cité par Leotta. *Mitt. aus der Crenz. d. Med. und Chir.*, Bd XII.

Observations. — N° 1. ALBARRAN et LAVILLAUROY. *Soc. anat.*, janv. 1898, — *Thèse* Schwob, Paris 1898.
N° 2. Th. ANGER. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1872.
Nos 3, 4, 5. ANSCHÜTZ. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902.
N° 6. BARON, 1836. Rapportée par Guillaume dans *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit.*
N° 7. BÉRAUD. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1847.
N° 8. MÉRIEL et BERTRAND. Inédite.
N° 9. CHAVANNE. Rapportée par de Bovis. Le cancer du gros intestin, *Revue de chir.*, 1900.
N° 10. CORBIN. *Arch. gén. de méd.*, 1831.
N° 11. CRUVEILHIER. In *Thèse* Haussmann. Femme de cinquante-huit ans, *Grand ouvrage*, XXVI, liv.
N° 12. FLEUR. Femme de quarante ans, *Th. de Paris*, 1879.
N° 13. GANDY et BUFNOIR. *Bull. et mém, de la Soc. anat. de Paris*, 1899.
N° 14. GOGUÉ. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1844.
N° 15. GOODHART. In *Thèse* Haussmann. Homme de vingt-sept ans, *Brit. med. Journ.*, 1879, t. II, p. 485.
N° 16. GÖPPER. Rapportée par de Bovis. Le cancer du gros intestin, *Revue de chir.*, 1900.
N° 17. GUILLAUME. *Les Occlusions aiguës et subaiguës du gros intestin*, 1 vol., Masson, Paris 1922, p. 11.
N° 18. HAYDEN. In *Thèse* Haussmann. Homme de trente-neuf ans, *Dublin Quaterly Journ.*, 1869, t. XLVII.
Nos 19 et 20. HESCHL. *Wiener med. Woch.*, 3 janv. 1880.
N° 21. HOLMER. In *Thèse* Haussmann. Homme de cinquante-trois ans, *Nord. med. Arkiv.*, 1874, et *Zeit. f. Chir.*, 1875.
N° 22. JACOMET. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1898.
Nos 23 et 24. KREUTER. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1919.
N° 25. LABEY. Rapportée par Schwob. *Th. de Paris*, 1898.
N° 26. LÉPINE. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, janv. 1870.
N° 27. LETULLE. Rapportée par Schwob. *Th. de Paris*, 1898.
N° 28. LUKE et GIBBON. In *Thèse* Haussmann. Homme de soixante ans, *Med. Times and Gaz.*, 1856, t. II, p. 620.
N° 29. LUYS. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1899.
N° 30. MACKENSIE. In *Thèse* Haussmann. Femme de trente-sept ans, *Brit. med. Journ.*, 1879, t. I, p. 805.
N° 31. MALEIX. *Thèse*, 1912. Cité par Guillaume dans *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit.*
N° 32. MARKHAM. Cité in *Thèse* Haussmann, Paris 1882. Femme de soixante-trois ans, *Trans. of path. Soc.*, 1858, p. 213.
N° 33. MARSCHALL. In *Thèse* Haussmann. *Med. Times and Gaz.*, 1880, t. II, p. 433.
N° 34. MONDOR (*Th. de Paris*, 1915?). Citée par Guillaume dans *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit.*
N° 35. MORRIS. Citée par Hausmann, *Th. de Paris*, 1882. Femme de cinquante ans, *Brit. med. Journ.*, 1879, t. I, p. 814.
N° 36. OKINCZYC. Cité par Mériel dans *Affections chirurgicales du gros intestin*, 1924; — *Grand Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet et Schwartz.
N° 37. PART. In *Thèse* Haussmann. Homme de cinquante-deux ans, *Trans. of path. Soc.*, 1857, p. 196.
N° 38. PYE SCHMITH. In *Thèse* Haussmann. Femme de trente-huit ans, *Brit. med. Journ.*, 1879, t. I, p. 806.
N° 39. RAIMBERT. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1837.
N° 40. RÉNON et BLAMOUTIER. Citée par Guillaume dans *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit.*
N° 41. SINCLAIR. In *Thèse* Haussmann. Femme de quarante-neuf ans, *Lancet*, 1880, t. I, p. 541.
N° 42. STRETCH DOWSE. In *Thèse* Haussmann. Femme de cinquante-trois ans, *Trans. of path. Soc.*, 1873, p. 97.
N° 43. THURNAM. In *Thèse* Haussmann. Femme de soixante-huit ans, *Trans. of path. Soc.*, 1848, p. 264.
N° 44. WITTELSHÖFFER. In *Thèse* Haussmann. Homme, *Wiener med. Woch.*, 1881, p. 185.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1924)

Contribution à l'étude des boues activées. — M. Lucien CAVEL.

Mécanisme respiratoire et traitement des symptômes graves de l'aérophagie. — M. G. LEVEN.

Charbon « interne » chez les animaux « porteurs de spores charbonneuses. — M. G. SANARELLI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1924)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Jaroslav Hlava, professeur à l'Université de Prague, membre correspondant étranger de l'Académie, rappelle ses nombreux travaux, son amitié pour la France où il avait commencé ses études médicales et adresse à nos confrères de Tchéco-Slovaquie l'expression de la douloureuse sympathie de l'Académie.

M. CAMUS, au nom de M. Poussier, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, offre à l'Académie de médecine, pour son musée de la vaccine, une collection de mémoires, circulaires, certificats, diplômes de récompenses, relative aux origines de la vaccine et spécialement aux débuts de la vaccine dans le département de la Seine-Inférieure.

Commission des sérums. — M. NETTER lit un rapport au nom de cette commission. Il conclut en proposant à l'Académie d'émettre le vœu que les pouvoirs publics apportent certaines modifications à la loi de 1895 sur les sérums.

M. BAZY appuie cette proposition qui est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Emploi des rayons X (radiothérapie profonde) pour la stérilisation des kystes hydatiques. — M. ARCE (de Buenos-Aires) fait une intéressante communication sur ce sujet. Cette communication est suivie de projections absolument démonstratives de cette stérilisation des kystes hydatiques.

Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastriques ou jéjunaux et les indications thérapeutiques qui peuvent en résulter. — M. Pierre DUVAL montre le rôle important que joue l'infection au cours de l'évolution de ces ulcères. Il y a des ulcères microbiens et des ulcères amicrobiens. La conduite chirurgicale n'est pas du tout la même dans les deux cas. Il insiste sur les symptômes de cette infection : élévation de la température, parfois hématémèses, douleurs. Avant d'intervenir, il faut donc toujours rechercher chez ces malades les résultats des cultures microbiennes, s'ils sont positifs, il faut s'abstenir de toute intervention ou si celle-ci est commandée par des accidents graves, il faut faire de larges exérèses, afin de ne porter le bistouri qu'en tissu sain. L'agent de cette infection est le plus souvent le streptocoque, plus rarement le bacille de Koch. M. Duval cite un certain nombre d'exemples tirés de sa pratique personnelle et montre des projections sur lesquelles on voit disséminés ces agents d'infection.

Rachistovaïnisation et azotémie. — M. ABADIE (d'Oran) partisan depuis longtemps de la rachistovaïnisation comme moyen d'anesthésie a fini par lui reconnaître certains inconvénients sur les fonctions rénales et hépatiques et sur la tension artérielle.

Ayant fait la recherche de l'urée dans le sang, il a reconnu qu'après la stovaïnisation, il y avait toujours une augmentation du taux de l'urée dans le sang, augmentation pouvant aller jusqu'à 1 gramme. Il y a aussi de la polyurie, mais celle-ci peut être attribuée, en partie, à l'injection préalable de caféine, qu'il fait faire trois heures avant l'opération. Il ne nous souvient pas que M. Abadie ait constaté des troubles hépatiques attribuables à la stovaïne. Mais il a nettement

constaté un abaissement de la tension artérielle. Ces inconvénients sont-ils de nature à faire repousser la rachistovaïnisation ? M. Abadie ne le pense pas, considérant ces inconvénients comme moins graves que ceux des anesthésiques généraux.

Deux cas de greffes osseuses (homoplastiques et autoplastiques) après ablation d'un ostéosarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du radius. — M. Mauclaire. Dans un premier cas, le greffon homoplastique s'atrophia peu à peu et l'extrémité radiale greffée se réduisit à une simple baguette osseuse. Dans le deuxième cas, l'extrémité du péroné prise au malade lui-même, fut bien tolérée et le poignet fonctionne bien. Peut-être que la greffe homoplastique ne réussit bien que dans certaines races et pour certains organes.

Contracture des fléchisseurs de l'avant-bras. — M. Jeanne.

Les hernies graisseuses de l'orbite, traitement chirurgical. — M. Bourguet.

— L'Académie s'est formée en Comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lejars sur les titres des candidats à la place vacante dans la deuxième section (chirurgie et accouchements).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 31 octobre 1924)

Curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique. — M. Sézary, pour terminer la discussion qu'il a ouverte sur ce sujet, rappelle d'abord que, contrairement à l'opinion de M. Renaud, l'hémiplégie par artérite syphilitique existe et que son existence est prouvée par des faits histologiques et microbiologiques. D'autre part, il n'est pas douteux qu'un certain nombre de cas d'hémiplégie syphilitique sont rapidement et totalement guéris par un traitement spécifique, précoce et intensif. Si d'autres cas ont résisté, on peut se demander, par analogie avec les constatations faites par les ophtalmologistes à propos de la thrombose de l'artère centrale de la rétine, si la lésion vasculaire, avant d'être oblitérante, ne provoque pas un spasme et si ce n'est pas à ce stade seul, précurseur de la thrombose, que l'affection est accessible au traitement. Quoi qu'il en soit, M. Sézary s'élève contre le scepticisme de M. Renaud et conclut que le devoir du médecin est d'instituer un traitement spécifique suffisant dans tous les cas récents d'hémiplégie par artérite syphilitique.

Abcès du poumon guéri par l'émétine. — MM. Brulé et Hillemand ont observé, en octobre 1923, un cas analogue à celui qui vient d'être publié par MM. Emile-Weil et Lamy. Un jeune homme est pris brusquement d'un point de côté intense avec fièvre élevée ; trente-six heures après il fait une vomique et la radioscopie décèle un abcès de la base du poumon droit, indépendant du foie. L'état général est très grave, la température à 40 degrés.

Soupçonnant l'amibiase primitive du poumon, on pratique une injection de 8 centigrammes d'émétine et le soir même la température est tombée à 37 degrés.

Six injections d'émétine amènent une guérison rapide et complète.

Cependant l'enquête poursuivie au point de vue de l'amibiase est restée absolument négative. C'est donc systématiquement qu'il faut avoir recours au traitement par l'émétine, en présence d'un abcès primitif du poumon de nature indéterminée.

A propos de la communication de MM. Flandin et Tzanck. La transfusion du sang arsénobenzolé dans les grandes hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. — M. P. Emile-Weil rapporte un cas de fièvre typhoïde grave, au cours duquel il pratiqua pour une hémorragie intestinale importante, une transfusion citratée de 120 centimètres cubes qui fut suffisante pour arrêter la perte sanguine et empêcher sa reproduction. On ne saurait trop recommander cette intervention toujours utile et inoffensive.

Mais l'auteur, qui pratique par principe la stabilisation du sang, ne voit aucune raison pour adopter les arsénobenzols, quand le citrate de soude lui a donné toute satisfaction. Il se base sur une pratique de plus de 500 transfusions personnelles et sur celles de nombreux médecins qui ont publié des milliers de transfusions faites d'après les travaux de Hustin, Agote, Jeanbrau et Hédon.

Echec d'une vaccination non spécifique dans le syndrome parkinsonnien postencéphalitique. — M. Maurice Renaud a essayé de modifier l'évolution du syndrome parkinsonnien, en provoquant la stimulation des moyens de défense que l'organisme met en œuvre dans les processus d'immunisation. Fidèle au vaccin typhique qui lui paraît le meilleur agent de vaccination spécifique, il a fait à dix parkinsonniens de son service une série d'injections hebdomadaires de vaccin T. A. B. La vaccination a eu ses conséquences habituelles, mais son influence sur le syndrome, tant au point de vue de l'état général que des troubles nerveux a été nul.

M. Sicard n'a observé que des améliorations passagères par toutes les méthodes qu'il a tentées même par l'emploi du vaccin de Levaditi.

Radio-diagnostic lipiodolé de la thrombose artérielle. — MM. Sicard, de Gennes et Coste présentent des images radiographiques qui démontrent la possibilité de localiser une oblitération artérielle à l'aide du lipiodol. La technique est simple. Elle consiste à injecter très en amont de la thrombose, et directement en plein vaisseau artériel, 1 à 2 centimètres cubes de lipiodol à l'aide d'une aiguille ordinaire de ponction. L'arrêt de la substance iodée opaque dessine le niveau supérieur du caillot thrombosique, donnant ainsi au chirurgien des indications remarquables de précision pour l'acte opératoire, embolectomie ou amputation. Ce procédé n'est pas dangereux.

Le lipiodol injecté dans les vaisseaux, en dehors même de tout processus oblitérant, est parfaitement supporté tant au point de vue local que général. L'huile iodée, expérimentalement, sous contrôle radioscopique, gagne rapidement la grande circulation au travers les capillaires périphériques après injection artérielle, au travers des capillaires pulmonaires après injection veineuse, et cela sans incidents (Sicard et Forestier).

Le sujet allergique immunisé. Valeur de l'anatoxi-réaction au cours d'une enquête épidémiologique. — M. Ch. Zœller précise les rapports qui existent entre la réaction allergique et l'immunité au cours de l'immunisation antidiphtérique. La réaction de Schick et l'anatoxi-réaction permettent de définir quatre groupes de sujets : le sujet neuf, le sujet réceptif allergique, le sujet immunisé allergique, le sujet immunisé non-allergique.

Il étudie la disparition de l'hypersensibilité protéinique chez les sujets immunisés du groupe IV ; chez ces sujets, il est possible cinq fois sur six de faire réapparaître la réaction allergique par une simple inoculation sous-cutanée d'anatoxine; huit jours après cette inoculation ces sujets immunisés présentent à nouveau une anatoxi-réaction positive.

Chez le porteur de germes réceptif l'hypersensibilité protéinique est déclanchée et entretenue par un conflit occulte entre le microbe et le sujet qui l'héberge; l'allergie diphtérique s'entretient du dehors comme l'allergie tuberculinique s'entretient du dedans.

Chez le porteur de germes immunisé cette hypersensibilité tend à disparaître peu à peu ; l'immunité acquise ne lui laisse plus l'occasion d'entretenir par sa voie naturelle la réaction allergique.

Au cours d'une enquête épidémiologique, l'auteur pense avoir trouvé une nouvelle confirmation de la théorie de l'allergie diphtérique.

Plus l'atteinte épidémique est marquée, plus le nombre des sujets neufs (groupe I) diminue et plus les sujets allergiques (groupe I + groupe III) sont nombreux. Dans une atteinte récente c'est le groupe II qui est le plus dense; dans une atteinte moins récente c'est le groupe III qui se montre le plus riche.

Enfin, à toute poussée épidémique, manifestée par des atteintes morbides cliniques, correspond une poussée d'immunisation occulte, que matérialise à nos yeux la réaction de Schick et l'anatoxi-réaction.

Rôle de l'oblitération incomplète et du spasme dans la pathogénie de certaines hémiplégies. — MM. FOIX et HILLEMAND, à propos de la communication récente de MM. Sézary et Benda, et des faits analogues rapportés par M. Millian sur la curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique, apportent trois cas anatomo-cliniques de ramollissement par oblitération incomplète de l'artère nourricière du territoire ramolli. Il semble nécessaire de faire intervenir le spasme pour expliquer, en pareil cas, l'ictus hémiplégique. D'autres faits relèvent cependant avec vraisemblance de l'hypertension passagère comme l'a invoqué M. Clovis Vincent.

Déviation inverse de la tête et des yeux. — MM. Ch. FOIX et P. HILLEMAND rapportent trois cas de coma hémiplégique avec contracture précoce.

Les auteurs ont observé une déviation inverse de la tête et des yeux : la tête regardant les membres paralysés et les yeux, la lésion.

Dans deux cas, il s'agissait d'une hémorragie, dans le troisième d'un ramollissement, la lésion frappant à la fois le centre ovale et les radiations optiques.

Pour expliquer, d'une manière vraisemblable, ce phénomène, il faut considérer la déviation de la tête comme faisant partie de la contracture précoce, la déviation des yeux comme conditionnée par l'hémianopsie, conformément à l'opinion de M. Dufour et de M. Bard.

A propos d'un lait desséché non écrémé, intégral. — M. VARIOT insiste sur l'emploi d'un lait sec intégral avec lequel il n'a jamais constaté de scorbut. Mais il a observé les érythèmes cutanés papuleux sans gravité.

Présentation d'un acidimètre clinique. — M. Mathieu PIERRE-WEIL présente en son nom et au nom de MM. LÉVY-DARRAS et Ch.-O. GUILLAUMIN un « acidimètre clinique », appareil composé d'un tableau de huit teintes étalons, d'un réactif spécial, et d'un petit chromoscope.

La technique consiste à verser dans 10 centimètres cubes d'urine x gouttes de réactif et de comparer la teinte obtenue à celles du tableau. Cette méthode n'exige aucune connaissance théorique spéciale, elle n'est que le perfectionnement du classique huméral. L'urine, suivant sa réaction, donne avec l'indicateur une teinte, soit rouge, soit jaune, soit verte, qui, par le tableau, donne le degré de son acidité.

Cet appareil permet toutes les recherches sur l'acidité urinaire, soit extemporanées, soit en séries, les épreuves de physiologie pathologique, telles que élimination du bicarbonate de soude, de l'acide phosphorique, etc. qui, sans lui, resterait des procédés de laboratoire.

Il guide le praticien dans la thérapeutique alcalinisante ou acidifiante.

Il est donc doublement utile pour le diagnostic et le traitement indispensable pour les urologistes ainsi que pour la médecine générale.

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1924)

Signification pronostique de l'électrocardiogramme dans les insuffisances cardiaques. — M. G. ARRILLAGA insiste sur la valeur de l'électrocardiographie pour le pronostic des insuffisances cardiaques. Il étudie les modifications des différents sommets et leur signification, notamment dans les troubles de conduction au niveau des arborisations de Purkinge et au cours de l'angine de poitrine.

M. VAQUEZ confirme l'importance de l'électro-diagnostic.

M. CLERC partage la même opinion et cite à ce propos une observation très intéressante dans laquelle on pensait à des troubles nerveux et l'électrocardiographie a décelé un trouble grave myocardique.

Étude comparative des réactions du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale évoluant spontanément et dans les cas traités. — M. René TARGOWLA. Cette étude a porté sur la leucocytose, l'albuminose (dosage des protéines et réaction des globulines), la réaction de fixation dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, la réaction de l'élixir parégorique, la réaction du benjoin colloïdal. Chacune de ces réactions est susceptible de variations isolées, mais dans certaines limites seulement et telles que le syndrome humoral dans son ensemble conserve une intensité moyenne, qu'exprime avec une approximation suffisante la réaction du benjoin. On peut ainsi décrire, *grosso modo*, trois grands types du syndrome humoral : fort, moyen, atténué correspondant à des intensités différentes de l'encéphalite et se traduisant notamment par des différences évolutives : formes rapides, formes démentielles banales, formes à progression lente et rémissions.

Mais le processus inflammatoire n'est pas constant et ses fluctuations se traduisent par le passage de l'un à l'autre de ces types. Lorsqu'on soumet les malades au traitement spécifique, on observe des variations identiques, tantôt dans le sens d'une accentuation, tantôt dans le sens d'une atténuation.

Méningite à mélitocoques. Altérations importantes du liquide céphalo-rachidien ; hyperglycorachie hyperalbuminose. Guérison. — M. G. LEMAIRE (d'Alger) rapporte la première observation connue de méningite vraie au cours de la mélitococcie. Le microbe de Bruce a été isolé du liquide céphalo-rachidien; celui-ci présentait les altérations suivantes : Lympho : 180; urée : 0,265; glucose : 0,880; alb. : 1g20 et jusqu'à 5g60. La réaction méningée reproduit ici la mononucléose sanguine. Le diagnostic est particulièrement difficile lorsque les symptômes cérébro-spinaux sont les premiers phénomènes observés et que la courbe thermique ne donne, comme dans le cas présent, aucune indication. Il est nécessaire d'éliminer les autres affections donnant des réactions semblables ; la syphilis par exemple, par les réactions spécifiques. La tuberculose ne pourra être soupçonnée qu'après avoir pratiqué les séroréactions connues, et les recherches bactériologiques minutieuses.

Dans le cas présent, la réaction de Wright, positive dans le sang, orienta le diagnostic et les recherches. L'hyperglycorachie, dans les méningites bactériennes, traumatiques ou non, dépend de plusieurs facteurs, et correspond à un état d'équilibre momentané, plus ou moins stable, n'ayant rien d'absolu.

Injections de lipiodol dans l'arbre bronchique du poumon collabé par le pneumothorax artificiel. — MM. GIRAUD et DE REYNIER (de Leysin) présentent une série de radiographies qui montrent le passage du lipiodol dans l'arbre bronchique du poumon collabé par le pneumothorax. De leurs recherches les auteurs concluent que des embolies bronchiques sont possibles dans un poumon collabé et que la bilatéralité du pneumothorax est possible en présence de lésions bilatérales.

La cholestérinémie des diabétiques. — MM. LABBÉ et HEITZ ont constaté de l'hypercholestérinémie chez les diabétiques. La moyenne est de 2g82.

Action de l'insuline sur l'hypercholestérinémie des diabétiques. — MM. LABBÉ, TAMALET et NEPVEU montrent que l'insuline fait baisser l'hypercholestérinémie des diabétiques. La cholestérine tombe à un chiffre normal, alors que la glycémie bien que s'abaissant, reste toujours au-dessus du chiffre normal.

M. CHABROL rappelle que dans un cas, il a trouvé, au cours d'un diabète grave, jusqu'à 5 grammes de cholestérine dans le sang.

M. RIST, à propos des rapports entre la tubercuculose et le diabète, considère que les médications à base de cholestérine ne sont pas un antidote de la tuberculose.

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1924)

La paralysie générale. Critérium humoral rachidien. Discussion thérapeutique. — MM. SICARD et HAGUENAU ont étudié une nouvelle réaction du liquide rachidien vis-à-vis de l'or colloïdal qui permet de discriminer les cas de paralysie générale de ceux de syphilis cérébrale. Ils passent en revue les divers traitements appliqués à la maladie de Bayle (tryparsamide, inoculation malarienne) et concluent que les médications novarsénicales ou bismuthées associées aux pyrétogènes (nucléinate de soude, collobiase d'or, propidon, choc hémoclasique sérique) sont parmi les thérapeutiques, les plus

favorables, non pour guérir la paralysie générale vraie, qui reste incurable, mais pour prolonger et fixer, dans la mesure du possible, son processus évolutif.

Recherches sur le traitement spécifique de la paralysie générale et en particulier sur l'action du stovarsol. — MM. Sézary et Barbé apportent le résultat des recherches qu'ils poursuivent depuis plus de trois ans sur le traitement de la paralysie générale (129 malades avec 848 ponctions lombaires). Après avoir vérifié que les arsénobenzènes et le bismuth, en injections sous-cutanées répétées, ne donnent avec quelques améliorations momentanées que des résultats peu encourageants, ils ont cherché à provoquer la fixation de ces médicaments sur les cellules nerveuses en leur adjoignant des substances capables de produire un choc (sérum animal, nucléinate de soude) ou douées d'une affinité pour le système nerveux (cérébrocrinol, huile camphrée, gardénal, pyramidon) ; les résultats n'ont pas été meilleurs.

En employant l'arsenic pentavalent sous forme de stovarsol, ils ont obtenu au contraire des arrêts de l'évolution, une atténuation ou une amélioration des symptômes avec une fréquence et une intensité inconnues avec les autres méthodes. Vingt-trois paralytiques généraux internés à Bicêtre ont reçu trois fois par semaine une injection intraveineuse de 1g50 de stovarsol jusqu'à concurrence de 22 grammes par série et chacun d'eux a reçu plusieurs séries. Cinq de ces malades ont été simplement prolongés, onze sont très améliorés, quatre ont actuellement l'apparence de sujets normaux. Cependant, parmi leurs réactions biologiques, seule la leucocytose a diminué ; l'hyperalbuminose et la réaction de Bordet-Wassermann ne semblent pas influencées. Les auteurs se défendent de parler de guérison, mais ils ont obtenu avec le stovarsol et chez des malades arrivés à une période déjà avancée de leur affection des résultats qu'aucune autre méthode chimiothérapique n'est capable de donner.

Traitement du xanthome diabétique par l'insuline. — MM. Chauffard, Brodin et Yovanovitch. Dans un mémoire paru en 1910 sur la pathogénie du xanthélasma, MM. Chauffard et Laroche émettaient l'hypothèse que la xanthome des diabétiques devait reconnaître pour cause le même trouble du métabolisme des graisses dû, selon toute vraisemblance, à une insuffisance lipolitique d'origine pancréatique. L'observation rapportée par MM. A. Chauffard, P. Brodin et R. Yovanovitch apporte la vérification presque expérimentale de cette hypothèse. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, diabétique léger, atteint depuis plus d'un an d'un xanthome nodulaire typique occupant les coudes, les genoux, le cou-de-pied. L'examen du sérum sanguin a montré l'existence d'une hypercholestérinémie, fait déjà constaté dans plusieurs observations antérieures, mais aussi d'une hyperlécitinémie et surtout d'une augmentation encore plus considérable du taux des graisses neutres du sang. A la suite d'un traitement par l'insulyl Roussel pendant un mois et demi à une dose journalière d'environ 60 unités le xanthome a à peu près disparu en même temps que se produisaient des modifications considérables du chimisme sérique : la glycémie a été peu modifiée et a oscillé autour de 1g30 ; la cholestérine et la lécithine ont diminué dans la proportion des 3/4 ; les graisses neutres ont baissé dans la proportion des 9/10. L'insuline n'agit donc pas seulement sur le métabolisme des hydrates de carbone ; son action porte également sur le métabolisme des graisses, lipoïdes et graisses neutres surtout.

Xanthome. Diabète et syphilis. — MM. F. Rathery et Gournay rapportent l'histoire d'un malade atteint de diabète syphilitique et chez lequel évolua un xanthome typique. Le traitement antisyphilitique amena, en même temps qu'une augmentation considérable du coefficient d'assimilation hydrocarboné, la disparition complète de la lésion cutanée qui réapparut d'ailleurs en même temps que la glycosurie sous l'influence d'écarts de régime. En dehors de l'intérêt que présente cette affection relativement rare et de la coexistence non encore signalée jusqu'ici du xanthome et du diabète syphilitique, les auteurs voient dans cette observation un argument sérieux en faveur de la théorie qui place les troubles du métabolisme des graisses sous la dépendance des modifications de celui des hydrates de carbone.

Paralysie des nerfs craniens et syphilis. — MM. Babonneix et M. Levy présentent un malade atteint de paralysie des IIe, IIIe, IVe et VIe paires et de la branche ophtalmique de la Ve à gauche. Il existe aussi un peu d'exophtalmie du même côté. La cause de ces accidents semble devoir être recherchée moins dans une tumeur de l'orbite que dans une syphilis nerveuse. Ne constate-t-on pas un signe d'Argyll-Robertson bilatéral? La lésion ne peut qu'être basilaire, et siège, sans doute, juste en arrière de la fente sphénoïdale.

Gangrène et tuberculose pulmonaires. — MM. G. Caussade, A. Tardieu et G. Rosenthal rapportent deux observations dans lesquelles la gangrène et la tuberculose sont associées.

La première, qui comporte une véritable intrication des deux processus, se caractérise par l'évolution torpide, pendant plusieurs années, d'une phtisie pulmonaire bénigne ; le début soudain et dramatique d'une gangrène parenchymateuse maligne et hyperthermique, avec issue fatale au bout de douze jours. L'autopsie décèle, au poumon gauche, une caverne tuberculeuse typique du sommet et, à la base, une vaste spélunque ayant tous les caractères classiques des lésions gangréneuses. Cette excavation s'était produite par l'effondrement rapide d'un tissu pulmonaire tuberculeux, sous l'influence du processus gangréneux. Autour du sphacèle coexistent des lésions bacillaires à type broncho-pneumonique avec nodules tuberculeux (cellules géantes, zone épithélioïde, caséum et bacilles de Koch). Cliniquement, la gangrène prédominait et le diagnostic de tuberculose concomitante ne fut posé, pendant la vie, que grâce aux recherches bactériologiques.

La seconde se caractérise, au contraire, par la coexistence d'une gangrène de Lasègue (sphacèle superficiel des parois bronchiques) et d'une tuberculose méconnue. Evolution bénigne, depuis dix ans, du processus gangréneux bronchitique. Le diagnostic de tuberculose fut établi non seulement par les caractères morphologiques et la recherche de l'alcoolo et de l'acido-résistance ; mais encore par l'inoculation au cobaye qui fut positive.

Les observations de gangrène et tuberculose associées sont relativement rares et il est intéressant d'opposer ces deux variétés si différentes par leurs caractères évolutifs et leur pronostic.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 5 novembre 1924)

Plaie thoraco-abdominale. — M. Arce (de Buenos-Ayres) communique l'observation d'un homme qui, plus de vingt ans après avoir reçu une plaie thoraco-abdominale par balle, fut atteint de troubles digestifs. L'examen radioscopique montra une hernie diaphragmatique, avec deux poches gastriques, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du diaphragme. M. Arce intervint de la façon suivante : création d'abord d'un pneumothorax artificiel, puis laparotomie thoraco-abdominale, avec anesthésie rachidienne. La plèvre est ouverte, libération d'adhérences pulmonaires, libération de l'estomac et de l'épiploon au niveau de l'orifice diaphragmatique, réduction dans le ventre, fermeture de la petite incision péritonéale, nettoyage soigné, hémostase et réunion sans drainage. Guérison. M. Arce fait remarquer la longue distance, vingt-cinq ans, qui a séparé le traumatisme de l'apparition des troubles gastriques.

Dorsalisation de la VIIe cervicale. — M. Mouchet communique l'observation d'une femme de cinquante-deux ans que M. Foucault (de Poitiers) opéra d'un fibrome utérin. Survinrent des troubles de paralysie du membre supérieur droit, qu'on attribua à la pression des épaulières au cours de l'opération. Une radiographie montra des côtes cervicales et des apophyses transverses très hypertrophiées, surtout du côté droit, disparition rapide des accidents. Cette femme n'avait jamais souffert de ces altérations qui sont restées méconnues. Il ne reste qu'un peu de trouble dans la sphère du cubital.

M. Baumgartner se demande si ces troubles du cubital ne dépendent pas d'une pression directe du nerf dans la gouttière

épithrocléenne, comprimé entre le bord du lit et la cuisse de l'opérateur. Il y aurait donc eu coïncidence de cette compression avec les altérations osseuses préexistantes. M. Baumgartner rappelle avoir communiqué un exemple de cette compression directe du cubital.

Ostéosynthèse. — M. Thiéry prend part à la discussion ouverte sur ce sujet. C'est un véritable réquisitoire qu'il prononce contre l'ostéosynthèse. Il s'en déclare nettement l'adversaire et ne lui reconnaît que de très exceptionnelles indications, dans les cas où les appareils ne sont pas parvenus à assurer la consolidation, il préfère ce qu'il a appelé l'ostéodèse, procédé qu'il a lui-même préconisé et qui consiste à assurer la coaptation à l'aide de fils métalliques.

Comme expert devant les tribunaux pour les accidents du travail, M. Thiéry a eu l'occasion de voir beaucoup de fractures traitées par l'ostéosynthèse. D'après les 35 cas de ce genre qu'il a récemment expertisés, il compte 20 mauvais résultats, 9 médiocres et 6 bons. Ces cas, pour la plupart, traités par les appareils auraient certainement fourni de meilleurs résultats.

M. Dujarier annonce que son interne Larget va publier 100 résultats éloignés de l'ostéosynthèse. On verra, d'après ces résultats, combien est exagérée la critique de M. Thiéry.

M. Fredet partage l'avis de M. Dujarier, mais il fait observer que l'ostéosynthèse ne devrait être pratiquée que par des chirurgiens très habituées à cette méthode, assurés d'une parfaite asepsie et munis d'une complète instrumentation.

M. Hartman estime qu'on ne saurait juger des résultats de l'ostéosynthèse sur des accidents du travail; car ce sont, en général, les plus mauvais cas que l'on observe dans ces conditions.

MM. Wiart, Mouchet, Lapointe prennent part à la discussion pour se joindre aux critiques déjà formulées contre les statistiques de M. Thiéry.

Appareillage pour un amputé des deux jambes. — M. Duval présente un homme qui marche très bien sans canne, monte et descend les marches sans la moindre difficulté, cet homme a été amputé des deux cuisses et porte un appareil qui lui permet de marcher comme tout le monde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1924)

Rôle de la sécrétion d'adrénaline pendant l'hypoglycémie produite par l'insuline. — MM. Houssay, Lewis et Molinelli. Pendant l'hypoglycémie insulinique, les surrénales élaborent une sécrétion hypoglycémiante (probablement adrénaline) qui est sous la dépendance des nerfs splanchniques et qui est due à l'hypoglycémie.

Rôle de l'adrénaline sur la production de l'hypoglycémie produite par la morphine. — Les mêmes auteurs démontrent que la surrénale élabore une sécrétion glycémiante (adrénaline) pendant l'intoxication morphinique. La sécrétion glycémiante est libérée par l'action des nerfs splanchniques.

Modifications de l'électrocardiogramme après section du sympathique cervical gauche chez l'homme. — M. Arrillaga.

Les troubles du métabolisme azote chez les cancéreux. — MM. Labbé et Mouzaffer ont cherché les troubles du

métabolisme azoté (amino-aciduré, ammoniurie, excrétion exagérée d'azote, colloïdal, etc.) chez des cancéreux.

Dans les cancers situés en dehors du tube digestif, ils n'ont pas trouvé d'indices d'un trouble du métabolisme azoté.

Dans les néoplasmes digestifs, ils n'en ont trouvé qu'exceptionnellement.

Dans les néoplasmes du foie, ils en ont trouvé de constants et très accusés.

La recherche des indices d'insuffisance hépatique (urobilinurie, cholalurie, etc.) mettait en évidence, en même temps, des troubles fonctionnels du foie. On peut conclure de ces recherches que le cancer ne détermine pas à lui seul des troubles du métabolisme azoté et que ceux-ci, lorsqu'ils existent, sont généralement dus à des lésions ou troubles fonctionnels du foie.

Ainsi l'amino-acidurie conserve sa valeur comme indice d'insuffisance hépatique.

Procédé colorimétrique de dosage de la lécithine dans le sang. — M. A. GRIGAUT. La lécithine, après minéralisation par le mélange sulfo-nitrique et transformation du phosphore en acide orthophosphorique, est dosée colorimétriquement au moyen de la réaction céruléo-molybdique de Denigès. Ce procédé ne comprend dans ses chiffres que la « lécithine », c'est-à-dire la partie soluble dans l'éther des phosphatides du sang, à l'exclusion des phosphatides insolubles dans l'éther, analogues à la sphingomyéline, dont l'auteur a reconnu la présence dans le milieu sanguin. La lécithinémie ainsi comprise oscille normalement entre les chiffres de 1g70 et 1g90 par litre pour le sérum humain.

Les granulations oxydasiques des leucocytes de l'homme. — MM. Noël FIESSINGER et André JAMIN, après avoir repris les recherches de HOLLANDE, insistent sur le fait que la coloration des granulations leucocytaires par la benzidine, eau oxygénée, résulte non pas d'un phénomène de teinture, mais d'un véritable processus d'oxydation qui se passe dans la périphérie granulaire.

M. Ch. RICHET prononce l'éloge funèbre de Wertheimer, professeur à la Faculté de médecine de Lille, qui a étudié la circulation entéro-hépatiqae, montré qu'après section du bulbe, la respiration persiste dans certaines conditions, et écrit, pour le *Dictionnaire de physiologie*, un excellent article sur le bulbe.

Sur un spirochétidé d'une piscine. — M. E. ETCHEGOIN. Au cours de recherches que l'auteur poursuit avec le docteur A. PETTIT sur l'ictère hémorragique, il a fait des prélèvements d'eau et de boues dans une piscine d'une ville de France. Il a trouvé un spirochète morphologiquement identique au *spirochetides ictero hemorragiæ* et qui est agglutiné par lesérum de malades atteints de spirochétose ictérohémorragique.

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1924)

Production expérimentale de cavernes tuberculeuses chez le lapin. — MM. André PHILIBERT et François CORDEY ont produit des cavernes tuberculeuses géantes chez le lapin, d'une façon presque constante, en employant le procédé de l'injection intratrachéale et de la réinfection par la même voie, avec de grosses doses de 5 et 10 centigrammes de bacille tuberculeux.

La production de ces cavernes et des lésions destructives paraît corollaire de l'intensité de la dose, les doses plus minimes produisant des caséifications rapides sans perte de substance.

Les auteurs insistent sur la différence qu'il y a entre les lésions obtenues par cette double infection par la même voie et les lésions non caséeuses mais diffuses que l'on obtient lorsque le premier foyer tuberculeux est provoqué sous la peau. Ils montrent ainsi qu'il n'y a pas, lorsque l'infection et la réinfection arrivent par la même voie, de phénomène allergique chez le lapin et qu'il n'y a pas davantage vaccination mais plutôt prédisposition par la première infection.

Survie, structure, fonction d'une transplantation chez le coq féminisé. (Présentation de matériel.) — MM. PÉZARD et CARIDROIT.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIE. ÉLÈVE EN PHARMACIE

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. ABSENCE DE DIPLÔME

Les lois qui régissent l'exercice de la pharmacie prohibent la préparation et la vente des médicaments au poids médicinal à toutes personnes autres qne les pharmaciens. Si une tolérance nécessaire existe en ce qui concerne les élèves en pharmacie ou préparateurs, c'est à la condition qu'ils préparent et débitent les médicaments sous la surveillance des pharmaciens qui les ont agréés. Il est de jurisprudence constante que, lorsqu'ils ne sont l'objet, de la part des pharmaciens, que d'une surveillance insuffisante, la préparation et le débit des médicaments, dans ces conditions, constituent le délit d'exercice illégal de la pharmacie. Cette jurisprudence s'applique, à plus forte raison, au cas où le pharmacien-diplômé n'est qu'un prête-nom et où la pharmacie est exploitée par un élève en pharmacie non pourvu de diplôme. D'autre part, le pharmacien qui prête son nom à un préparateur ou à un élève en pharmacie non diplômé, afin de chercher à le soustraire à la pénalité que celui-ci encourrait en exerçant illégalement la profession de pharmacien est coupable de complicité, puisqu'en agissant ainsi, il l'a sciemment aidé dans les faits qui ont préparé, facilité et consommé le délit d'exercice illégal de la pharmacie.

Tels sont les principes de droit que rappelait dernièrement le tribunal correctionnel de Roanne, dans un jugement du 15 juin 1924, et dont il a fait application au cas suivant :

Depuis plusieurs années, et notamment en 1922 et 1923, X... avait géré illégalement une pharmacie sise à Roanne, n'ayant pas de diplôme de pharmacien et n'étant qu'un simple préparateur. C'est lui seul que voyaient les clients ; il tenait seul le registre des toxiques, et celui des copies d'ordonnances ne portait que de rares mentions de Z..., pharmacien diplômé ; si les bons de commandes de toxiques et de stupéfiants étaient signés par Z..., ils étaient toujours remis par X... au représentant des maisons de produits pharmaceutiques.

D'autre part, il a été établi que Z... pharmacien diplômé, ne venait jamais à la pharmacie et qu'il n'avait déposé son diplôme au visa de la sous-préfecture que le 10 juin 1923. Il n'avait mis son nom à la devanture de la pharmacie qu'à la suite d'une note administrative prescrivant à X... d'avoir à se mettre en règle avec les lois règlementant l'exercice de la pharmacie. Et on n'avait constaté l'assiduité de Z... qu'au cours de l'été 1923 après la remise de cette note.

Dès lors, la surveillance du pharmacien diplômé ne s'exerçait pas sur son préparateur.

Le tribunal a en conséquence fait application des articles 5 et 6 de la déclaration dn 25 avril 1777, 25 et 33 de la loi du 21 germinal an XI, 59 et suivants du Code pénal ; et a condamné X... et Z... ce dernier comme complice du délit d'exercice illégal de la pharmacie.

Le syndicat des pharmaciens de la Loire était intervenu. « Attendu, dit le jugement, que les faits incriminés constituent une atteinte au privilège de préparer et de vendre les médicaments qui appartient aux pharmaciens et par conséquent un acte de concurrence illicite qui donne nécessairement lieu à un préjudice dont réparation est due... » Le tribunal a alloué 100 francs à titre de dommages-intérêts.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Bismuth dans le traitement de la syphilis, par L. BRIN, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, et P. LEGRAIN, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. In-8 de 96 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations des médecins des hôpitaux. — Hôtel-Dieu : M. Comte; Hérold : M. Weil-Hallé; Broussais : M. Laubry; Ambroise Paré : M. Abrami; Saint-Antoine : M. Halbron; Charité : M. de Jong; Andral : M. Paisseau; Tenon : M. Lian; Broca : M. Lœderich; Sainte-Périne : M. Fiessinger; Les Ménages : M. Darré; Bicêtre : MM. Sézary et Monier-Vinard.

— Concours de l'internat. — *Erratum.* — Dans le numéro 96 du 29 novembre, au lieu de « séance du 27 novembre », lire « séance du 25 novembre ».

Séance du 27 novembre. — Questions données : « Causes, signes et traitement de l'œdème aigu du poumon. — Signes et diagnostic de la tuberculose rénale (néphrites exceptées). »

Mlle Hirsch (Madeleine), 16; MM. Ripert, 22; Grognot, 25; Tailhefer, 26; Tambareau, 25; Duruy, 26; Lenormant, 23; Fleury, 20; Mlle Schœller, 18.

Séance du 30 novembre. — Questions données : « Aspects cliniques des paralysies diphtériques. — Signes et diagnostic de la tuberculose de l'épididyme chez l'adulte. »

MM. Hesse, 17; Leroy (Roger), 21; Marmasse (Jean), 23; Guérin (Maurice), 16; Mlle Henry (Thérèse), 17; MM. Flahaut (Léon), 19; Diamantberger (Lucien), 28; Vonder-Horst, 22; Drouineau (Maurice), 27; Chomereau-Lamotte, 21.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Limoges. — Sont nommés membres du jury du concours qui doit s'ouvrir à l'hôpital Laënnec à Paris, le 8 décembre 1924, à 9 heures du matin, pour la désignation d'un médecin oto-rhino-laryngologiste des hospices de Limoges :

MM. les docteurs Dequidt, inspecteur général des services administratifs, président; Georges Laurens, médecin à l'hôpital Saint-Joseph, désigné par l'Académie de médecine; Sebileau, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière; Bourgeois, médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital Laënnec; Lemaître, médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital Saint-Louis; Thouvenet, médecin des hospices de Limoges et M. Perichon, vice-président de la Commission administrative des hospices de Limoges.

LES NOUVEAUX DOCTEURS « HONORIS CAUSA » DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — La séance solennelle de rentrée a eu lieu samedi à la Sorbonne, sous la présidence de M. Appell, recteur de l'Académie de Paris.

Au cours de la séance le diplôme et les insignes de docteur *honoris causa* ont été remis à M. Ramon y Cajal, professeur d'histologie et d'anatomie pathologique, directeur du laboratoire d'investigations biologiques à l'Université de Madrid, et à M. Almroth E. Wright, professeur de pathologie à l'Université de Londres.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Par décret du Président de la République en date du 27 novembre 1924, a été élevé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

A la dignité de grand'croix. — M. le professeur Bergonié (Jean-Alban), directeur du centre anticancéreux de Bordeaux. A, malgré sa parfaite connaissance des dangers de l'action prolongée des rayons X, consacré sa vie à la recherche de leurs propriétés et poursuivi inlassablement ses expériences avec la tenace volonté de faire bénéficier la science de découvertes dont il était la victime héroïque, avec l'espoir que l'humanité recueillerait les fruits de son sacrifice. Titres exceptionnels. Grand officier du 9 septembre 1923. (*J. O.*, 30 nov. 1924.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Après concours, M. Delotte a été proposé comme suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'Ecole de Limoges.

— M. Cumia a été proposé comme suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de Limoges.

— Rouen. — M. Guillouet, chef de clinique chirurgicale est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

GUERRE. — A la suite du concours de 1924, ont obtenu le titre de « spécialiste des hôpitaux militaires ».

Dermato-vénéréologie. — M. Giacardy, médecin-major de 2e classe, du 144e d'infanterie.

Urologie. — M. Augé, médecin-major de 1re classe, des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

M. Bernard, médecin-major de 2e classe, du 19e corps d'armée.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN ALSACE. — Dans sa séance du 27 novembre 1924, le Sénat a adopté un projet de loi portant ratification du décret introduisant dans les départements recouvrés les lois relatives à l'exercice de la médecine. En voici le texte :

« *Article unique.* — Est ratifié le décret du 5 juillet 1922 portant introduction dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle de la loi du 30 novembre 1892, modifiée par la loi du 14 avril 1910, relative à l'exercice de la médecine. »

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix et subventions attribués en 1924 (fin) :

Fonds de recherches scientifiques. — FONDATION GEGNER (4.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Gustave Dollfus, ancien président de la Société géologique de France, pour ses études de géologie stratigraphique, paléontologie et hygiène appliquée.

FONDS BOUCHARD (5.000 fr.). — L'annuité est attribuée au docteur Gabriel Bidou, membre de la Société des ingénieurs civils de France, pour sa Nouvelle méthode d'appareillage des impotents.

FONDATION LOUTREUIL. — Les subventions suivantes sont accordées :

15.000 fr. à M. Henri Piéron, professeur de physiologie des sensations au Collège de France, pour l'acquisition de matériel de laboratoire;

2.000 fr. au professeur Albert Henry et au chef de travaux Charles Leblois, pour poursuivre leurs recherches sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement d'affections cutanées parasitaires des animaux domestiques;

3.000 fr. à M. Gabriel Petit, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur l'obtention d'un sérum radio-actif;

2.000 fr. à M. Marcel Petit, chef de travaux à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour poursuivre ses recherches sur l'anatomie et la myologie comparée;

4.000 fr. à M. Gustave Moussu, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur la diarrhée chronique des bovidés et la cachexie osseuse des porcelets d'élevage;

2.000 fr. à M. François Maignon, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, pour ses recherches sur l'insuline et les éléments minéraux entrant dans la constitution des catalyseurs tissulaires d'origine animale et végétale;

2.000 fr. à M. Gabriel Marotel, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, pour continuer ses recherches sur deux maladies parasitaires des animaux domestiques;

4.000 fr. à M. Joseph Basset, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, pour terminer ses recherches sur la vaccination du charbon symptomatique et du charbon bactéridien;

2.000 fr. à M. L. Jung, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, pour poursuivre ses recherches sur le rôle de la salive des animaux domestiques;

2.000 fr. à MM. Girard, professeur, et Pons, chef de travaux à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse, pour leurs recherches sur les facteurs modificateurs de la croissance;

3.000 fr. à M. Albert Daille, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse, pour compléter ses recherches sur l'étiologie et la sérothérapie de la diarrhée épizootique des veaux nouveau-nés;

2.000 fr. à M. Clément Bressou, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse, pour commencer des recherches sur la planchnologie des mammifères, par la méthode des repas et des injections radio-opaques;

5.000 fr. à M. le docteur Jean Charcot, directeur du laboratoire de recherches maritimes de l'Ecole pratique des hautes études, pour la remise en état et l'achat de matériel, nécessités par l'étude géologique du fond des mers.

CENTENAIRE DE CHARCOT. — Nous avons déjà annoncé que la Société de neurologie de Paris a pris l'initiative de célébrer le Centenaire de Charcot. Un Comité d'organisation, dont nous avons donné la composition, a été constitué dans ce but.

Dans les premiers jours de juin 1925, des cérémonies commémoratives auront lieu à Paris, organisées par l'Académie de médecine, la Faculté de médecine, la Société de neurologie de Paris.

Les gouvernements étrangers seront représentés par des délégués, ainsi que les académies, les facultés et les sociétés savantes.

A la même époque, la Société de neurologie de Paris tiendra sa VIe Réunion neurologique internationale et fêtera le vingt-cinquième anniversaire de sa fondation. Ses travaux seront consacrés à la mémoire de Charcot.

D'ores et déjà, un grand nombre de neurologistes de tous les pays ont manifesté le désir d'apporter leur concours à la célébration du Centenaire de Charcot.

Le programme des cérémonies et des travaux sera adressé ultérieurement à ceux qui voudront bien annoncer leur participation à M. le docteur A. Souques, secrétaire général du Comité d'organisation du Centenaire de Charcot, 17, rue de l'Université, Paris (VIIe).

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — Le prochain dîner aura lieu samedi prochain, 6 décembre à 20 heures, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Danton, sous la présidence du docteur Robert Proust, chirurgien des hôpitaux.

Pour les inscriptions et tous renseignements s'adresser au docteur J. Forestier, secrétaire général, n° 12, rue d'Anjou, 8e.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle de la Société aura lieu le mardi 9 décembre 1924, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de MM. les ministres de l'Instruction publique, de l'Agriculture et de l'Hygiène, et de M. le professeur H. Vincent, médecin inspecteur général, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale de la Société aura lieu le mardi 16 décembre 1924, à 18 heures précises, au Cercle militaire.

Le banquet annuel aura lieu le mardi 16 décembre 1924, au Cercle militaire, à 19 h. 1/2, sous la présidence de M. le général Debeney, chef d'état-major général de l'armée.

La conférence mensuelle aura lieu le lundi 15 décembre 1924, à 21 heures, sur le sujet suivant : « La tuberculose et la guerre », par M. Sergent, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE. — Un Institut de bibliographie offrant les comptes rendus sur fiches classées par matières des travaux originaux parus dans les principales revues et dans les journaux médicaux du monde entier intéressant la technique médicale moderne vient de se fonder à Genève.

Les fiches sont réparties en trois groupes : biologie médicale, clinique, laboratoire. La publication a lieu en français, allemand, anglais et éventuellement en espagnol et italien.

S'adresser, pour renseignements, 26, rue de Candolle, à Genève.

ROLLET ET SON ŒUVRE

Par M. G. THIBIERGE,

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

[Dimanche 30 novembre 1924 a eu lieu à Lyon la commémoration du centenaire de Rollet.

Notre maître, M. G. Thibierge, qui présidait la cérémonie, a prononcé l'éloge du célèbre maître de l'Antiquaille.

Nous sommes heureux de pouvoir donner la partie essentielle de son beau discours qui est un magnifique exposé des progrès de la syphiligraphie au XIXe siècle.]

A la fin du XVe siècle, était apparue en Europe une singulière maladie, frappant tous les rangs de la société, tous les âges, atteignant les enfants dès avant leur naissance, se propageant sournoisement dans les familles, se transmettant, disait le peuple, par l'air et par la respiration des malades, elle déterminait des ulcères profonds, causait de hideuses mutilations. Chaque pays en rejetait la responsabilité sur ses voisins : les gens de France l'appelaient le mal napolitain, ceux d'Italie le mal français; tous auraient pu se mettre d'accord en l'appelant le mal du Nouveau Monde, car il semblait en être venu sur les caravelles de Christophe Colomb.

Tels les admirables artistes du Quattro Cento, les médecins d'alors, c'étaient Jean de Vigo, Fracastor, pour ne citer que les deux plus illustres, en ont décrit avec exactitude les phases, en ont dépeint les diverses manifestations; ils ont reconnu en elle une maladie nouvelle, que même sur les organes génitaux, habituellement exposés à ses atteintes, ils n'avaient encore jamais observée.

Leurs successeurs immédiats, abusés par la similitude du siège, ne surent bientôt plus la distinguer de deux maladies bien connues avant son apparition, l'ulcère vénérien et la blennorragie.

En moins de cinquante ans, la confusion fut réalisée, qu'il était réservé à Rollet de faire définitivement cesser.

Commencée en Angleterre par sir John Hunter et par Bell, la revision va se poursuivre en France au milieu du XIXe siècle.

Trois hommes personnifient cette dernière période de l'histoire de la syphiligraphie. Ricord, né en Amérique de parents marseillais, y apportera un tempérament ardent et une verve toute méridionale, plus d'activité que d'exactitude, mais il créera une agitation scientifique et, par ses erreurs même, par les objections qu'elles soulèveront, préparera la solution. Bassereau, esprit plus précis, observateur plus attentif, et surtout Rollet, tempérament plus calme, observateur d'une rare perspicacité, logicien dans l'âme, grâce à ces deux qualités si éminemment françaises, la clarté et la précision, feront la lumière définitive.

Ricord, jugeant insuffisante la simple observation des malades, avait eu recours à l'inoculation expérimentale de la sécrétion des diverses lésions ulcéreuses, méthode plus scientifique et plus précise en apparence et qui lui paraissait devoir conduire à des conclusions irréfutables. Par malheur, il ne sut pas discerner en quoi telle qu'il la pratiquait elle était insuffisante.

Lorsque, devenu chef d'une célèbre école médicale, l'Ecole de l'hôpital du Midi, il eut édifié sa doctrine, cette doctrine pouvait se résumer en deux propositions :

A. Une seule lésion est inoculable, c'est le chancre, accident initial de la syphilis.

B. Toutes les autres lésions ne sont pas des chancres, et, n'étant pas inoculables, ne sont pas contagieuses.

Bientôt cependant, son élève Bassereau, revenant à l'observation clinique, à l'idée féconde de remonter à la source où s'étaient infectés ses malades. Les confrontant avec ceux qui les ont contaminés, il reconnaît qu'il existe deux espèces différentes de chancres : l'un, inoculable indéfiniment, reste toujours à l'état de lésion locale et n'a aucun retentissement sur l'économie, n'est suivi d'aucun accident général ; l'autre, qui ne peut plus être inoculé au malade qui en est atteint, est suivi d'accidents généraux, il est la première manifestation de la syphilis (1).

La doctrine dualiste de Bassereau est encore en suspens au moment où Rollet entre à l'Antiquaille; elle est en suspens parce que Ricord ne s'y rallie qu'avec toutes sortes de réticences et en lui opposant des arguments qui, s'ils étaient valables, suffiraient à la faire rejeter.

A la même époque, une autre question, que Ricord croyait avoir définitivement résolue par ses inoculations, celle de la contagiosité des accidents secondaires, est l'objet de controverses acharnées. Elle s'est débattue dans les sociétés savantes; en 1852, elle a fait à l'Académie de médecine le sujet d'une discussion mémorable : Velpeau et plusieurs de ses collègues ont soutenu avec conviction et ténacité la thèse de la contagiosité, Ricord a été presque seul à la combattre ; depuis lors, les partisans de la contagiosité se font de plus en plus nombreux, mais ils sont pour la plupart mal préparés à la lutte, mal instruits des choses de la syphilis, ils opposent des arguments médiocres aux arguments plus médiocres encore, aux raisonnements erronés par quoi la combat le chirurgien de l'Hôpital du Midi.

Malgré l'âpreté de la lutte, Ricord est toujours le chef d'une puissante école ; ses élèves sont nombreux et la plupart soutiennent ardemment ses idées; sa renommée a dépassé le cercle de ses auditeurs; des voix innombrables l'ont répandue dans le monde entier; il a la poitrine constellée des décorations par quoi les princes et les diplomates de tout l'univers ont reconnu ses soins ; il les montre avec ostentation; tout Paris connaît et remarque son équipage et son cocher au chapeau largement galonné d'or; il habite, proche le Palais du Sénat, un somptueux hôtel construit sous la Régence, l'hôtel de Brancas ; les thuriféraires attitrés des célébrités de la politique et du théâtre vantent à l'envi son talent et son savoir ; c'est, dans la Société déjà brillante du Second Empire, une personnalité en vue,

Les internes qui, le 1er janvier 1855, avaient guetté, derrière les fenêtres grillées de l'Antiquaille, l'arrivée de Joseph Rollet, ne s'étaient certainement pas douté que leur nouveau chirurgien-major allait bientôt renverser la doctrine du chef de l'Ecole du Midi. Grand et fort, il est vrai, mais timide, avançant à son habitude les mains derrière le dos, la

(1) Ricord avait bien reconnu que, lorsqu'un chancre doit servir d'exorde à la syphilis, sa base s'indure et il cesse d'être inoculable, mais il soutenait, avant les recherches de Bassereau, que ce chancre avait commencé par avoir une base molle et par être inoculable et que ces caractères s'étaient modifiés au cinquième jour; le chancre qui devait devenir infectant n'était donc, dans la doctrine personnelle de Ricord, qu'une transformation du chancre initial, toujours identique à lui-même à son début.

démarche lente, l'air absorbé, et semblant plongé dans une incessante réflexion, il n'avait pas dû leur paraître l'homme d'une révolution, si pacifique fût-elle, appelé à se mesurer, tout robuste qu'il fût, avec un lutteur exubérant comme Ricord.

Il est intéressant de suivre, dans l'œuvre d'un savant, l'évolution de ses idées, comme de suivre l'évolution d'une technique ou d'une manière dans l'œuvre d'un artiste ou d'un littérateur.

La tâche est bien réduite avec Rollet. Dès qu'il eut réuni assez de faits pour avoir le droit d'émettre une opinion personnelle, il avait mis dans leur interprétation tant de logique et de bon sens que sa doctrine était constituée, pour ainsi dire définitive.

Rollet était un méditatif, c'était aussi un logicien et de la meilleure école, mais c'était d'abord un observateur attentif et clairvoyant. Il subordonnait les raisonnements aux faits, les théories à la clinique, passant sans cesse de la clinique aux théories, des théories à la clinique, il n'était satisfait que lorsqu'il n'y avait plus la moindre antinomie, la plus minime discordance entre la théorie et les faits.

Il ne lui suffisait pas d'avoir saisi la signification d'un fait, d'avoir fixé un point de doctrine, il recherchait encore si la signification de ce fait, si ce point de doctrine cadraient exactement avec ce qu'il avait déjà observé, avec toutes les notions déjà précisées, alors même qu'il n'y avait pas au premier abord de liaison apparente entre le fait nouveau et les lois précédemment établies.

Ainsi fait l'ingénieur qui calcule les éléments d'une construction, d'un pont métallique; il tient compte des pressions latérales aussi bien que des poussées verticales, du poids de toutes les parties constituantes et ne livre ses plans au technicien que lorsqu'il a la certitude que l'équilibre sera parfait, toutes les résistances suffisantes, toutes les charges exactement réparties.

Lorsque Ricord, commençant de reconnaître ses erreurs, expose avec force réserves et force objections la doctrine de la dualité chancreuse, il y a deux ans à peine que Rollet a pris possession de son service à l'Antiquaille, mais déjà l'expérience qu'il a acquise lui donne le droit de critiquer l'œuvre du maître parisien, déjà aussi il a saisi quelles étroites connexions relient l'une à l'autre les deux questions en suspens de la dualité des chancres et de la contagiosité des accidents secondaires.

Chargé d'analyser dans la *Gazette médicale de Paris* les *Leçons sur le chancre* que Alfred Fournier a rédigées sous la dictée de Ricord, Rollet fait à ce propos connaître les points essentiels de la doctrine qu'il professera. Il n'aura plus dans la suite qu'à développer et compléter ce premier exposé, à apporter les preuves de ses assertions et les expériences sur lesquelles elles reposent. Ses publications, leçons et mémoires originaux, communications aux sociétés médicales de Lyon, les thèses de ses élèves vont maintenant se succéder sans interruption, chacune d'elles apportera une pierre nouvelle à l'édifice, que dis-je, une pierre à chacun des piliers dont il se compose, car l'édifice s'élèvera dans toutes ses parties à la fois et parallèlement.

A grand renfort d'observations cliniques, Ricord soutenait que sur la bouche, les lèvres, et d'une façon générale sur l'extrémité céphalique, le chancre simple ne s'observe jamais, que tous les chancres s'y indurent et deviennent infectants. C'était donc que les chancres varient d'espèce et de nature, non pas en raison de leur origine, mais en raison de leur siège. Des prédispositions régionales commandent la nature d'un chancre, cela suffisait à tenir en échec la doctrine dualiste.

Par une singulière aberration de la part de qui avait tant inoculé, Ricord avait négligé de contrôler expérimentalement le fait qu'il avançait. Rollet tente l'expérience; il constate que, aussi bien qu'en toute autre région, le chancre simple se reproduit sur l'extrémité céphalique, ce que, du reste, Bassereau avait vu déjà. Bien mieux, il découvre dans un livre de Ricord des observations qui ont, à n'en pas douter, trait à des chancres simples des lèvres et dont leur auteur a perdu le souvenir.

Le chancre céphalique peut donc être un chancre simple, mais bien plus souvent c'est un chancre infectant.

Personne ne s'est encore avisé qu'il peut y avoir à la prédominance du chancre infectant sur cette extrémité une raison autre que la bizarre immunité vis-à-vis du chancre simple qu'admettait Ricord.

Rollet est le premier à faire cette remarque qu'elle s'explique de la façon la plus simple, par des raisons physiologiques. Le chancre infectant se transmet par contact direct ou indirect. Quelle est donc la région qui, chez l'adulte, a les contacts les plus fréquents, les plus habituels, les plus variés, les plus normaux, directs ou indirects, avec la bouche d'un individu ? C'est la bouche de ses semblables. Or, la bouche est, par prédilection, le siège des accidents secondaires de la syphilis; quelle qu'ait été la localisation du chancre initial, ces accidents sont sur les lèvres, la langue, les amygdales, d'une extrême fréquence. Donc, pour emprunter une formule chère aux mathématiciens, il faut et il suffit que les accidents secondaires soient contagieux pour que le chancre céphalique soit, le plus souvent, un chancre infectant.

Depuis longtemps, on avait reconnu que les nourrices, qui allaitent des enfants hérédosyphilitiques, voient souvent apparaître sur leur sein des ulcérations qu'on savait être suivies de syphilis graves. L'Ecole du Midi connaissait ces faits et n'en ignorait pas la fréquence : elle avait, pour en rendre compte, accumulé arguments sur arguments, suspicions sur suspicions, suspicions sur la moralité des nourrices, suspicions sur la crédulité ou l'ignorance des médecins qui les avaient soignées, et, continuant de nier la contagiosité des accidents secondaires, n'avait pu en fournir une explication vraisemblable. Rollet montre qu'ils sont dus, comme les chancres céphaliques, à la fréquence des accidents secondaires sur la bouche de l'enfant et aussi à cette raison physiologique que la bouche du nourrisson est l'organe qui a les rapports les plus normaux et les plus intimes avec le sein de sa nourrice.

Rollet avait vu plusieurs fois des ouvriers verriers atteints d'accidents primitifs de la lèvre, il établit que leur contamination est due à l'usage de la canne que, dans leur travail, les trois ouvriers d'une même équipe portent successivement à leur bouche, il avait reconnu que, lorsque ces faits se produisent, on trouve toujours des accidents secondaires sur la muqueuse buccale d'un des camarades de l'ouvrier infecté.

Voici maintenant une donnée chronologique, d'une importance capitale et d'une précision remarquable.

Les maladies virulentes, comme on disait au temps de Rollet, les maladies infectieuses comme

nous disons aujourd'hui, sont soumises à des lois qui les conditionnent dans le temps comme dans l'espace, qui régissent et les caractères de leurs symptômes et l'époque de leur apparition. Les agents qui les déterminent commencent sans doute à proliférer dès qu'ils pénètrent dans un organisme, mais ils n'ont pas tous la même activité. Certains, sitôt insérés dans les tissus, se multiplient avec une prodigieuse rapidité et, au bout de quelques heures, tels le bacille du charbon, ont déjà causé des lésions apparentes et une infection générale qui sera bientôt fatale. D'autres, comme le microbe de la rage, se développent lentement, sournoisement, cheminent pendant des jours ou des semaines dans les tissus avant que leur existence se révèle par des symptômes plus ou moins apparents. On dit que les maladies de cette dernière catégorie sont précédées d'une période d'incubation. Variable pour chacune d'elles, la période d'incubation est très habituellement fixe dans de certaines limites, elle est une de leurs caractéristiques les plus essentielles et sa durée fait pour ainsi dire partie du signalement de la maladie.

Ricord, dans ses expériences, avait toujours vu le chancre apparaître aussitôt après l'inoculation, aussi insistait-il sur l'absence d'incubation. Clerc avait bien remarqué que le chancre infectant est précédé d'une période d'incubation et Rinecker avait noté son existence dans ses expériences d'inoculation d'accidents secondaires. Ni l'un ni l'autre n'en avait indiqué la durée. Rollet, sans faire de nouvelles inoculations, simplement en utilisant celles de ses prédécesseurs, mais en les soumettant à une analyse précise, établit la constance de cette incubation et démontre qu'elle a une durée à peu près fixe, d'environ trois semaines, plus tard, il précisera qu'elle est de vingt-cinq jours en moyenne, avec des variations exceptionnelles de dix à trente-huit jours.

La précision qu'il apporte ici permet d'authentifier une série de faits expérimentaux et cliniques, inoculations de syphilides secondaires, chancre vaccinal, etc. dont les adversaires de la contagiosité contestent sans cesse la valeur : grâce à Rollet, les voilà devenus des arguments capitaux en faveur de cette doctrine contre laquelle on les dressait. Nous verrons plus tard quel rôle l'incubation du chancre infectant sera appelée à jouer en médecine légale.

A cette même époque, un doute planait encore sur les caractères et la nature de la lésion qui succède à l'inoculation expérimentale des accidents secondaires. Les uns y voyaient un chancre. Pour d'autres l'inoculation reproduisant toujours la lésion inoculée, c'était une ulcération à type secondaire. De ces divergences, les adversaires de la contagiosité tiraient argument. On pouvait croire que, seules, des inoculations pratiquées sur une large échelle résoudraient la question : déjà l'obstination de Ricord à nier la contagiosité n'en avait suscité que de trop nombreuses et d'ailleurs Rollet répugnait à les renouveler. Les expériences déjà publiées vont lui permettre de résoudre le point en discussion. Il lui suffit de les colliger, d'en relever toutes les particularités pour établir que toute la discussion ne repose que sur une question de mots et qu'en fait il s'agit toujours de chancres.

Donc, qu'elle ait été transmise par un chancre ou par un accident secondaire, la syphilis débute toujours par un accident identique, par un chancre : maladie à évolution réglée, à chronologie constante, elle obéit à des règles invariables et l'ordre de ses manifestations se déroule toujours identique.

Avant la discussion dans laquelle Gibert, au prix de nouvelles inoculations sur l'homme sain, arracha à Ricord son adhésion à la contagiosité des accidents secondaires, Rollet avait tranché définitivement la question par des arguments simples, mais non moins précis.

En même temps qu'il résolvait cette question, il avait singulièrement éclairé celle de la dualité chancreuse.

Il avait établi que la forme et la nature des chancres sont fonction non du terrain sur lequel ils se développent, mais du virus inoculé, et il avait établi aussi que leurs deux virus se révèlent différents par la différence de leur évolution.

De son temps, on ne pouvait prétendre à connaître la nature des virus. Pasteur n'en était encore qu'à ses premières études sur les fermentations. Il faudra attendre plus de trente ans pour que Ducrey mette en évidence le bacille du chancre simple, seize ans de plus pour que Schaudinn et Hoffmann parviennent à différencier le spirochète de la syphilis.

La tâche de Rollet n'était pourtant pas terminée.

Ricord avait constaté que, inoculé au malade lui-même, la sécrétion du chancre syphilitique induré produit deux fois sur cent une ulcération ayant tous les caractères du chancre simple. L'existence de ce « chancre mou des syphilitiques », comme il l'appelait, semblait démontrer que le virus du chancre infectant peut produire le chancre simple. Elle remettait en cause toute la doctrine dualiste.

Rollet n'était pas homme à laisser sans la résoudre une question à la fois aussi obscure et aussi capitale. Comme il l'a dit dans le discours où il rendit compte de son exercice à l'Antiquaille, pas une vérité, si humble qu'elle fût, n'est sortie de ses mains avant d'avoir perdu toute trace d'ombre, même la plus légère.

Or, il avait bien souvent vu voisiner la syphilis et diverses maladies : la blennorragie, la gale, et aussi la vaccine, cette association que Ricord continua si longtemps de nier.

Il avait souvent aussi vu voisiner le chancre simple et le chancre infectant, le chancre simple et les plaques muqueuses.

L'association ne pouvait-elle être plus intime, les deux virus ne pouvaient-ils pas se greffer l'un sur l'autre, évoluer tous deux sur un même point?

C'est à l'expérimentation qu'il va le demander, à une expérimentation raisonnée, rigoureuse, dont la précision ne le cédera en rien à l'expérimentation physiologique dont Claude Bernard commençait de faire connaître les lois.

S'étant tout d'abord assuré que la sécrétion d'un chancre syphilitique n'est pas inoculable au sujet qui en est porteur, il dépose à sa surface du pus de chancre simple; quelques jours plus tard, il l'inocule à nouveau et voit apparaître un chancre simple : c'est donc que le chancre initial a été transformé en une ulcération hybride à laquelle Rollet donne le nom de chancre mixte.

En possession de cette donnée précise, il se tient pour ainsi dire à l'affût des faits cliniques; mais il ne se contente pas d'attendre qu'ils se présentent à lui sous le forme qu'il a réalisée dans son expérience, il raisonne sur celle-ci, recherche toutes les manières dont peut se produire cette infection mixte, sous quelles formes elle peut se manifester, dans

quelles conditions, à quelles périodes de la syphilis. Il imagine — le mot n'est pas déplacé ici, quoique Rollet ne fût pas ce qu'on a coutume d'appeler un homme d'imagination — il imagine, dis-je, les modalités étiologiques du chancre mixte et voilà que ses prévisions se réalisent toutes en clinique, bien plus, il se découvre des observations dans les écrits de Carmichael, de Ricord, d'autres encore.

Quel qu'en soit le mode de production, le chancre mixte, en clinique, est toujours et invariablement la somme des deux chancres élémentaires qui le constituent : ces deux chancres conservent leur individualité, mais ils se pénètrent, pour ainsi dire, l'un l'autre. Pour démêler leur intrication, il faut une analyse précise des symptômes, il faut surtout s'appuyer sur l'évolution de la lésion et de ses particularités : le problème serait insoluble, si Rollet ne nous avait appris que le chancre infectant apparaît après une longue période d'incubation et ne nous avait fait connaître la durée de cette période.

La notion du chancre mixte venait à point nommé pour expliquer le chancre mou des syphilitiques, création expérimentale, pour expliquer aussi des faits cliniques dont l'anomalie semblait contredire les lois de l'évolution de la syphilis : ceux où les accidents secondaires succèdent à des ulcérations apparues aussitôt après la contagion, ceux aussi où ils se montrent après des chancres que des cliniciens autorisés ont déclaré n'être pas infectants.

Une notion qui explique toutes les énigmes, qui fait disparaître toutes les contradictions, qui éclaire des problèmes cliniques d'une désespérante obscurité, en même temps qu'elle met à néant toutes les objections soulevées contre une théorie d'une vérité évidente, est, au premier chef, une notion féconde.

Telle est la notion du chancre mixte, telle elle nous apparaît, maintenant surtout que les associations microbiennes se sont multipliées à l'infini et qu'elles forment depuis l'ère pastorienne un des chapitres les plus touffus de la pathologie.

Il n'en fut pas ainsi lorsque Rollet la fit connaître. D'aucuns cherchèrent à la couvrir de ridicule et affublèrent le chancre mixte du nom de chancre mulet. D'autres la méconnurent purement et simplement, la traitèrent de conception théorique sans réalité clinique. Certains, allant moins loin, déclarèrent le chancre mixte exceptionnel, son diagnostic impossible, en firent une sorte de curiosité pathologique sans importance pratique.

Admise d'abord par les élèves de Rollet, la notion du chancre mixte a fait peu à peu des adeptes dans les autres écoles : elle est aujourd'hui universellement acceptée. Depuis la dernière guerre, ce chancre est devenu d'une fréquence telle qu'il est entré dans les préoccupations diagnostiques de tous et qu'on a pris l'habitude de rechercher systématiquement si, derrière tout chancre, en apparence simple, ne se dissimule pas une infection mixte. Le chirurgien de l'Antiquaille ne pouvait espérer pour sa doctrine une confirmation plus éclatante.

La découverte du chancre mixte clôt le cycle des travaux nosologiques de Rollet. Dès lors, la démonstration définitive est donnée de la dualité chancreuse et, jusqu'à ce qu'intervienne la bactériologie, personne n'y ajoutera plus rien. Dès lors aussi, le cours de la syphilis se déroule dès ses premières phases avec la régularité qu'on a reconnue depuis longtemps à ses périodes plus tardives : elle a, dè son origine à sa terminaison, une allure nettement réglée, presque mathématiquement ordonnée : on peut, dès le moment de son apparition, prévoir sa marche, sa durée, et, si le nombre, la gravité de ses manifestations sont variables, étant fonction de contingences, de prédispositions individuelles, d'intoxications surajoutées, et surtout d'interventions thérapeutiques, on sait du moins dans quel ordre, parfois à quelles dates elles seront susceptibles d'apparaître. Plus peut-être qu'aucune maladie de l'homme, plus surtout que ses maladies chroniques, elle obéit à des lois précises comme tant d'autres infections que la médecine expérimentale permet de reproduire à volonté sur les animaux de laboratoire. En cela, elle occupe, dans les cadres de la pathologie humaine, une place à part.

Pour mettre la dernière main à ces lois de la nosologie, Rollet n'avait à sa disposition que l'observation clinique et la netteté de son jugement, et pourtant elles sont aussi rigoureuses que celles dont nous devons la démonstration à la médecine expérimentale, à la bactériologie, à la biochimie, toutes disciplines qu'on croit généralement plus exactes que la clinique.

Les incroyables découvertes que nous devons à ces sciences, les inestimables services qu'elles rendent chaque jour au diagnostic et à la thérapeutique ne donnent que plus de valeur aux travaux de ceux qui ont pu, avant elles, découvrir des lois pathologiques. Un clinicien éminent, le professeur Chauffard rappelait tout récemment en exposant à l'Académie de médecine l'œuvre de Sydenham ce que nous devons à nos devanciers : « A part de vaines théories, disait-il, rien n'est mort de la médecine de nos pères. Ils ont construit les assises solides de notre édifice scientifique, c'est à eux que nous devons nos méthodes d'examen clinique, prologue nécessaire et accompagnement obligé de la médecine de laboratoire ». A Rollet, les générations futures ne pourront même pas reprocher de vaines théories, il n'a fait connaître que des faits et ces faits seront toujours vrais.

Rollet était, je l'ai dit, un modeste : il craignait le bruit et, s'il avait conscience de l'exactitude et de la valeur de ses découvertes, s'il sut parfois, devant des dénis de justice par trop flagrants, réclamer, avec calme et modération d'ailleurs, jamais il ne chercha à en imposer et à forcer la renommée.

Les mémoires par quoi il fait connaître sa doctrine et qui sont les assises de la syphiligraphie moderne, portent des titres qui appellent à peine l'attention et ne font pas préjuger de leur importance : Etudes cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche; De la pluralité des maladies vénériennes; Recherches sur plusieurs maladies de la peau, réputées rares ou exotiques, qu'il convient de rapporter à la syphilis...

Ses idées sont exposées avec précision et clarté, dans un style très pur, sans emphase : ses conceptions si lumineuses et si solides sont présentées comme des déductions logiques, s'enchaînant naturellement. Pour un peu, on croirait que personne n'a jamais pensé autrement; il faut les lire attentivement pour en saisir la nouveauté.

Les plus belles œuvres et les plus durables ne sont pas toujours celles qui ont été annoncées avec le plus de fracas à leur origine. On est confondu quand on lit les notes modestes et courtes par lesquelles un Pasteur a fait connaître la plupart de ses découvertes.

Au milieu du XIXe siècle, Lyon ne possédait encore qu'une Ecole de médecine : malgré la richesse clinique de ses hôpitaux, malgré la valeur éminente des maîtres qui y enseignaient, les étudiants, tenus pour ainsi dire en tutelle par les trois antiques facultés auxquelles ils devaient aller demander la consécration doctorale, y étaient relativement peu nombreux. C'était l'âge des centralisations universitaires et de la plus stricte centralisation scientifique. On savait bien, mais parce que son élève Trousseau était devenu un des maîtres parisiens de la clinique qu'un médecin de Tours, Bretonneau, avait demêlé l'écheveau si compliqué des angines blanches et posé de lumineux principes de pathologie générale. On ne se doutait pas que, dès avant lui, Jean Hameau, un praticien de la Teste de Buch, aux confins des Landes, avait émis sur les maladies infectieuses des opinions qui étaient tout simplement géniales. Que d'autres encore on ignorait. On ne se serait pas avisé qu'un jeune chirurgien, ait pu, loin de Paris, renverser en quelques années la doctrine pourtant vacillante du chef célèbre de l'Ecole du Midi, et élever à sa place une doctrine désormais définitive et inébranlable.

La rapidité même avec laquelle il l'avait élevée pouvait prévenir contre elle. Entré à l'Antiquaille le 1er janvier 1855, il en avait dès 1858 exposé les grandes lignes, la même année, avaient paru ses premières recherches sur le chancre mixte ; en 1861, il avait parcouru le cycle complet. Le *Traité des maladies vénériennes*, publié en 1864, n'est que le développement et la mise au point définitive des idées et des doctrines qu'il a fixées depuis trois ans.

Arrêtons-nous un instant pour saluer au passage ce Traité. Ce n'est en faire un éloge ni banal ni excessif de dire que, après soixante ans, il n'a pas vieilli. Sa lecture est moins attachante, pour qui veut étudier la personnalité de Rollet, que celle des mémoires qui l'ont précédé et dans lesquels se révèle mieux la fraîcheur de la pensée du maître, l'ingéniosité de son esprit; mais on y sent toute la rigueur de sa logique; dans la critique à laquelle il soumet les faits, on y trouve à chaque page la trace de son observation personnelle, des descriptions précises. On y apprend à une source sûre la syphilis, ses diverses manifestations, on y apprend aussi à ne pas s'en laisser imposer par des apparences, à critiquer à son tour les faits qu'on observe chaque jour. Alors que tant d'autres livres plus récents sont périmés, que tant de publications médicales si vantées lorsqu'elles paraissent tombent rapidement dans l'oubli, le *Traité* de Rollet demeure l'expression la plus précise et la plus exacte de la syphiligraphie de tous les temps : il suffirait de le compléter par quelques notes, par des chapitres sur la bactériologie et la thérapeutique moderne pour qu'il paraisse écrit d'hier.

La doctrine de Rollet a fait ses preuves en clinique, elle a subi une autre épreuve, plus redoutable, celle de la médecine légale, pour laquelle une doctrine n'est valable que lorsqu'elle se présente avec une certitude presque mathématique. Avant Rollet, les médecins experts ne pouvaient pour ainsi dire jamais arriver à une vraisemblance. le plus souvent même à la moindre présomption sur le mode de contamination dans ces faits alors si fréquents de contamination des nourrices par des nourrissons hérédo-syphilitiques. Les tribunaux qui se hasardent si rarement à discuter les théories médicales, avaient été amenés à le faire à propos de certificats signés des plus illustres syphiligraphes de l'époque qui contestaient les contaminations au nom de la doctrine en honneur. La Cour d'appel de Paris avait écarté un de ces certificats avec des considérants, fort judicieux d'ailleurs, qui n'étaient guère tendres pour les doctrines médicales. L'opinion publique s'étaient émue des contradictions relevées entre certains jugements. Le Gouvernement lui-même intervint et c'est sur sa demande que l'Académie de médecine ouvrit sur la contagiosité des accidents secondaires la discussion de 1859 que Ricord termina en confessant son erreur.

Quelques mois après cette discussion, dans un travail d'une admirable clarté, Rollet déduit de sa doctrine les règles précises de l'expertise médico-légale en matière de syphilis et fournit aux experts les moyens non seulement de démêler la vérité dans le chaos d'assertions contradictoires et de dépositions obscures, mais encore de réfuter à l'occasion des affirmations catégoriques et d'apporter, simplement grâce à des dates soigneusement vérifiées, des conclusions formelles et irréfutables.

Quelle que fût la compétence de Rollet en matière d'hygiène et l'intérêt que présenta son enseignement lorsqu'il fut pourvu d'une chaire à votre Faculté, il est certain que le lustre qu'il a ajouté à celui de votre Corps professoral, le renom qu'il a mérité et que les années ne font qu'accroître, sont dus à ses travaux sur la syphilis.

A l'Antiquaille, s'étaient succédé des chirurgiens majors qui ne furent pas sans valeur. C'est seulement à partir de Rollet que cet hôpital devint un centre fécond de recherches. Par son labeur personnel, il en met en valeur les richesses cliniques. Par son exemple autant que par son enseignement, il dirige et entraîne à la recherche scientifique toute une série d'internes dont plusieurs sont devenus des maîtres à leur tour et ont fait l'honneur de votre Ecole et de votre Faculté.

Dans cette cohorte, un nom se détache, que je me plais à évoquer en ce jour, c'est celui de Charles Bouchard. Tel nous avons connu le professeur de Pathologie générale, calme, précis, réfléchi, pesant avec une logique rigoureuse les faits et les idées, tel était à vingt ans l'interne de Rollet à l'Antiquaille. Jamais peut-être chef et interne n'ont été mieux faits pour se comprendre. Le maître ne pouvait manquer de discerner ce que la science avait à attendre de son jeune ami; il l'initie à la pauvre médecine expérimentale d'alors en lui faisant pratiquer des inoculations de trichophytie, lui fait confier une mission d'études dans les centres pellagreux et est ainsi le promoteur de travaux qui déjà mettent en évidence le nom de Bouchard. Parvenu au faîte des dignités médicales, l'ancien disciple aimait à rappeler qu'il devait à son maître d'avoir commencé à voir clair dans les choses de la médecine.

Rollet a véritablement fondé une Ecole. Fidèle aux traditions de labeur, de précision dans l'observation qu'il a laissées, cette Ecole n'a jamais cessé d'accroître l'héritage du maître et de contribuer aux progrès de notre art, elle est devenue et demeurée égale aux plus célèbres. Lorsque, dans quelques années, elle aura émigré des hauteurs de Fourvières vers la vaste cité hospitalière qui réunira toutes les richesses et tous les enseignements cliniques de Lyon, s'il n'est plus possible de lui con-

server le nom du vieil hôpital où elle est née, celui de son fondateur restera sur son fronton, ce sera toujours l'Ecole de Rollet.

ACTUALITÉS

SUR UNE QUESTION DE BIOCHIMIE

Depuis PREYER et BUNGE, on désigne, sous le nom d'*éléments biogénétiques*, les corps simples qui entrent dans la composition de la matière vivante, animale et végétale, et jouent un rôle notable dans ses manifestations. Parmi ces corps, on cite en première ligne et comme essentiels, le carbone, l'azote, l'hydrogène, l'oxygène, le soufre et le phosphore, puis le chlore, le potassium, le sodium, le calcium, le magnésium et le fer, et enfin, à titre accidentel et accessoire, l'iode, le brome, le silicium, le fluor, le manganèse, le zinc, le cuivre, l'aluminium, etc. Mais l'importance vitale de ces divers éléments était jugée très différente. A. GAUTIER. dans sa *Chimie de la cellule vivante*, qui marque une étape dans l'étude de cette question, attribuait, d'accord avec la plupart des auteurs, aux groupements variés de C. N. H. O. les propriétés caractéristiques de la vie et montrait que, autour d'un noyau cyané CN, viennent s'agglomérer les molécules aboutissant à la formation des substances extrêmement complexes trouvées dans les humeurs et les tissus. C'est d'ailleurs en partant de ces mêmes groupements qu'on a pu réaliser la synthèse de beaucoup de corps connus de la chimie organique et même d'un grand nombre de nouveaux. Cependant, si l'on avait réussi à isoler les molécules qui se combinent pour former la matière vivante et à les recombiner en groupements voisins, par leur complexité, des protéines, on n'avait jamais abouti qu'à des matières inertes, absolument dépourvues de toute propriété vitale spécifique, de ce pouvoir d'assimilation et de croissance qui est la caractéristique de la vie. Certains chimistes en arrivèrent ainsi peu à peu, avec Emile FISCHER, à l'idée que le groupement quaternaire (C. N. H. O. avec ou sans S et P) n'est que le support — mais le support probablement nécessaire à cause de sa grande labilité — de quelques éléments actifs venant conférer à ce groupement à fonctions multiples et variables une propriété nouvelle et très particulière, l'autosynthèse. Cette propriété ne serait pas le propre de l'élément actif fixé, mais du complexe : groupement protéique + élément actif. Par suite, on doit se demander ce qu'est l'élément actif et de quelle manière il intervient.

*
* *

Sans apporter encore une solution définitive au problème fondamental de la biochimie, de nombreux travaux commencent du moins à nous orienter dans cette voie nouvelle. Rappelons les principaux.

M. G. BERTRAND, étudiant la laccase de l'arbre à laque, a établi que les propriétés de cette oxydase sont rigoureusement liées à la présence du manganèse, en quantité d'ailleurs faible ; si par des dialyses et des épurations répétées, on parvient à débarrasser la laccase de son manganèse, celle-ci perd son pouvoir diastasique et devient inactive. Avant cet auteur, SACHS (1860) et V. RAULIN (1878) avaient soupçonné l'influence du manganèse sur la vie végétale, mais sans parvenir à la démontrer clairement. Jouissant, sous la forme colloïdale, de propriétés catalytiques, il n'est pas étonnant, comme l'ont montré récemment M. G. BERTRAND et Mme ROSENBLATT (1) que ce métal existe à l'état de traces dans toutes les plantes. J. S. MAC HARGUE y voit même un des éléments des vitamines de croissance, ce qui expliquerait le rôle qu'il joue chez les animaux et chez l'homme, notamment au cours du développement.

On en peut dire autant du zinc. V. RAULIN, qui a été un véritable précurseur dans cet ordre de recherches, avait signalé l'action de doses insignifiantes de zinc sur la végétation de l'*Aspergillus*, mais c'est surtout à M. DELEZENNE et ses divers collaborateurs (2) que l'on doit la connaissance du rôle de ce métal. Celui-ci existe en faible quantité dans tous les organismes végétaux et animaux et non pas à titre d'impuretés ou d'élément accessoire, puisque sa complète suppression dans les bouillons de culture où les rations entraîne des arrêts de développement et la mort plus rapide des êtres en expérience ; chez les vertébrés, il paraît intervenir dans les phénomènes de fécondation et dans les processus de régulation dépendant des sécrétions internes. En outre, il est le facteur de la toxicité des venins des serpents ; plus ils en contiennent (5 p. 1000 chez le cobra), plus ils sont dangereux, attendu que le zinc commande le dédoublement des lécithines et des acides nucléiques et les actions diastasiques par lesquelles agissent ces venins : privé de zinc, le venin ophidien perd la plus grande partie de sa toxicité. Enfin, il a été prouvé par des expériences que le zinc est au moins aussi indispensable que le fer au développement et à l'entretien de l'individu ; dans tous les cas, le premier possède un pouvoir diastasique comparable et peut être supérieur à celui du second.

Nous sommes ainsi amenés à parler du cuivre. On sait quelle importante fonction remplit, chez les vertébrés et chez l'homme, le fer lié à un complexe protéique pour constituer l'hémoglobine. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, chez certains céphalopodes, gastéropodes et crustacés, la matière rouge du sang est remplacée par une matière bleue, que L. FRÉDÉRICQ (3) a appelé *hémocyanine*, laquelle se comporte exactement comme l'hémoglobine, bien que présentant comme élément actif, non pas le fer, mais le cuivre. Celui-ci possède également le pouvoir de conférer, dans certaines circonstances, aux complexes protéiques dans lesquels il entre, des propriétés oxydasiques; propriétés dont dépendraient en partie le pouvoir oligodynamique du cuivre, empêchant à l'égard de certains microbes, comme l'ont signalé d'abord NÆGELI, puis SPRINGER, SANCHETTO et SAVINI (4) et M. FOUASSIER (5). Du reste, ce pouvoir oligodynamique a été également constaté avec l'argent, l'or, le platine, le palladium, le rhodium et d'autres métaux lourds.

Nous devons aussi citer quelques métaux et métalloïdes, dont la présence constante et minime a été signalée dans les organismes vivants, chez

(1) G. BERTRAND et Mme ROSENBLATT. *C. R. Acad. des sc.*, 1er août 1921.

(2) Cf. notamment : M. DELEZENNE. *Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1919 ; — *C. R. Acad. des sc.*, 18 juillet 1921, 24 juillet 1922, 21 juillet 1924.

(3) L. FRÉDÉRICQ. La respiration dans la série animale, *Revue scient.*, 1881, II, 558.

(4) *Annali d'Igiene*, mars 1923.

(5) FOUASSIER. *C. R. Acad. des sc.*, 26 fév. 1923.

l'homme spécialement, mais dont le rôle ne paraît pas encore parfaitement fixé. D'après M. E. Misk (1), l'étain est un constituant normal de notre corps où il existe surtout dans le foie, sans qu'on sache s'il est lié à une fonction définie. Le plomb est aussi un constituant normal, suivant W. Blair-Bell (2); il agit surtout en association avec les lipoïdes (phosphatides) et a pour propriété d'inhiber la croissance des éléments jeunes, tant végétaux qu'animaux, ce qui a suggéré la pensée de l'expérimenter contre les néoformations cancéreuses; à noter que cette propriété inhibitrice n'est nullement exclusive d'une action diastasique, anti-oxydante par exemple. Depuis les recherches de A. Gautier, l'arsenic est aussi considéré comme un de nos constituants et MM. Astruc et Jadin ont montré que l'absence totale de ce métalloïde dans les tissus est incompatible avec l'état de santé; il en est de même du fluor, qui accompagne partout le phosphore et semble accroître l'activité de celui-ci dans les processus de mitose et d'histogénèse; et, d'après M. Agulhon d'une part, Mlle W.-E. Branchley de l'autre, du bore, qui à l'état de traces assure le développement des végétaux, rôle dans lequel aucun autre corps ne peut le remplacer. L'iode également a été reconnu, en partie par l'intermédiaire de la thyroïde, un agent du métabolisme et un aliment indispensable. On devrait enfin mentionner ici les métaux des terres rares et les corps radifères, mais leur action, au point de vue qui nous occupe, n'a pas encore été élucidée, et nous ignorons les relations pouvant exister entre leurs propriétés énergétiques et les fonctions diastasiques.

*
* *

Dès le début de ses recherches sur les colloïdes thérapeutiques, M. Albert Robin émit l'idée que tout ferment soluble a, à sa base, un élément métallique qui lui confère ses qualités propres, et c'est pourquoi il donnait aux colloïdes électriques, en suspension dans l'eau pure et non stabilisés, le nom de *ferments métalliques* (3). C'était là une idée extrêmement ingénieuse, déduite des travaux de M. G. Bertrand et de M. Trillat et que ceux de M. Delezenne et de quelques autres savants tendent à confirmer. Il est, en tout cas, impressionnant de constater que, comme les diastases naturelles, les colloïdes de Bredig sont détruits par la chaleur, anesthésiés par le chloroforme et l'éther, tués par le sublimé. Or, les phénomènes ultimes de la vie se ramènent, ainsi que le soutenait déjà Pasteur, à des fermentations, c'est-à-dire à des actions diastasiques, et si l'on parvenait à établir définitivement un lien de causalité entre la présence d' « impuretés », d' « infiniment petits chimiques » et la production de ces actions, il est certain qu'un des termes au moins du problème de la vie se trouverait résolu. Les expériences de J. Loeb, de Yves Delage sur la fécondation artificielle, n'ont-elles pas, à cet égard, contribué à dissiper le mystère de la reproduction ?

Malheureusement, ces conceptions fécondes ont cessé d'être en faveur; car elles exigent cette patience et cette méthode dont Pasteur naguère et MM. Delezenne et G. Bertrand aujourd'hui ont donné l'exemple. Au lieu de s'en tenir à la précision rigoureuse, mais difficile et lente, que la science française a contribué, plus qu'aucune autre, à introduire en chimie biologique, on préfère accepter, sans critique ni contrôle, les hypothèses simplistes de Weismann et d'Ehrlich, à la vérité commodes et dispensant de tout effort. Quand nous constatons une réaction, nous tenons pour suffisant d'invoquer l'intervention des alexines, des stimulines, des agglutinines ou des lysines, mots qui désignent le phénomène mais ne l'expliquent pas. Prenons garde que les états physiques, floculation, coagulation ou gel, ne nous avancent pas beaucoup plus, parce que, sous le changement colloïdal, il y a toujours une modification chimique (1) que, dans certains cas, le *p*H commence à nous indiquer. C'est justement parce que, paresseux et insouciants, nous nous laissons hypnotiser par des mots, comme le sauvage par ses incantations, que, depuis trente ans, la biochimie piétine presque sur place et on est encore à se demander ce qu'est une toxine, un anticorps (?), en quoi consistent la sensibilisation et l'immunité. Qui s'est avisé, par exemple, de soumettre à l'analyse spectrale, méthodique et comparative, les sérums actifs ou inactifs les uns par rapport aux autres, afin de savoir si quelque élément spécial n'intervient pas pour déterminer leur comportement? Délaissant les méthodes laborieuses et précises des maîtres, la biologie médicale ne pouvait qu'aboutir aux contradictions et aux obscurités, bref au désarroi qui, de toutes parts, nous frappe actuellement et nous inquiète. J. LAUMONIER.

(1) E. Misk. *C. R. Acad. des sciences*, 8 janv. 1923.
(2) W. Blair-Bell. *The Lancet*, 9 fév. 1924.
(3) Cf. A. Robin. *Les ferments métalliques*, 1907, p. 41 et suiv.

(1) Cf. Mestrézat et Marthe Janet. Dispersion variable des colloïdes, etc. (*Soc. de biol.*, Paris, 21 juin et 12 juillet 1924).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1924)

Mégacôlon congénital chez un enfant de cinq ans. — M. Raoul Labbé et Mlle S. Aizière présentent un enfant qu'ils ont observé à l'âge de quarante mois. Dès les premiers jours de la vie, rétention absolue du méconium qui cède difficilement à des moyens mécaniques. Depuis la naissance, constipation tenace avec quelques crises de rétention aiguë. La dernière qui le fait amener au dispensaire Furtado-Heine est particulièrement intense : ventre énorme 57 centimètres à l'ombilic, un vomissement, mais état général satisfaisant. Une sonde rectale à demeure pendant quatre heures par jour triomphe de la constipation assez rapidement. En quelques jours l'amélioration est marquée et le périmètre abdominal diminue de 7 centimètres. A cinq ans l'enfant présente un bon état général et a des selles à peu près spontanées. Cependant le mégacôlon subsiste énorme : sur la radiographie, l'ampoule rectale est médiane et se confond avec le côlon qui est transporté entièrement du côté droit, le ligament colique gauche ayant cédé.

Discussion. — Mme Nageotte-Wilboutchewitch a observé chez un enfant de trois ans une constipation opiniâtre avec aspect radiologique du mégacôlon. La suppression du lait, du chocolat, puis le massage abdominal suffirent à amener une amélioration considérable.

M. Lapointe présente la pièce anatomique d'un mégacôlon congénital subtotal, de dimensions énormes, provenant d'une femme de vingt-cinq ans, constipée depuis la naissance. Elle succomba à la suite d'une iléo-sigmoïdostomie, premier temps d'une exérèse projetée. M. Lapointe est d'avis que chez ces malades il vaut mieux faire la colectomie d'emblée.

M. Marfan remarque que ce qui distingue les vrais méga-

côlons congénitaux des mégacôlons acquis c'est l'hypertrophie des parois musculaires comme sur cette pièce.

Deux cas de sténose congénitale du pylore. Opération. Guérison. — M. Martin présente deux enfants opérés à trois mois et au soixante-deuxième jour pour sténose congénitale du pylore par la méthode de Fredet. Cessation presque immédiate des vomissements. Reprise très rapide du poids. Il fait remarquer que l'incision médiane expose à l'éviscération secondaire; il a employé dans ces cas une laparotomie latérale haute.

Discussion. — MM. Ombrédanne et Veau rejettent aussi l'incision médiane, le premier emploie une incision transversale, le deuxième une incision paramédiane.

Cas larvé d'élévation congénitale de l'omoplate avec anomalies vertébrales. — M. Carle Rœderer. Ce cas intéresse l'auteur parce qu'il a été l'occasion d'une erreur de diagnostic. La toute petite scoliose concomitante avait seule frappé le médecin. Or, le pronostic d'une élévation congénitale est tout différent.

Les anomalies vertébrales constatées sont les unes d'ordre fréquent. Il y a six vertèbres lombaires, onze côtes seulement d'un côté, une inégalité de développement de la IIe vertèbre dorsale.

Une autre est rarement associée à l'élévation congénitale. Il y a une hémivertèbre supplémentaire entre la VIIe cervicale et la Ire vertèbre dorsale.

Discussion. — M. Apert fait remarquer qu'il existe un vaste nævus à la région scapulaire, ce qui n'est pas une simple coïncidence.

Luxation congénitale de la hanche irréductible. Transplantation du moyen fessier. — M. L. Lamy présente une fillette de dix ans atteinte de luxation congénitale de la hanche gauche devenue de plus en plus douloureuse depuis deux à trois ans.

Une tentative de réduction après extension continue n'a donné aucun résultat. Pour améliorer les conditions anatomophysiologiques, l'auteur a transplanté le moyen fessier ainsi qu'il l'avait déjà fait avec succès dans des cas de coxa-vara, en sectionnant le grand trochanter à sa base et en le fixant sur la face externe du fémur, 5 à 6 centimètres plus bas.

Actuellement, c'est-à-dire six mois après l'intervention, la fillette a repris sa vie normale sans jamais souffrir. Elle marche, court, saute, joue toute la journée. Elle peut se tenir sur le membre malade en maintenant ses épines iliaques à la même hauteur, ce qui montre l'action efficace du moyen fessier.

Des cinq cas opérés il semble que l'on puisse déjà tirer la conclusion suivante : le résultat est d'autant meilleur que la luxation est moins postérieure. L'auteur se propose d'étendre cette intervention aux luxations douloureuses des adultes.

Ostéo-arthrite coxo-fémorale éberthienne survenue chez un enfant, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. — MM. Lesné et Maurice Lévy rapportent l'observation d'un enfant de dix ans qui, atteint de fièvre typhoïde grave, a fait pendant la convalescence une ostéo-arthrite suppurée de la hanche : le pus renfermait exclusivement du bacille d'Eberth. Celle-ci est apparue tout à fait insidieusement; son évolution presque latente, simulant une tumeur blanche, a abouti à une luxation spontanée, de sorte que le malade présente actuellement une impotence fonctionnelle importante.

Cette complication, heureusement rare, ne doit cependant pas être méconnue, en raison de la gravité de son pronostic. Toute douleur articulaire, survenant au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, doit attirer l'attention et faire pratiquer une radiographie et une ponction de l'articulation.

Discussion. — M. Jean Hallé a observé dans le service de M. Grancher, à la suite d'une fièvre typhoïde, une ostéite de tout le fémur avec arthrite du genou et de la hanche et ankylose consécutive des deux articulations.

Nævus variqueux ostéohypertrophique du membre inférieur gauche. — MM. Babonneix et Lance montrent un jeune garçon de treize ans présentant des troubles localisés au membre inférieur gauche et consistant en nævi superficiels, dilatations veineuses, allongement léger du membre, hyperthermie générale.

Ce cas rappelle ceux qui ont été décrit par MM. Klippel et Trénaunay sous le nom de nævus variqueux ostéohypertrophique et qui, après eux, ont été retrouvés par MM. Apert, Danlos et Flandin, Ch. Leroux et Raoul Labbé et Lance.

Guérison spontanée de perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. Occlusion intestinale consécutive. — MM. Aviragnet, Madier et Noël présentent un enfant de quatorze ans qui, en avril, fait des accidents qui font poser le diagnostic d'appendicite, les accidents persistent et au début de juin l'enfant entre chez M. Ombrédanne qui porte le diagnostic de fièvre typhoïde et passe la malade chez M. Aviragnet; là, deux jours après, l'enfant présente des signes nets de perforation intestinale avec chute de la température de 3 degrés; collapsus. Elle se remet progressivement, lorsque, un mois après, elle offre des signes nets d'occlusion du grêle. Opérant d'urgence, M. Madier trouve des anses agglutinées derrière l'utérus et portant les traces de plusieurs perforations oblitérées. Suture sans drainage. Après un état grave durant plusieurs jours, amélioration, puis guérison.

Les auteurs rappellent que ce cas n'est pas unique. Des guérisons spontanées de perforations typhiques ont été rapportées par Chantemesse (1906) et Achard et Debout (1912). Mais elles sont exceptionnelles.

M. Mathieu rappelle la fréquence et la gravité des occlusions intestinales postopératoires dans l'appendicite chez l'enfant.

Les sérums aminés. — MM. Ribadeau-Dumas et Fouet. Chez les athrepsiques, les sérums jouent un grand rôle dans la lutte contre la déshydratation. Mais les solutions salines sont dangereuses, le sérum glycosé s'élimine trop vite. Employant le sérum antipneumococcique dans les broncho-pneumonies, les auteurs ont été frappés de l'augmentation de poids des nourrissons. Les sérums animaux contiennent des protéines, des acides aminés qui jouent un rôle dans l'alimentation; l'expérimentation le prouve.

Les auteurs ont tenté l'emploi chez l'enfant de sérum de cheval débarassé de la plupart de ses albumines pour éviter les accidents sériques et contenant des acides aminés tirés du lait de vache. Employé aux doses de 30 à 50 centimètres cubes ce sérum ne s'est pas montré nocif et a déjà donné des résultats intéressants.

Discussion. — M. Lesné a étudié depuis 1923, avec M. Charles Richet fils, la question des sérums aminés. Chez les athrepsiques, en instillations rectales, on obtient des résultats assez satisfaisants, mais passagers. En injection intraveineuse cela détermine un choc formidable. La difficulté est d'avoir des produits purs, car ces substances se modifient très vite.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 12 novembre 1924)

De quelques indications de la méthode de Bretonneau-Trousseau. Traitement de certaines formes du paludisme. — MM. Caussade et André Tardieu, à la suite de la présentation d'un malade paludéen depuis fort longtemps et n'ayant plus de crise depuis 1912 grâce au traitement par le quinquina jaune (cinchona calisaya) insistent sur ce traitement par la poudre de quinquina jaune des fièvres paludéennes ou du paludisme monosymptomatique telle que certaine sciatique coloniale. Dans leur communication les auteurs insistent sur la dose qui est en moyenne de 8 à 10 grammes par jour à prendre pendant dix à quinze jours. On suivra en principe les règles données par Trousseau : prendre ces doses aux repas en deux prises rapprochées; il convient de délayer la poudre soigneusement dans du café ou dans du vin ou de l'eau contenant du jus de citron; les auteurs recommandent particulièrement le sirop d'écorce d'orange amère qui masque complètement le goût.

Le chloralose. Son pouvoir hypnotique. — M. Chevalier, après avoir rappelé les différents travaux antérieurs sur le

chloralose, insiste sur ce point que le chloralose exempt de parachloralose ne donne pas les phénomènes d'hyperexcitabilité habituels chez l'animal. Il a constaté qu'à la dose de 10 centigrammes le chloralose facilite le sommeil, qu'à la dose de 20 centigrammes il procure un sommeil tranquille et qu'à la dose de 0g30 à 0g40 on obtient rapidement un sommeil profond de plusieurs heures. Le chloralose semble donc être un excellent hypnotique d'autant plus qu'il n'agit pas ni sur le bulbe ni sur la moelle; la respiration et la circulation ne sont pas modifiées; le chloralose n'est donc pas toxique.

Des modes d'administration de la magnésie qu'il convient d'éviter. — M. Ch.-O. GUILLAUMIN présente des calculs considérables (l'un pesant 8g20) formés de sel de magnésie non absorbé au niveau de l'intestin. Ces calculs provenaient de prise de magnésie comprimée. Aussi l'auteur insiste-t-il sur la nécessité de donner la magnésie en suspension dans des milieux aqueux et non sous forme comprimée non soluble, ces derniers ne se dissolvant pas parfois comme le montre le cas des calculs présentés.

De l'action thérapeutique du cacodylate de manganèse chez les neurasthéniques. — M. G. LEMOINE, s'étant attaché depuis plusieurs années à l'étude de l'action thérapeutique de ce corps, a pu constater les résultats suivants : l'injection de cacodylate de manganèse est indolore et se résorbe très rapidement; augmentation de la force dynamométrique; augmentation de la tension artérielle; relèvement de l'appétit; augmentation du poids. Parallèlement l'asthénie physique et psychique diminue; une sensation de bien-être la remplace; le sujet reprend goût à l'existence et commence à s'intéresser à ses occupations. En résumé, le cacodylate de manganèse est un excellent médicament pour les neurasthéniques.

Considérations thérapeutiques dans l'association syphilo-tuberculeuse au niveau du poumon. — M. Alfred MIRANDE, après avoir cité des exemples concernant la thérapeutique des tuberculoses jointes à la syphilis au niveau pulmonaire, arrive aux conclusions pratiques suivantes : 1° le traitement mercuriel semble le traitement de choix. Il y aura souvent intérêt à installer un traitement mixte où le mercure sera associé à l'arsénobenzol ou au bismuth; 2° l'arsénobenzol, pour une efficacité qui n'est point supérieure, est dangereux. Son administration exige l'intégrité des fonctions hépatiques; 3° quelque soit le traitement adopté il est de la plus haute importance, et sous peine de poussées évolutives, de s'en tenir à des doses modérées de courte durée et soigneusement surveillées.

Diminution considérable de l'excitabilité médullaire par l'acide phénylacrylique. Rôle de la chaîne latérale éthylénique dans cet effet. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC donnent les résultats suivants : 1° l'acide phénylacrylique supprime complètement, à des doses modérées, le réflexe à la succussion chez le chien choralosé, par une action modératrice exercée sur la moelle; 2° ces mêmes doses abolissent le réflexe de la toux provoquée par l'attouchement de la muqueuse laryngée; 3° en remplaçant l'acide phénylacrylique dépourvu de fonction éthylénique par l'acide phénylpropionique on n'observe plus l'action modératrice médullaire; celle-ci est donc due au groupement éthylénique de la chaîne latérale.

De l'emploi de la fluorescence provoquée par le rayonnement ultraviolet pour l'identification et la vérification de la pureté des médicaments. — M. René FABRE signale un grand nombre de corps ayant une vive fluorescence quand on les expose au rayonnement ultraviolet d'un arc à mercure filtré par un écran à l'oxyde de nickel. Cette fluorescence a été étudiée pour toute une série de corps et en particulier sur l'hydrastine dont on a pu voir et suivre l'hydrolyse avec formation d'hydrastinine, cette formation s'accompagnant d'une fluorescence bleue. L'ensemble du mémoire montre par les expériences décrites l'intérêt des phénomènes de fluorescence pour être renseignés fort aisément sur la nature et la pureté de nombreux composés utilisés en thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'UTILITÉ D'UN MÉDICAMENT SOMNIFÈRE ET DE SON CHOIX

On a tendance à considérer la médication hypnotique comme un pis aller auquel il ne convient de recourir qu'en cas de nécessité absolue. Cette opinion, assez courante, provient des mécomptes que donnent beaucoup d'agents somnifères, et des accidents qu'ils provoquent parfois. Pourtant, si l'on étudie ces accidents, l'on voit qu'en réalité ils ne se produisent guère que chez les vieillards et les sujets atteints d'affections cardiaques ou rénales, ou encore chez les maniaques qui dépassent de beaucoup les doses médicalement utiles. Mais si, d'autre part, l'on considère l'importance très grande qu'a le sommeil au point de vue du repos physiologique de l'organisme, on acquerra la conviction que l'insomnie prolongée est infiniment plus préjudiciable que ne peut l'être la médication hypnotique, si elle est judicieusement choisie et convenablement administrée. Cette importance du repos nocturne est d'autant plus grande que l'on a affaire à des sujets nerveux, chez lesquels l'insomnie ne tarde pas à provoquer un état d'irritabilité psychique; il se crée alors très facilement une phobie de l'insomnie qui, à son tour, renforce et augmente celle-ci. En brisant, dès son apparition, ce cercle vicieux, on rendra toujours un signalé service au malade chez lequel il est en voie de se produire. Le dial, sous ses diverses formes, est alors le médicament de choix, parce que sûr de son action, très maniable, dépourvue de toute action secondaire fâcheuse lorsque la dose normale n'est pas dépassée. Il est absolument sans danger pour le foie ou le rein lorsque ces organes sont sains : l'exemple de sujets en ayant pris journellement pendant des années (exemple que nous ne saurions certes recommander, mais qui a sa valeur expérimentale), le démontre d'une façon indiscutable.

On emploiera, dans la plupart des cas le dial en comprimés, forme commode et très pratique pour l'usage courant chez les adultes. Pour les enfants, et pour les sujets qui avalent mal les comprimés — chose fréquente chez les nerveux — on recourra de préférence au *dial soluble*, que l'on prescrira en gouttes. Ce mode d'administration, au dosage sûr et précis, donne toute sécurité dans les cas où l'on veut graduer la dose suivant les effets observés (v à xxv gouttes chez les enfants, xxx à XL chez les adultes). Enfin, chez les délirants, les agités graves, les grands anxieux, les alcooliques, on emploiera la voie hypodermique (une ou deux ampoules par vingt-quatre heures). Cette forme est aussi tout indiquée dans les hémoptysies pour obtenir le repos complet du malade sans morphine, qu'il est toujours préférable d'éviter lorsqu'on le peut. A. J.

LIVRES NOUVEAUX

L'Os temporal chez l'homme adulte. Iconographie et description de l'os et de ses cavités (1), par Ph. BELLOCQ.

Le docteur Bellocq, chargé de cours à l'Institut d'anatomie de la Faculté de médecine de Strasbourg, avait écrit un volume sur l'étude anatomique de l'oreille interne osseuse, qui est aujourd'hui introuvable. Il a pensé rendre service en faisant maintenant une série de monographies anatomiques sur les organes des sens. La première qui paraît actuellement est consacrée à l'os temporal et à ses cavités.

Cette étude est une mise au point de la description du temporal d'après les *recherches personnelles* de l'auteur, faites à l'aide d'un important matériel (plusieurs centaines de temporaux d'adultes, d'enfants et de nouveau-nés), presque totalement recueilli dans l'Institut d'anatomie pathologique de Strasbourg. L. G.

(1) Un vol grand in-8°. Prix : 18 fr. — Paris, 1924, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 98. — SAMEDI 6 DÉC. 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 6 DÉC. 1924. — Nº 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 2 décembre. — Questions données : « Localisations cardiaques et pleuro-pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu (péricarde excepté). — Complications hémorragiques de la grossesse tubaire. »

MM. Gerson (Louis), 14; Perrin (Georges), 17; Chartier (Louis), 14; Vergez-Honta (Julien), 26; Mlle Sazerac de Forge, 20; MM. Martin (Jacques), 27; Godel (Roger), 17; Folliasson (Amédée) et Mugnier (Yves), 14; Maximin (Maurice), 24.

Séance du 3 décembre. — Questions données : « Formes cliniques et traitement de la syphilis rénale. — Hernie crurale étranglée. »

Mlle Boyer (Madeleine) et MM. Casaubon (René), 17; Chaperon (Robert), 19; Rivoire (Raymond), 15; Frémiot (Jean), 18; Barragué (Pierre), 24; Martin (Félix) et Cahen (Robert), 17; Périn (Christian), 10; Willemin (Louis), 24.

— Concours de pharmacien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 12 janvier 1925, à 14 heures, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, depuis le lundi 8 décembre jusqu'au samedi 20 décembre 1924 inclusivement.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination de plusieurs internes titulaires et provisoires s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph dans le courant de février. La durée de l'internat est fixée à trois ans. Une affiche donnera ultérieurement les détails nécessaires.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire, avant le 1er février 1925, à M. l'administrateur délégué, hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour la nomination de pharmaciens adjoints des hôpitaux s'est terminé par la nomination de Mlle Marichy, MM. Maunand, Velluz, Michaud, Barbier, Mlle Mouraire (Suzanne), M. Maurice Bressand, Mlle Lafay, M. Girard, Mlle Taupin, pharmaciens adjoints titulaires.

MM. Griffon, Oudet, Mlles Chevallard, Mouraire (Marthe), Garnier, MM. Germenot, Thomas, Mlles Gabriel, Lizon, MM. Sevelinge, Faure, Oboussier, Mlle Rouché, suppléants.

— Tours. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Joly, Tulasne, Dupuis; internes provisoires : MM. Mercat, Fan.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Juchet, Chichereau, Renaudin, Pirot, Picart, Gesta, Mouillet, L'Huillier, Chaton, Papazoglou, Lancelot, Bagard, Boisramé, Pommeret, Touchard, Triantafyllopoulos, Roguet, Berger.

— Saint-Germain-en-Laye. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin oto-rhino-laryngologiste adjoint à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 31 décembre 1924, à la direction de l'hôpital.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital, tous les jours, de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures (dimanches et fêtes exceptés).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont admis pour cause d'ancienneté d'âge et de services à faire valoir leurs droits à une pension de retraite à dater du 1er novembre 1924 :

M. de Lapersonne, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

M. Verdun, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

M. Retterer, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

— Bordeaux. — Sont nommés chefs de laboratoire pour l'année scolaire 1924-1925 :

MM. Beauvieux (clinique ophtalmologique), Bonnin, agrégé (anatomie pathologique), Mougneau (cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1924-1925, dans leurs fonctions de chefs de laboratoire à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, MM. Magron et Rouché.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Sont admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à dater du 1er novembre 1924 :

MM. Leduc et Rouxeau, professeurs à l'Ecole de médecine de Nantes.

MM. Bagnéris et Pozzi, professeurs à l'Ecole de médecine de Reims.

M. Brunon, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.

M. Meunier, professeur à l'Ecole de médecine de Tours.

M. Berland, chef de travaux à l'Ecole de médecine de Poitiers.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 3 décembre publie un décret modifiant le décret du 13 mars 1920 réglementant le concours pour les fonctions de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bourret (de Privas), Flouret (de Vinsobres), Jouen (de Rouen).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Baron (de Paris) et Joubert (de Thiers).

REMISE DE LA MÉDAILLE DE M. PAUL STRAUSS. — La remise de la médaille offerte par ses amis à M. Paul Strauss. sénateur de la Seine, membre de l'Académie de médecine, ancien ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, aura lieu, sous la présidence de M. le docteur E. Roux, le 20 décembre 1924, à 17 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot.

Tous les souscripteurs recevront une réduction de la médaille, mais ultérieurement, dans le courant de février 1925.

Les souscriptions peuvent être adressées jusqu'au 28 décembre, à M. Pierre Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

PRIX A DÉCERNER PAR LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société dispose de trois prix :

1° Prix de la *Société des chirurgiens de Paris* (Fondation Dartigues) sur un sujet intéressant la chirurgie ;

2° Prix de *Chirurgie gastro-intestinale* (Fondation Pauchet) ;

3° Prix d'*Urologie chirurgicale* (Fondation Cathelin).

Ces prix sont de 1.000 francs chacun.

Les manuscrits, dactylographiés, devront être remis avant le 28 février 1925, la distribution ayant lieu à la première séance de mai.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — Nous rappelons qu'une exposition concernant les arts appliqués à la médecine, à la chirurgie, à la pharmacie, ainsi qu'à l'hygiène sanitaire, se tiendra dans les jardins du Val-de-Grâce pendant la durée du Congrès de médecine militaire qui doit réunir, du 20 au 25 avril 1925, les délégués de plus de quarante nations.

Le ministre de la guerre a demandé au ministre du Commerce de vouloir bien charger son département d'organiser cette exposition industrielle. Cette organisation est confiée au Comité français des expositions.

Le Comité français en a confié la présidence à un des membres de son Conseil de direction, M. Jean Faure, président de la Commission d'initiative et d'enquête et président de la Chambre syndicale des Fabricants de produits pharmaceutiques.

On trouvera ci-dessous les classes de produits admis à être exposés.

Nous appelons l'attention sur le grand intérêt que présente spécialement pour la haute renommée de notre école scientifique et de notre industrie cette exposition qui, en dehors des nombreux délégués des nations étrangères, recevra la visite de tout le Corps médical français.

EXPOSITION FRANÇAISE DES ARTS ET SCIENCES APPLIQUÉS A LA MÉDECINE, A LA CHIRURGIE, A LA PHARMACIE, A L'HYGIÈNE SANITAIRE ET AUX INDUSTRIES QUI S'Y RATTACHENT. — *Classes.* — 1. Médecine ; 2. Chirurgie ; 3. Produits pharmaceutiques ; 4. Produits chimiques : essences rares et parfums ; 5. Plantes médicinales ; 6. Electricité médicale. Electro-radiologie-physiothérapie ; 7. Instruments de précision et de recherches scientifiques ; 8. Hygiène ; 9. Organes et appareils techniques. Transports de blessés ; 10. Appareillage et prothèse des mutilés ; 11. Stations thermales, climatiques, balnéaires, eaux minérales ; 12. Marine et colonies : matériels spéciaux du Service de santé ; 13. Matériel d'hospitalisation, tentes et abris ; 14. Alimentation liquide et solide de régime ; 15. Librairie médicale, presse médicale, publications.

Les conditions d'adhésion à cette Exposition seront données aux commerçants par le Comité français des Expositions, 42, rue du Louvre.

Rappelons que de brillantes réceptions officielles, un gala à l'Opéra, une visite à Versailles, seront organisés. Un Comité de dames est prévu pour accompagner les femmes et filles des congressistes et leur faciliter des visites instructives et attrayantes. Des circuits organisés à tarifs réduits permettront aux congressistes qui le désireront de visiter dans les conditions les plus favorables les environs de Paris, Chantilly, Fontainebleau, les champs de bataille de Verdun. En outre, des voyages seront organisés par les villes d'eaux des Pyrénées, du Massif Central, des Vosges, des Alpes ou de la Côte d'Azur.

Pour tous les détails concernant l'organisation, se reporter au numéro 64 de la *Gazette* paru le 9 août 1924.

Les adhésions doivent parvenir au commissariat du Congrès, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe), avant le 1er février 1925, terme de rigueur.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE. — L'Association de thalassothérapie que préside le professeur Gilbert, membre de l'Académie de médecine, tiendra son prochain Congrès international à Arcachon, du 22 au 25 avril 1925. Le bureau est composé comme suit : président, M. F. Lalesque, membre correspondant de l'Académie de médecine ; vice-présidents, MM. A. Hameau, président de la Société scientifique et station biologique d'Arcachon, laboratoires marins (Université de Bordeaux) ; F. Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau de Paris ; A. Moussous, professeur de clinique médicale infantile (Faculté de médecine de Bordeaux) ; secrétaire général, M. H. Chauveau, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pour tous renseignements s'adresser, soit à M. le docteur Léo, secrétaire général de l'Association thalassothérapique, 50, avenue du Président-Wilson, Paris, soit à M. le docteur Chauveau, villa La Rouvraie, Arcachon.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Nattan-Larrier, professeur, reprendra ses cours de protistologie pathologique le samedi 6 décembre, à 4 heures moins un quart, salle 5, et les continuera les jeudis et samedis, à la même heure. Il traitera des maladies exotiques et des variations des espèces pathogènes.

LA T. S. F. DANS LES HOPITAUX. — MM. René Doire et Ch. Tenroc, directeur et rédacteur en chef du *Courrier musical*, ont eu l'idée généreuse d'ouvrir une souscription dont le but est de doter les hôpitaux et hospices d'appareils récepteurs de T. S. F.

Les souscriptions sont reçues au *Courrier musical*, 32, rue Tronchet, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Constantin (de Courtalain) ; Jean Késer, ancien médecin de l'hôpital français de Londres, médecin de la Légation suisse, officier de la Légion d'honneur. Le docteur Késer qui fut un journaliste médical distingué et collabora à la *Semaine médicale* s'était retiré à Genève depuis quelques années ; Paul Vonder Mühl (de Bâle), A. Goldenberg (de Bougival) et Willi Lanz (de Berne), ancien assistant du professeur Kocher.

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉVENTRATION DIAPHRAGMATIQUE

Par E. FATOU,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

Par éventration diaphragmatique on entend depuis Cruveilhier (1849) la surélévation permanente, sans rupture, d'une coupole diaphragmatique (la gauche le plus souvent), les insertions périphériques du diaphragme demeurant normales.

A cette disposition anatomique sont liées des modifications constantes dans la morphologie et la topographie cardio-pulmonaire, ainsi que dans les rapports des viscères abdominaux qui accompagnent le diaphragme dans son ascension

L'éventration s'oppose par définition même à la *hernie diaphragmatique*. En effet, dans l'éventration il n'y a pas de solution de continuité du muscle, les organes déplacés restent coiffés par la calotte diaphragmatique distendue, et devenus intrathoraciques, ils demeurent, en réalité, toujours contenus dans la cavité abdominale : il y a ectasie et non rupture du diaphragme.

Pathogénie. — Tout se passe, dans l'hypothèse d'une malformation congénitale comme si la descente du diaphragme avait été précocement arrêtée du côté considéré : il s'agit d'une véritable *ectopie* de la coupole diaphragmatique.

Dans l'hypothèse, au contraire, d'une lésion acquise tout revient à dire que sous l'influence de la pression des viscères abdominaux l'hémidiaphragme a été refoulé progressivement dans la cavité thoracique jusqu'à occuper de façon définitive une situation anormalement élevée.

Sans vouloir entrer dans une discussion pathogénique, disons seulement que nous croyons à la nature congénitale de cette anomalie.

En sa faveur nous invoquons les cas d'éventration chez le nouveau-né (Boulland, Stein, Weigert, Wels, Papillon et Pichon, Hillejan), l'ancienneté des premiers troubles retrouvés à l'interrogatoire des sujets âgés chez lesquels on serait porté à admettre la nature acquise de l'éventration (palpitations de cœur à droite dès l'enfance dans les cas de Palmieri, de Fatou et Lafourcade, diagnostic de dextrocardie congénitale porté vingt-deux ans plus tôt dans le cas d'éventration autopsié par Eggeling en 1912).

Dans le même ordre d'idées, citons le cas récent de Maingot, Salomon et Coste où la congénitalité de la surélévation diaphragmatique droite est attestée par le diagnostic porté vingt ans auparavant de kyste hydatique du dôme hépatique.

Rappelons que dans la plupart des observations d'éventration diaphragmatique on retrouve à l'interrogatoire des diagnostics antérieurs de pleurésie à répétition de la base de gauche, qui décèlent autant de cas de surélévation diaphragmatique méconnus à cette époque, témoin un malade de Widenmann (1901) qui, à l'âge de vingt-deux ans et de quarante-huit ans, fut étiqueté « pleurésie gauche » et qui offrait, en réalité, une éventration diaphragmatique congénitale.

Si nous ajoutons à tous ces faits, la coexistence possible d'autres malformations (bec-de-lièvre, hernies, ectopie testiculaire, etc.) et les données d'anatomie pathologique montrant, chez des sujets atteints d'éventration l'état rudimentaire de la bronche et du poumon gauches, et même la fréquence d'une conformation inusitée de cet organe (poumon gauche trilobé dans les cas de Motzfeldt, Sailer et Rhein, Dœring, Caussade et Fatou, etc., on conviendra que la théorie de la nature congénitale de l'éventration diaphragmatique s'appuie sur des arguments sérieux.

D'autres auteurs ont soutenu l'origine acquise de l'éventration diaphragmatique.

Pour Hoffmann, la dilatation chronique de l'estomac est le fait primordial. Ce serait le plus bas degré de l'éventration.

Ramond a accusé l'aérophagie.

La dilatation de l'angle colique serait également susceptible d'entraîner l'ascension de la coupole.

Les organes thoraciques ont été incriminés : des adhérences pleuro-diaphragmatiques pourraient attirer le diaphragme dans la cavité thoracique au cours d'une tuberculose pulmonaire scléreuse (Savy).

Pour d'autres, la dextrocardie serait la cause première : par exemple, une dextrocardie consécutive à une symphyse pleuro-médiastinale droite laisserait le champ libre à l'ascension du diaphragme gauche.

Enfin, pour certains, c'est le diaphragme lui-même qui est en cause : il y aurait à la base de l'éventration une paralysie du diaphragme devenu incapable de résister à la pression abdominale ou à la traction réalisée par des adhérences viscérales sus-jacentes.

La dégénérescence musculaire pourrait être primitive (atrophie musculaire progressive pour Cuendet, dégénérescence graisseuse) ou secondaire à une inflammation de voisinage (loi de Stockes) : pleurésie, péritonite localisée sous-phrénique, ulcus gastrique voisin (Bouchut), etc. ; tantôt, au contraire, cette atonie diaphragmatique serait due à une altération du nerf phrénique (blessure pour Lebon, compression ganglionnaire pour Samaja) ou à une lésion des noyaux d'origine (paralysie infantile).

Avec Louste, nous croyons que l'origine acquise de la plupart de ces cas doit être mise en doute. Pour nous, les faits énumérés ci-dessus, concernent des cas d'éventration diaphragmatique dont la nature congénitale a été méconnue et qui, révélés tardivement par une complication, ont été mal interprétés au point de vue pathogénique.

Réserve faite sur les rapports de cause à effet qui peuvent exister entre l'éventration diaphragmatique et le mégacôlon, dont la coexistence a été plusieurs fois signalée, nous pensons qu'une malformation anatomique congénitale (absence de descente du diaphragme, nanisme pulmonaire gauche) est à la base de l'éventration diaphragmatique.

L'intervention de facteurs secondaires (aérogastrie, aérocolie, excès de pression abdominale) est susceptible d'aggraver ultérieurement la lésion et de faire croire ainsi à sa nature acquise.

Anatomie pathologique. — Une double constatation domine l'anatomie pathologique de l'éventration diaphragmatique. C'est l'unilatéralité de la lésion et sa localisation habituelle à la coupole gauche du diaphragme.

Les cas siégeant à droite sont très rares. On en connaît 8 observations sur un total de 130 cas. Aussi nous envisagerons seulement dans ce qui va suivre l'éventration gauche, forme commune.

Contrairement à ce qu'a avancé Cordier, le bon

fonctionnement du diaphragme droit est vérifié cliniquement et radiologiquement dans les observations d'éventration gauche publiées.

C'est seulement dans certains cas de mégacôlon qu'on peut voir le diaphragme progressivement refoulé en totalité, jusqu'à la partie supérieure du thorax. Un exemple remarquable en a été fourni récemment par André Bergé (*Société médicale des hôpitaux* 1924). Il ne s'agit pas là d'une ectopie congénitale du diaphragme, mais d'une distension lente sous l'influence d'une cause étrangère au mégadiaphragme lui-même.

Par définition même, nous avons vu que dans l'éventration diaphragmatique il n'y a aucune solution de continuité de la coupole et que les insertions périphériques sont normales. Le diaphragme gauche bombe dans l'hémithorax atteignant la IIIe côte antérieure (Betchow, Louste et Fatou), le IIe espace (Stein, Motzfeldt), la IIe côte (Haase, Fatou et Lafourcade), parfois la clavicule (Beltz).

Le plus souvent, la coupole tout entière forme un sac continu, mégadiaphragme véritable, il y a *éventration totale*.

Parfois la déhiscence diaphragmatique n'occupe qu'une partie de la coupole : les deux tiers postérieurs (cas princeps de J.-L. Petit, cas de Tennant, de Louste et Fatou) : c'est l'*éventration partielle* (1).

L'histologie apprend que le muscle est aminci (quelques dixièmes de millimètres d'épaisseur), ou bien formé de fibres pâles, clairsemées. A l'extrême, le diaphragme est réduit à l'état de membrane translucide, il n'est représenté que par une nappe celluleuse interposée entre la plèvre et le péritoine. Dans d'autres cas, il y a une pseudo-hypertrophie lipomateuse, le tissu musculaire étant remplacé par des travées graisseuses.

La dégénérescence du nerf phrénique accompagne ou non celle du muscle (réduction de calibre ou transformation fibreuse).

L'anomalie diaphragmatique comporte une triade lésionnelle dont l'ensemble constitue la caractéristique anatomique de l'éventration.

Ce sont : la dextrocardie;

L'aplasie pulmonaire gauche;

Les modifications des viscères abdominaux (estomac et annexes principalement).

La *dextrocardie* appartient au groupe des dextrocardies pures, sans inversion d'organes. La base du cœur garde une situation normale, mais la pointe est basculée fortement à droite. Dans les cas moyens elle bat derrière l'appendice xyphoïde, dans les cas accentués elle est reportée dans l'hémithorax droit.

Le *poumon gauche est rudimentaire*. Son bord inférieur ne descend pas au-dessous de la IIIe côte. La congénitalité de cette disposition est attestée par la division en 3 lobes, mentionnée dans le dixième des cas autopsiés.

Les viscères logées normalement sous le diagramme gauche se trouvent par suite de l'ascension de la coupole, en ectopie intrathoracique. Ce sont *en première ligne l'estomac*, et *le gros intestin* (*angle splénique du côlon*), — accessoirement le lobe gauche du foie, la rate, le corps et la queue du pancréas, l'épiploon, — exceptionnellement, l'intestin grêle, le pôle supérieur du rein gauche.

(1) Exceptionnellement, il peut s'agir d'un véritable *diverticule diaphragmatique* à pédicule étroit. On ne peut manquer en pareil cas de diagnostiquer une hernie vraie, erreur sans importance en soi puisqu'on ne saurait appliquer ici d'autre traitement que celui de la hernie avec sac.

Contrairement à l'opinion de Bar, la morphologie de l'estomac dans l'éventration diaphragmatique est très spéciale : l'estomac peut être entraîné tout entier ou partiellement dans le thorax, mais il offre une disposition anatomique constante et caractéristique (Louste et Fatou, Fatou et Lucy).

Le cardia reste fixe. Parfois, dans les éventrations très élevées, il peut être entraîné en haut et à gauche au prix d'une plicature plus ou moins aiguë de la portion abdominale de l'œsophage. Le pylore, au contraire, peut être reporté très haut dans l'hémithorax gauche : jusqu'à trois vertèbres au-dessus du cardia. La première portion du duodénum s'étire et devient intrathoracique. Le pédicule biliaire prend une direction transversale. Dans les formes moins accentuées, le degré d'ascension pylorique n'est pas si marqué : le pylore et le cardia se trouvent à la même hauteur (fig. 1). Il en résulte

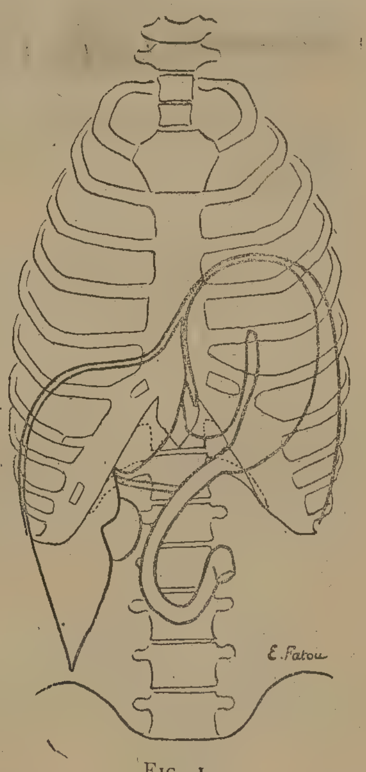


Fig. 1.

que l'estomac a la forme d'un U renversé. C'est la moitié inférieure de la grande courbure maintenant point culminant de l'estomac qui bombe sous le diaphragme et dessine la chambre à air gastrique. Tout se passe comme si un renversement en haut de l'estomac s'était opéré autour d'une véritable charnière constituée par la zone d'adhérences de la face postérieure du dôme gastrique au diaphragme (plafond de l'arrière-cavité).

L'ectopie de l'estomac peut être isolée. Mais dans la plupart des cas on observe l'*ectopie gastrique associée à l'ectopie colique*. Le côlon est alors situé en avant et en dehors de l'estomac qui repose sur le plan profond dans la gouttière latéro-vertébrale (fig. 2).

Enfin, dans certains cas, le côlon dilaté remplit à lui seul la poche diaphragmatique. C'est l'*éventration par mégacôlon* (Aronson, Hurst, Carnot et Friedel) que nous avons étudiée dans la thèse de Martial.

Le foie est en général basculé dans le flanc droit, vertical. Le lobe gauche s'insinue en pointe dans la partie interne de la poche diaphragmatique.

La rate est également en ectopie. Le corps et la queue du pancréas suivent le trajet duodéno-pylorique. De transversal, le pancréas devient presque vertical. L'arrière-cavité des épiploons prend la même orientation.



FIG. 2.

Éventration diaphragmatique. — Autopsie du cas de Fatou et Lafourcade. Dextrocardie. Nanisme pulmonaire gauche. Ectopie gastrique et colique. La rate n'a pas été figurée.

Nous, n'insistons pas sur les lésions associées variables, qui peuvent être congénitales (hernies, ectopie testiculaire, hysospadias, etc.) ou acquises (affections pulmonaires, ulcus gastrique, etc.).

Etude clinique. — L'éventration diaphragmatique se présente en clinique sous deux espèces différentes : précoce ou tardive.

Dans la forme précoce, des troubles sont notés dès la naissance ou dans les premiers mois de la vie.

Au contraire, dans le second groupe de cas — et ce sont les plus fréquents — la malformation est tolérée pendant de nombreuses années et n'est découverte que chez l'adulte ou le vieillard.

Nous laisserons de côté, dans cette Revue, l'éventration chez le nouveau-né dont il n'existe qu'un petit nombre de cas connus (5 p. 100 des cas environ) et dont le diagnostic n'est posé qu'en présence de signes fonctionnels marqués, indice d'une éventration considérable difficilement compatible avec une survie excédant quelques mois (Boulland, Stein).

Chez l'adulte, la symptomatologie de l'éventration diaphragmatique est variable.

Avant l'ère radiologique, éventration et hernie constituaient le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Actuellement, l'éventration diaphragmatique est une découverte fortuite au cours d'un examen radiologique pratiqué chez des sujets présentant les signes d'une affection des voies respiratoires (crises de dyspnée, accès de suffocation, douleurs thoraciques ou plus souvent syndrome pleurétique de la base gauche avec ponctions blanches répétées ou même syndrome d'hydropneumothorax). Assez fréquemment, ce sont des troubles dyspeptiques graves qui justifient l'examen aux rayons X. Plus rarement la dextrocardie attire l'attention.

Tous les degrés existent entre les formes rigoureusement latentes et celles qui présentent une symptomatologie assez riche, sinon caractéristique.

Les SIGNES PHYSIQUES se classent en deux catégories (Louste et Fatou).

Des signes *permanents* tenant à la topographie cardiopulmonaire spéciale dont s'accommode le malade.

Et des signes digestifs, *variables*.

1° Les signes cardiopulmonaires permanents sont :

— la dilatation de la base de l'hémithorax du côté lésé contrastant avec un ventre plat;

— la faiblesse de l'ampliation thoracique et l'abolition du murmure vésiculaire au-dessous du mamelon gauche et de la pointe de l'omoplate;

— la *dextrocardie de la pointe*, signe de grande valeur.

2° En regard de ces signes permanents, des *signes variant à chaque examen suivant l'état de vacuité ou de réplétion gastrique*.

Il existe ainsi tantôt un syndrome pleurétique de la base gauche :

Immobilisation costale;
Abolition des vibrations;
Silence respiratoire;
Matité.

Tantôt un syndrome d'hydro ou pyo-pneumothorax apparaissant au maximum de netteté dans les heures qui suivent le repas :

Sonorité tympanique à la percussion;
Silence respiratoire;
Bruits bulleux à timbre métallique, bruit d'airain;
Succussion hippocratique.

Tout se passe alors comme s'il y avait un *agrandissement considérable de l'aire de Traube :* la sonorité gastrique est perçue en avant jusqu'à la hauteur du mamelon gauche, parfois jusqu'au II° espace. On obtient sur la verticale axillaire un tympanisme révélant la présence du côlon en ectopie.

Les SIGNES FONCTIONNELS sont inconstants, souvent minimes en regard de la gravité des lésions, parfois au contraire très marqués.

La compression des voies respiratoires peut entraîner un certain degré de cyanose, de la dyspnée augmentant par réplétion gastrique chez quelques sujets, alors que d'autres accusent un soulagement réel après les repas.

Certains malades ne peuvent rester couchés sur le côté droit (côté sain).

La GÊNE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE se traduit — en dehors de la dyspnée déjà signalée — par des palpitations de cœur, des altérations du rythme cardiaque. La défaillance du myocarde a été invoquée dans quelques observations comme cause de mort rapide ou subite.

Les TROUBLES DIGESTIFS sont souvent très accusés. Ils peuvent être du type œsophagien, gastrique ou intestinal.

Rarement il existe une dysphagie vraie (Marx, Fleiner, Otten et Scheffold, Louste et Fatou), en raison de la plicature du conduit œsophagien au niveau de l'hiatus diaphragmatique par traction en

haut et à gauche de la portion abdominale de l'œsophage.

Les troubles gastriques consistent en sensation de pesanteur après les repas, souvent assez intense pour forcer le malade à s'allonger, à provoquer un vomissement. Dans certains cas on notera des vomissements répétés, des hématémèses, celles-ci dues sans doute le plus souvent à une gastropathie organique surajoutée sténosante ou ulcéreuse.

Enfin quelques malades accusent une constipation chronique, liée vraisemblablement à la migration intrathoracique de l'angle splénique du côlon.

Les SIGNES SUBJECTIFS se résument en oppression, points de côté, sensations douloureuses dans l'hémithorax et l'hypocondre du côté atteint. Parfois, ces douleurs s'étendent à l'abdomen, reconnaissant des tiraillements du plexus solaire comme origine. Il y a alors de véritables crises douloureuses dans l'épigastre et l'hypocondre gauche, quelquefois même à droite pour les éventrations gauches, et qui peuvent constituer dans certains cas le seul symptôme anormal.

Les SIGNES GÉNÉRAUX consistent en faiblesse et amaigrissement progressif dus aux difficultés d'alimentation. Ces derniers troubles ne surviennent qu'à une phase tardive de l'affection.

En résumé, et ce sont les principaux éléments du diagnostic positif, on soupçonnera cliniquement l'éventration du diaphragme toutes les fois qu'un adulte atteint de troubles digestifs et respiratoires présentera un syndrome anormal de la base gauche : tympanisme, abolition du murmure vésiculaire, coïncidant avec une dextrocardie.

L'attention étant attirée vers une anomalie diaphragmatique possible, on devra avoir recours à l'examen radiologique.

Étude radiologique. — A l'état normal, le sommet du diaphragme se projette en inspiration à la hauteur de la Ve côte droite et de la VIe côte gauche.

Dans l'éventration diaphragmatique, il existe un dénivellement paradoxal des deux coupoles : la gauche est surélevée jusqu'à la IIIe côte ou plus haut encore. L'ombre cardiaque est déjetée à droite. L'hémithorax gauche apparaît partagé en deux par une ligne arciforme, régulière, jetée en pont du sommet de l'ombre cardiaque au gril costal. Audessus de cette ligne arquée on a une image pulmonaire, au-dessous une clarté aérique gastro-intestinale ; on distingue, en effet, sous l'arc diaphragmatique des coupoles plus petites, en dedans la chambre à air gastrique, volumineuse, et en dehors la clarté multilobée du gros intestin (angle splénique du côlon). L'identification de la chambre à air gastrique sera immédiatement confirmée par l'ingestion de bouillie opaque. Nous avons vu au chapitre anatomo-pathologique que l'estomac avait la forme d'un U renversé. En faisant ingérer de la gélobarine au sujet à jeun, on aura l'image d'estomac caractéristique de l'éventration : une première poche ascendante à partir du cardia, puis sous la chambre à air commune on verra la barite franchir l'éperon de la petite courbure et tomber dans la poche pylorique descendante située en avant de la poche ascendante. Pour cet examen, le malade devra donc être mis en position oblique, car de face les deux poches se projettent l'une au devant de l'autre (fig. 3). En général, les contractions gastriques sont très vives, l'évacuation pyloro-duodénale est rapide (Fatou et Lucy). Il y a là une adaptation fonctionnelle de l'estomac visant à assurer l'évacuation de la première poche gastrique où la baryte résiduelle réaliserait cette stase paradoxale du cardia que nous avons observée avec le docteur Louste.

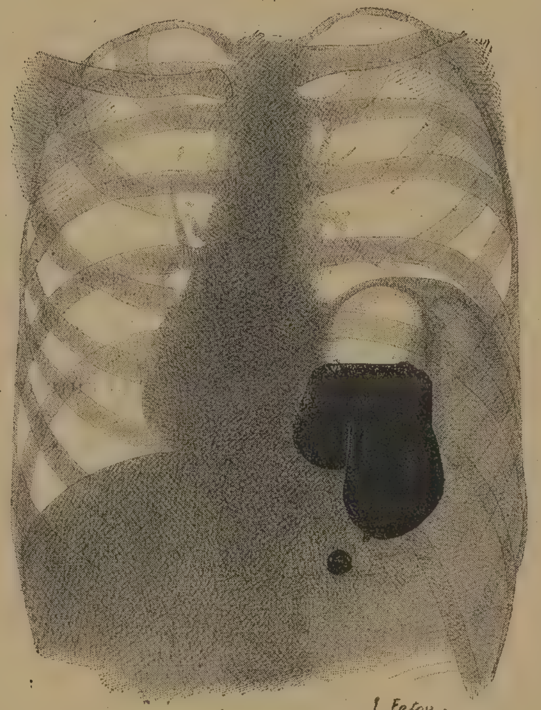


FIG. 3.

A un examen ultérieur on vérifiera par l'insufflation de l'intestin, ou mieux le lavement baryté, la présence de l'angle gauche du côlon logé sous la coupole surélevée en dehors et en avant de l'estomac et fréquemment infléchi en dedans par la présence de la rate (fig. 3).

Enfin, on profitera du passage à l'écran pour étudier avec soin le fonctionnement du diaphragme.

Avec Lucy, nous avons montré qu'on peut observer dans l'éventration diaphragmatique :

1° L'immobilité respiratoire;

2° La respiration de sens normal mais parfois à course réduite;

3° La respiration du type paradoxal, moins souvent que dans la hernie peut-être;

4° Un type respiratoire mixte où la moitié externe de la coupole suit la traction des côtes (élévation inspiratoire) et la moitié interne la traction du diaphragme sain (abaissement inspiratoire).

Fréquemment on notera un jeu de compensation de la coupole droite.

Évolution et complications. — A l'opposé de la hernie diaphragmatique, l'éventration diaphragmatique ne se traduit que très exceptionnellement par des accidents d'étranglement interne.

Elle affecte une allure essentiellement chronique.

Néanmoins, ce n'est pas un caractère absolu : des périodes de subocclusion ont pu être notées et dans le cas de Glaser les symptômes ont été assez alarmants pour imposer une laparotomie d'urgence.

La symptomatologie que nous avons exposée ne se rencontre pas toujours avec autant de netteté : chez de nombreux sujets, l'éventration demeure latente pendant des années : elle peut alors se révéler par

une complication qui vient démasquer la malformation jusque-là bien tolérée.

Les complications les plus couramment observées chez ces malades frappent les voies respiratoires. La moindre atteinte pulmonaire sera chez eux particulièrement grave. C'est ainsi que la pneumonie leur est fatale. La tuberculisation secondaire est si répandue qu'elle a été envisagée par certains comme la cause possible de l'éventration. Par sa forme commune (phtisie ulcéro-caséeuse) elle est cause dans beaucoup de cas de la mort du malade (Caussade et Fatou). Nous avons observé la tuberculose pleuro-péritonéale et intestinale.

Fréquentes également sont les complications digestives : l'ulcus gastrique est assez souvent relevé chez ces sujets, explicable par les conditions circulatoires anormales de l'estomac plicaturé et aussi par la surélévation du pylore inaccessible à la bile dont on connaît le rôle de saturation du suc gastrique. Cette coexistence d'ulcus gastrique a paru assez courante à Bouchut pour que cet auteur ait pu y voir la cause de l'éventration. Elle explique le cancer gastrique terminal parfois noté chez de tels malades.

Formes cliniques. — Avec Louste, nous avons individualisé trois types principaux :

Le TYPE CARDIAQUE, le plus rare : le malade vient se plaindre de palpitations de cœur à droite, par exemple.

Le TYPE DYSPEPTIQUE caractérisé par l'importance des troubles digestifs : forme aérogastrique, aérocolique, dysphagique, forme simulant l'ulcus, forme associée à l'ulcus (Bouchut), au cancer gastrique, etc.

Enfin, le TYPE PLEURO-PULMONAIRE dans lequel prédominent les accidents dyspnéiques. A ce type se rattachent les formes simulant la pleurésie, le pneumothorax, l'hydro ou le pyo-pneumothorax, la grosse caverne de la base gauche, etc.

Rappelons que la confusion avec la pleurésie et l'hydropneumothorax de la base gauche, si fréquemment commise, a donné lieu à des ponctions exploratrices dont le danger n'est pas à souligner (Caussade et Fatou, in thèse Martial).

A ces formes symptomatiques nous ajouterons deux formes anatomiques qui donnent un tableau clinique très spécial, différant de la forme commune d'éventration gauche que nous avons décrite : ce sont l'éventration droite et l'éventration avec mégacôlon.

Éventration du diaphragme droit. — C'est là une forme rare; il n'en existe que 8 observations sur un total de 130 cas d'éventration diaphragmatique.

En général il y a sinistrocardie. C'est le poumon droit qui est ici réduit au tiers de son volume.

Dans certains cas, l'ascension du diaphragme droit semble conditionnée par la distension du côlon qui s'interpose entre la face supérieure du foie et le diaphragme (mégacôlon dans le cas d'Aronson).

Dans un deuxième ordre de faits, l'éventration droite, manifestement congénitale, est en rapport avec un foie mal formé (foie en dôme de Papillon et Pichon), ou simplement surélevé (cas de Salomon, Maingot et Coste, pris vingt ans auparavant pour un kyste hydatique de la face supérieure du foie).

Les signes physiques diffèrent dès lors : dans la première éventualité l'hémithorax droit est tympanique à la percussion, dans la seconde, au contraire, il est mat, on croit à une pleurésie de la base droite.

Éventration avec mégacôlon. — La coexistence d'éventration diaphragmatique et de mégacôlon n'est pas très rare.

Dans ces cas, l'éventration diaphragmatique siège indifféremment à droite ou à gauche. La dextrocardie est fonction de l'éventration gauche.

Rappelons que la dilatation du côlon est d'ailleurs un fait banal dans l'éventration commune.

Les signes physiques de l'éventration diaphragmatique avec mégacôlon diffèrent de l'éventration diaphragmatique commune par le tympanisme abdomino-thoracique, la voussure de l'abdomen. Dans les cas accentués de mégacôlon la lésion diaphragmatique passe au second plan.

Diagnostic. — L'éventration diaphragmatique est à peu près impossible à diagnostiquer par la clinique seule. Même si les signes physiques permettent de soupçonner l'ascension des viscères dans le thorax, l'examen radiologique est nécessaire pour confirmer le diagnostic, il est indispensable pour préciser s'il s'agit d'une hernie ou d'une éventration diaphragmatique. L'historique de l'éventration du diaphragme est révélateur à cet égard : avant 1900, on rassemble avec peine une douzaine d'observations, toutes des trouvailles d'autopsie. Depuis l'avènement de la radiologie, la même affection, apparaît d'une telle fréquence que nous avons pu en réunir facilement 130 cas publiés dans les diverses littératures (1). Les deux chapitres « Etude radiologique » et « Diagnostic » n'en font qu'un en réalité. En effet, au premier coup d'œil jeté sur l'écran presque toutes les causes d'erreur s'évanouissent, tellement l'image obtenue est singulière et caractéristique.

On éliminera facilement ainsi :

1° *Les affections thoraciques*, en première ligne *les épanchements pleurétiques de la base gauche* (qui comporteraient d'ailleurs la matité constante de l'espace de Traube lorsqu'ils s'accompagnent de dextrocardie) *l'hydro ou pyo-pneumothorax* de la base gauche (l'ingestion de liquide opaque suffit à identifier l'estomac), les différentes dextrocardies sans surélévation diaphragmatique, les tumeurs du médiastin, les affections aortiques, œsophagiennes, l'abcès pulmonaire, etc. ;

2° *Les altérations du diaphragme* : froncements, angulations déterminées par une sclérose pulmonaire susjacente, la paralysie simple du muscle qui se traduit par de l'inertie sans surélévation de la coupole ;

3° *Les affections abdominales* : telles que l'abcès sous-phrénique, les spasmes, ulcère et tumeur du cardia ou de l'estomac, l'aérophagie banale qui comporte un faible degré, variable aux différents examens, de surélévation diaphragmatique.

Éventration ou hernie diaphragmatique? — En réalité, à l'écran, un seul problème diagnostique subsiste : s'agit-il d'une éventration ou d'une hernie, autrement dit la poche à air gastrique identifiée dans le thorax est-elle *sus* ou *sous-diaphragmatique?*

Dans les cas favorables on voit le liseré dia-

(1) En quatre ans, nous avons eu personnellement l'occasion d'en voir 8 cas.

phragmatique distinct coiffant deux coupoles plus petites qui sont les chambres à air gastrique et colique. Assez fréquemment on distinguera la ligne diaphragmatique isolée juste au-dessus du point de jonction des deux chambres à air viscérales.

Malheureusement, le plus souvent, on verra une ligne mince, unique, arciforme à concavité inférieure, jetée en pont de l'ombre cardio-vertébrale au gril costal et coiffant la zone claire aéro-gastrique.

L'épaisseur de cette ligne ne peut servir au diagnostic : un diaphragme dégénéré n'ajoute guère à l'ombre de la paroi gastrique. Mais dans l'éventration cette ligne courbe forme voûte à travers tout l'hémithorax gauche. Aux différentes positions et inclinaisons du sujet et quelles que soient les variations de la pression abdominale (insufflation gastrique, ingestion de potion de Rivière, manœuvres de Chilaïditi, de Valsalva, etc.), on aura toujours *un arc régulier, total, tracé au compas.*

Dans la hernie diaphragmatique au contraire, le passage des viscères au travers d'une brèche plus ou moins large du diaphragme donnera une ligne irrégulière, la masse viscérale pourra être hétérogène, variable aux différents examens, susceptible d'expansion et de déformation dans le thorax sous l'influence d'une augmentation de pression abdominale.

Nous croyons qu'en l'absence de la dissociation des coupoles diaphragmatique et viscérale un des meilleurs signes de présomption d'éventration diaphragmatique et donné par l'*aspect toujours identique à lui-même des images gastrique et colique dans leur ectopie intrathoracique* (estomac en U renversé, angle colique en dehors de l'image gastrique). Dans la hernie au contraire il y a fréquemment des aspects de biloculation de l'estomac, d'estomac en sablier, de poches superposées, avec écoulement en cascade. Le côlon est souvent étranglé à son passage à travers le diaphragme et s'étale au-dessus en forme d'haltère.

Nous signalerons que l'*identification de l'intestin grêle* parmi les viscères ectopiés est un gros élément en faveur de la hernie, sa présence est exceptionnelle dans l'éventration diaphragmatique.

La *pratique du pneumo-péritoine* a été appliquée par Wels à la différenciation de la hernie et de l'éventration diaphragmatique. Cet auteur a pu constater que la ligne diaphragmatique se dissociait ainsi de la coupole gastrique et colique et devenait visible isolément.

En France, Papillon et Pichon, Maingot, Salomon et Coste dans des cas d'éventration droite ont réussi, par ce procédé, à isoler la coupole diaphragmatique de la convexité hépatique sous-jacente.

Il y a là donc une méthode particulièrement démonstrative à laquelle ou aura recours dans les cas douteux.

D'autres signes différentiels ont été proposés; la plupart d'entre eux ne méritent pas d'être retenus.

Nous rappellerons ainsi pour mémoire : le *signe de Kienböck,* ou phénomène de la respiration paradoxale pathognomonique de la hernie diaphragmatique pour cet auteur, tandis que l'éventration comporterait un jeu respiratoire de sens normal.

D'accord avec les Italiens, nous estimons avec Lucy que ce signe n'a aucune valeur : la respiration paradoxale existe parfois dans l'éventration et chez un même sujet peut apparaître ou disparaître si l'on fait varier sa position et les conditions de pression abdominale.

Le *signe de Schlippe* donné par l'étude de la pression intragastrique pendant l'inspiration et l'expiration.

L'*électrisation du nerf phrénique à l'écran,* susceptible, chez des cas favorables d'éventration, de montrer la contraction de la coupole au-dessus des viscères.

Le *signe de Korus* basé sur l'égalité d'ampliation des deux hémithorax en cas de hernie et l'élargissement inspiratoire du côté lésé en cas d'éventration.

Le *signe de Cuendet* soulagement postprandial dans l'éventration, aggravation des signes fonctionnels après le repas dans la hernie.

Les *caractères évolutifs dissemblables des deux affections* ont été proposés pour différencier l'éventration de la hernie. D'une façon générale, les symptômes observés seraient moins graves dans l'éventration : évolution chronique, absence de signes d'occlusion.

En outre, il est fréquent de relever dans les antécédents des sujets atteints d'éventration diaphragmatique des présomptions de lésion congénitale (palpitations de cœur à droite, dès l'enfance); les antécédents traumatiques, au contraire, font défaut.

En réalité, ce sont là des éléments de probabilité auxquels on aurait tort de se fier dans les cas douteux.

L'impression de bénignité des signes fonctionnels est trompeuse : il y a des hernies diaphragmatiques absolument latentes (J. Quénu, Cade et Montaz). Les antécédents traumatiques font naturellement défaut dans les hernies congénitales et, d'autre part, le fait d'avoir une éventration diaphragmatique ne met pas à l'abri des traumatismes.

Ceci légitime la règle que nous avons émise en tête de ce chapitre : le diagnostic différentiel de la hernie et de l'éventration diaphragmatique est, avant tout, un diagnostic radiologique.

Traitement. — De par sa nature vraisemblablement congénitale, de par l'étendue des modifications anatomiques qu'elle détermine, l'éventration diaphragmatique semble au premier abord plutôt justiciable d'un traitement palliatif, purement médical que d'un traitement chirurgical.

Mais, à vrai dire, le médecin est à peu près désarmé devant les troubles que cette malformation engendre. On tâchera de combattre l'aérophagie qui accompagne et aggrave l'éventration. On se trouvera bien de proscrire les grands repas copieux et de les remplacer par des repas légers plus fréquents.

Les complications gastriques et pulmonaires seront l'indication de traitements particuliers.

Mais dans certains cas où l'aggravation progressive des symptômes rend la vie excessivement pénible au malade et compromet son existence, on envisagera l'opportunité d'un traitement chirurgical.

La *plicature du diaphragme* suivant l'idée théorique exprimée par Wood en 1916, a été réalisée par Lerche en 1921, par P. Duval et J. Quénu en 1924.

Bien que Lerche ait employé avec succès la laparotomie, il semble que la *thoraco-laparotomie* suivant la technique préconisée par A. Schwarz et J. Quénu soit la voie de choix.

Le pneumopéritoine et le pneumothorax préalables (J. Quénu) permettront de mettre en évidence les adhérences éventuelles des organes thoraciques et abdominaux au diaphragme (diagnostic d'opérabilité). En dehors des réserves basées sur l'état géné-

ral précaire ou l'âge avancé du sujet, la tuberculose pleurale ou pleuro-péritonéale contre-indique l'intervention.

Si le malade accuse des troubles gastriques importants en rapport avec un ulcus surajouté, il sera logique d'agir par laparotomie sur l'ulcus et de rétablir par une anastomose gastro-gastrique, le circuit stomacal défectueux. Enfin, lorsqu'il y a coexistence de mégacôlon, on pourra obtenir la correction de l'éventration par la seule résection du mégacôlon en cause. Ici, encore la laparotomie suffira : c'est ainsi que dans le cas d'Aronson, après colectomie segmentaire, le diaphragme s'abaissa de plusieurs travers de doigts et récupéra un jeu respiratoire sensiblement normal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1924)

Le pouvoir bactériolytique du colostrum et du lait. — M. J. et Mlle M. BORDET. Le colostrum vis-à-vis de certains bacilles manifeste un pouvoir lytique d'une puissance vraiment formidable. On constate également un fort pouvoir lytique dans le lait de femmes accouchées depuis un demi, deux et trois mois.

Ces constatations relatives au colostrum et au lait offrent de frappantes analogies avec celles qui ont été signalées, concernant les larmes, le mucus nasal de l'homme et le blanc d'œuf par Fleming et Allison dans une série de remarquables travaux.

Il apparaît donc que la protection de l'organisme normal est assurée par une double enceinte et que le rempart extérieur qui à lui seul suffit déjà à arrêter de nombreux ennemis est représenté par l'activité lytique des humeurs et notamment des sécrétions fort exposées aux contaminations.

Sur la représentation de la composition chimique de la matière vivante. — M. W. VERNADSKY.

Sur le métabolisme des purines dans le diabète insipide. — Mlle Eliane LE BRETON et M. Charles KAYSER. Dans une même série, la polyurie et la quantité de bases puriques autres que l'acide urique varient parallèlement.

Plus la polyurie est intense, plus le rapport acide urique-hypoxanthine est petit, c'est-à-dire que la quantité de bases puriques éliminées augmente par rapport à l'acide urique.

Les mouches ne jouent pas de rôle dans la dissémination de la fièvre aphteuse. — M. C. LEBAILLY a fait un certain nombre d'expériences qui lui ont montré que, contrairement à l'opinion courante, les mouches ne jouent aucun rôle dans la propagation de la fièvre aphteuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1924)

Vœu sur la protection de la santé publique en Tunisie. — M. LE PRÉSIDENT rappelle que M. Dinguizli dans une de ses dernières communications (1) avait proposé que l'Académie émette un vœu en faveur des réformes que, dans cette communication, M. Dinguizli, proposait comme urgentes.

— Cette proposition, mise aux voix, a été adoptée et le vœu demandé a été émis par l'Académie.

Les assurances sociales et l'exercice de la médecine en Alsace et en Lorraine. — M. G. WEISS (de Strasbourg) montre quelle a été l'influence de l'assurance obligatoire contre la maladie sur l'exercice de la médecine en Alsace et Lorraine. La majeure partie de la population des villes et des campagnes se trouvant inscrite dans les caisses, le médecin praticien ne peut vivre qu'en étant médecin de caisses.

Ces caisses, devenues de puissantes administrations comparables aux grandes Compagnies d'assurance, et jouissant du fait de la loi, de pouvoirs très étendus, se sont associées en une union. Les médecins, menacés dans le libre exercice de leur profession, se sont eux-mêmes groupés en syndicats fortement organisés, puis en une Fédération, où ils sont soumis à une sévère discipline s'étendant même au delà de la médecine de caisses. Peu à peu tout ce qui touche aux services de santé, à la pratique de la médecine publique et privée, à l'enseignement, à l'hygiène, se trouve lié aux assurances sociales, directement ou indirectement.

Il est indispensable pour éviter les conflits et les abus, pour coordonner les efforts, et assurer à chaque service la possibilité d'un bon fonctionnement, qu'au lieu d'être comme aujourd'hui dispersés dans les diverses administrations, souvent rivales, ils soient justiciables d'une autorité supérieure commune.

Au moment où le Sénat va s'occuper du projet de loi sur l'assurance-maladie-invalidité, cette communication prenait une importance spéciale. Elle a été écoutée par l'Académie avec un intérêt tout particulier.

M. LE PRÉSIDENT n'a pas manqué d'en faire ressortir toute l'importance et l'urgente actualité.

M. BALTHAZARD voudrait que dans l'importante communication de M. Weiss on distinguât, d'une part, la question des assurances sociales et, d'autre part, celle des intérêts professionnels.

M. BAR voudrait qu'il fût fait une mention spéciale pour la maternité, les secours à apporter à la femme enceinte lui semblant des plus utiles.

— Une commission est nommée pour étudier les propositions de M. Weiss. Cette commission se compose de MM. Weiss, Sergent, Chauffard, Netter, Tuffier et Bar.

Recherches expérimentales sur la syphilis. — MM. TAURÉGUY et LANCELOTTI.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine en milieu épidémique. — M. Chr. ZOELLER (du Val-de-Grâce) fait une très intéressante communication : Ayant réalisé au cours d'une épidémie de diphtérie des vaccinations au moyen de l'anatoxine diphtérique de Ramon, il apporte les résultats obtenus en l'espace de deux mois et demi. Sur 102 sujets vaccinés à 2 injections d'anatoxine aucun n'a contracté la diphtérie. Sur 41 sujets vaccinés à une injection, un cas de diphtérie fut constaté, d'allure bénigne et qui céda à une seule injection de sérum thérapeutique. En revanche, 108 cas de diphtérie furent constatés chez les non vaccinés pendant la même période.

La première injection d'anatoxine est préparante, la seconde injection est efficiente.

En milieu épidémique, la vaccination et les infections minima collaborent pour installer une immunité antidiphtérique stable. Aussi les résultats obtenus sont-ils supérieurs à ceux que l'étude de l'immunisation vaccinale contrôlée par la réaction de Schick permettait de prévoir.

M. MARTIN propose de nommer une commission chargée d'étudier le travail de M. Zoeller.

Jambe artificielle physiologique. — M. Gabriel BIDOU se basant sur ce principe que la jambe artificielle doit être un membre de remplacement, établie selon les données de la physiologie du mouvement et les principes de la mécanique générale, a cherché à réaliser cette conception nouvelle.

Au point de vue technique, elle est construite en acier, ses articulations sont à roulements à billes, les points de rupture sont compensés. Elle est réglable en tous plans et peut donc retrouver les attitudes anciennes de l'amputé. Elle ne comporte ni verrou, ni mécanisme additionnel d'aucune sorte à commander par le porteur. Elle est entièrement automatique.

Au point de vue physiologique, la jambe artificielle de M. Gabriel Bidou se compose d'un squelette et de muscles.

Le squelette est représenté par des tubes d'acier étiré, cuissard-fémur et jambier-tibia et la musculature par des

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 89, p. 1474, et n° 90, p. 1494.

ressorts à boudin calculés et réglés une fois pour toutes à la demande des besoins de l'amputé.

On retrouve dans ce membre quasi-humain d'une simplicité étonnante et d'une ingéniosité remarquable, toutes les actions et compensations musculaires humaines, les à-plombs normaux, les constantes physiologiques... On peut, enfin, orienter ces parties constitutives, les unes par rapport aux autres avec une précision telle que le mutilé retrouve une symétrie d'équilibre parfaite entre ce membre de remplacement et son membre conservé.

Mécanisme de l'action du citrate de soude en injection intraveineuse. — M. NORMET.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie et accouchements). La liste de présentation porte : En première ligne, M. J.-L. Faure; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Auvray, Pierre Duval, Mauclaire, Potherat, Rouvillois.

Le nombre des votants étant de 72, majorité 37. Au premier tour, M. J.-L. Faure obtient 68 suffrages; M. Duval, 2; M. Auvray, 1 : M. Rouvillois, 1; un bulletin nul.

M. J.-L. Faure est proclamé élu. Le grand nombre de suffrages qu'il a obtenus répond bien à l'unanimité des sympathies que, dans sa brillante carrière, J.-L. Faure a toujours su se concilier.

Nous sommes heureux de lui adresser de tout cœur nos plus affectueuses félicitations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1924)

Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — M. MOUCHET analyse plusieurs observations adressées par MM. Ferrari et Dubouchez (d'Alger). Il s'agit de cas de perforations intestinales ou appendiculaires au cours de fièvres typhoïdes ou de paratyphoïdes. M. Ferrari apporte un premier cas dans lequel le malade au treizième jour d'une fièvre typhoïde présente tous les signes d'une perforation intestinale. Il l'opéra d'urgence et trouva une perforation appendiculaire. Il put enlever l'appendice.

Dans un second cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qui était atteint de paratyphoïde C, perforation intestinale au treizième jour. Intervention d'urgence. Ces deux malades ont guéri.

M. Dubouchez apporte neuf observations de perforations intestinales au cours de fièvres typhoïdes. Quatre furent opérées. Un seul malade guérit, les trois autres succombèrent. Il s'agissait de cas particulièrement graves.

M. Dubouchez rappelle les signes de la perforation intestinale et de la péritonite typhoïdique. Aussitôt le diagnostic porté, il faut intervenir et d'une façon aussi précoce que possible. Car il n'y a pas de traitement médical de la perforasion intestinale typhoïdique. Il faut, ajoute M. Dubouchez, recourir à l'anesthésie locale. Comme voie d'accès, M. Dubouchez préfère l'incision le long du bord du grand droit.

M. Ferrari préfère l'incision médiane sous-ombilicale. M. Mouchet donne la préférence à l'incision iliaque, tout en admettant l'incision médiane sous ombilicale.

Troubles gastro-intestinaux nécessitant, non seulement une gastro-entérostomie, mais aussi une duodéno-jéjunostomie. — M. ABADIE (d'Oran) appelle l'attention sur certains troubles dépendant, non seulement d'une forte dilatation de l'estomac ptosé, mais aussi de poches duodénales.

Dans ces cas, une simple gastro-entérostomie ne suffit pas pour guérir les malades, il faut y ajouter une duodéno-jéjunostomie. C'est ce que M. Abadie a fait sur plusieurs malades qui ont été ainsi immédiatement et définitivement guéris,

alors qu'une simple gastro-entérostomie n'aurait pas enrayé les accidents.

M. SAVARIAUD, dans des cas analogues où le pylore est dilaté, a obtenu de bons résultats de l'exclusion du pylore.

M. GRÉGOIRE fait observer que le drainage de l'estomac n'est pas une opération suffisante pour ces cas, dans lesquels il faut compter avec des accidents septiques toujours possibles. Il faut surtout assurer le drainage du duodénum.

M. DUVAL partage l'avis de M. Grégoire et a vu des malades de ce genre, auxquels on n'avait pratiqué qu'une gastro-entérostomie, mourir d'accidents septiques, quarante-huit heures après l'opération.

M. ABADIE, répondant à ses collègues, insiste sur ce fait que, dans ces cas, c'est la poche duodénale qu'il faut viser.

L'incision transversale antérieure pour attaquer les tumeurs du rein. — M. ABADIE s'est fort bien trouvé de l'incision transversale de M. Louis Bazy pour l'ablation de tumeurs rénales. Il apporte cinq observations : une tumeur polycystique du rein droit, trois kystes hydatiques, un calcul du bassinet.

Chez ces cinq malades, M. Abadie a eu recours à l'incision transversale de M. Bazy qui lui a paru faciliter grandement l'accès sur le rein.

M. CHEVASSU estime que l'incision transversale ne permet pas de voir aussi bien, dans certains cas, que l'incision courbe avec prolongation antérieure toujours possible.

M. Louis BAZY, en proposant son incision, n'a pas prétendu qu'on dût l'appliquer à tous les cas. Il y a certes beaucoup de cas dans lesquels on peut arriver au même résultat par l'incision lombo-abdominale oblique. Mais l'incision transversale lui paraît bien supérieure dans les cas de néphrectomie secondaire par exemple.

M. MICHON reste fidèle à l'incision lombo-iliaque comme lui paraissant donner plus de jour que l'incision transversale, surtout pour les pyélotomies.

M. HARTMANN, après avoir eu recours à l'incision transversale, est revenu à l'incision lombaire oblique.

M. LEGUEU reconnaît que, dans un certain nombre de cas, l'incision transversale de M. Bazy peut avoir des avantages et il y a recours dans certaines circonstances. Mais la voie postérieure lui semble plus simple et plus facile. On fait ce qu'on veut par la voie postérieure et on ne s'expose pas à certains dangers que peut présenter la voie transversale.

M. TUFFIER a commencé par recourir à la voie lombaire. Mais il s'est trouvé parfois assez gêné et peu à peu il s'est ainsi porté vers la voie transversale.

M. ABADIE ne nie pas que, dans bien des cas, la voie lombaire permet de mener à bien les interventions sur les reins. Toutefois l'incision transversale lui a permis des interventions qui eussent été beaucoup plus difficiles par la voie lombaire. Il apporte de nouveaux exemples à l'appui de cette opinion (1).

Troubles fonctionnels gastriques persistant après la gastro-entérostomie. — M. DUVAL considère ces troubles comme étant dus à une dilatation méconnue de la troisième portion du duodénum, nécessitant une nouvelle intervention consistant en une duodéno-jéjunostomie. M. Duval fournit un certain nombre d'exemples de ces persistances des troubles après une gastro-entérostomie. Ce sont des cas dans lesquels le diagnostic a été insuffisant. Il faut toujours examiner radioscopiquement non seulement l'estomac, mais aussi la région duodénale et on constatera alors une dilatation duodénale. Le seul traitement, en pareil cas, est de joindre à la gastro-entérostomie une duodéno-jéjunostomie qui assure une guérison immédiate et définitive.

Ostéosynthèse. — M. DUJARIER répond à M. Thiéry. Il déclare tout d'abord ne s'occuper que des fractures fermées des os longs. Il entre dans des considérations générales d'où il résulte que, selon lui, l'ostéosynthèse assure une plus parfaite coaptation que les moyens habituels et procure de meilleurs résultats fonctionnels.

(1) L'incision transversale n'est pas nouvelle. Il y déjà bien longtemps que Péan l'a proposée et employée.

Qu'a-t-on reproché à l'ostéosynthèse? de provoquer des suppurations qui obligent à retirer le matériel de prothèse. M. Dujarier a observé, en effet, deux cas de ce genre, dont un mortel. Mais ce sont là, dit-il, des accidents tout à fait exceptionnels et qui obligent à enlever les plaques plus tôt qu'on aurait voulu.

Sur 228 malades opérés par ostéosynthèse, 24 fois seulement il a fallu enlever les pièces de prothèse. D'après ses statistiques, M. Dujarier estime qu'il a obtenu 78 p. 100 de bons résultats de l'ostéosynthèse. Il reconnaît que l'opération n'est pas toujours facile et qu'il y faut une grande habitude et une certaine habileté. Dans les cas où il y a de nombreuses esquilles il préfère s'abstenir. En résumé, l'expérience acquise par M. Dujarier lui permet de conclure que l'ostéosynthèse, bien pratiquée, donne de bons résultats, et il lui restera fidèle.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique d'analyses de chimie biologique (1), par René CLOGNE. Préface de M. J. CASTAIGNE, professeur agrégé.

La rapidité avec laquelle la première édition de ce livre a été épuisée est justifiée par le caractère pratique que l'auteur a su lui donner, car chaque chapitre, qu'il s'agisse du sang ou du sérum, de l'urine, du suc gastrique, etc., comporte uniformément quatre divisions : principes, matériel et réactifs nécessaires, technique, critique des résultats, de telle sorte que, pour chaque cas, on est rapidement et exactement fixé sur ce que l'on a à faire. Ajoutons que M. R. Clogne a, non seulement indiqué les méthodes les plus simples de recherches et de dosages et les tours de mains si souvent nécessaires pour arriver à mener rapidement à bien l'analyse, mais encore apporté à sa technique tous les perfectionnements que nécessitent les plus récentes acquisitions de la science. Enfin cette seconde édition s'est enrichie de chapitres relatifs à l'analyse chimique des eaux et à la recherche des médicaments dans l'urine, recherche qui acquiert aujourd'hui une importance particulière en raison des moyens employés pour le contrôle de l'élimination rénale. Ce livre, bien conçu et bien présenté, illustré de nombreuses figures, mérite de voir son succès s'affirmer de plus en plus. J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 8 DÉCEMBRE AU 13 DÉCEMBRE 1924)

THÈSES

Lundi 8 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Gosset, Binet et Heitz-Boyer. — M. LEBON. Etude de la stase colique et de ses formes cliniques. — M. NICOLEAU (P). L'orchite aiguë des enfants.

Mardi 9 décembre. — Jury : MM. Teissier, président; Jeanselme, Achard et Baudouin. — M. LAMBERT (J.). Etude des hémorragies méningées. — M. MAISONDIEU (P.). Etude des manifestations oculaires des oreillons. — Mme CORDIER (M.). L'immunité du nourrisson vis-à-vis des fièvres éruptives. — M. SCIALOM (J.). L'amino-arséno-phénol chez les syphilitiques. — M. MIQUEL (René). Chancre de la gencive.

Jeudi 11 décembre. — Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Duval et Cunéo. — M. RENOUX (G.). L'assistance aux enfants du premier âge, à Paris. — M. TROTSKY (J.). Etude des chondromes de l'omoplate. — M. LEBÉE (Louis). Etude du pronostic des endocardites chez l'enfant. — M. ATANASKOVITCH. Rupture des ligaments croisés et leur traitement chirurgical.

(1) 2e édition, 1 vol. in-16. — Paris, 1924, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — MARDI 9 & JEUDI 11 DÉC. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 9 & JEUDI 11 DÉC. 1924. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 4 décembre. — Questions données : « Etude clinique des complications rénales de la scarlatine. — Formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë non traumatique des membres. »

MM. Loubeyre (Jean), 17; Lotte (Fernand), 24; Foubert (Pierre), 15; Mlles Lefilliatre (Andrée) et Maas (Alice), 19; M. Tariel (Henri) et Mlle Zimmer (Geneviève), 21; MM. Dessaint (Julien), 24; Lacapère (Jean), 26; Lemière (M.), 21.

Séance du 6 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des pleurésies enkystées. — Signes, diagnostic et traitement des hémorragies de la délivrance à terme. »

MM. Barbé (Pierre), 19; Perono (Charles), 18; Servel (Maurice), 25; Mlle Choquart (Marie-Thérèse), 19; MM. Chevereau (André), 23; Chêne (Paul), 24; Wahl (Robert), 22; Lévy (Jean), 27; Avril (Louis), 16.

Séance du 7 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la paralysie infantile. — Signes et diagnostic du cancer de l'œsophage. »

MM. Sigwal (Jean), 19; Lévy (Pierre), 20; Petit (P.), 27; Thiroloix (Paul), 29; Cadilhac (Gilbert), 18; Violet (J.), 16; Mlle Vogt (Claire), 20, MM. Descomps (Hector), 17; Fesquet (François), 16; Bourgeois (Jean-Baptiste), 24.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Médecine.*) — Composition du jury : MM. Papillon, Babinski, Thibierge, Flandin et Ravaut.

Quinze candidats : MM. Hillemand, Marchal, Lelong-Denoyelle, Weismann, Périsson, Basch, Girot, Mathieu, Ollivier, Grellety-Bosviel, Bernard, Coste, Oury et Turpin.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Composition du jury : MM. Sebileau, Moure, Cunéo, Lapointe et Cathala.

Deux candidats : MM. Metzger et Welti.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le docteur Roger Glénard, médecin consultant à Vichy, vient d'être nommé préparateur d'hydrologie thérapeutique au laboratoire du professeur Carnot.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Le concours ouvert le 6 novembre devant la Faculté de Paris pour la nomination à une place de professeur suppléant d'histoire naturelle près l'Ecole de médecine d'Angers, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Marcel David, chef des travaux d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine.

— ROUEN. — M. Guillaume, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de parasitologie.

— M. le docteur Guillouet, chef de clinique chirurgicale, est chargé pendant deux années, à dater du 1er novembre 1924, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— TOURS. — Ont été nommés :

Professeur de clinique médicale : M. le docteur Mercier, en remplacement de M. le docteur Meunier, atteint par la limite d'âge.

Professeur de pathologie interne : M. le docteur Gaudeau, en remplacement de M. le docteur Mercier, appelé à la chaire de clinique médicale.

Professeur d'anatomie : M. le docteur Guillaume, en remplacement de M. le docteur Baudouin, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. le docteur Tiffeneau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pharmacien de l'hôpital Boucicaut, a été proposé par le Conseil de la Faculté des sciences de Paris pour la chaire de chimie du P. C. N.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Maurice Bernard, administrateur délégué de la Société des eaux minérales d'Evian-Cachat.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Fernand Masmonteil (de Paris).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion des dernières Journées médicales de Toulouse, S. M. le Roi d'Espagne a décerné la croix de commandeur de l'ordre d'Isabelle la catholique à M. le doyen Abelous, à M. le professeur Bardier et à notre confrère le docteur Moliméry.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Gauckler (de Paris) et de M. Charles Pépin, docteur en pharmacie, de la maison de produits pharmaceutiques Pépin et Leboucq. Nous adressons à sa veuve et à ses associés nos sincères condoléances.

PRATIQUE MÉDICALE

LA LITHIASE BILIAIRE

SON ÉTIOLOGIE. SON TRAITEMNNT ACTUEL

Par le docteur VIADEL.

Jusqu'à ces dernières années, l'étiologie de la lithiase biliaire reposait presque uniquement sur l'opinion émise par Bouchard, et qui constituait la *théorie humorale*. La lithiase rentrait dans le groupe des maladies de la nutrition.

Tout en reconnaissant, que la notion étiologique d'un trouble nutritif ne doit pas être entièrement rejetée en ce qui concerne la lithiase, elle est cependant insuffisante et ne saurait, par exemple, expliquer la précipitation de la cholestérine, origine des calculs (Naunyn).

La *théorie microbienne*, toute moderne, a des bases plus solides et l'on admet aujourd'hui comme une vérité à peu près constante, que tout lithiasique est un *infecté des voies biliaires* (Gilbert). La précipitation de la cholestérine est fonction d'une angiocholécystite causale comme Naunyn l'a très bien vu. La nature microbienne de cette inflammation des voies biliaires est prouvée par l'existence au centre des calculs, de micro-organismes vivants ou morts, parmi lesquels, la première place revient au colibacille et au bacille d'Eberth. Enfin, l'expérimentation a pu déterminer, chez les animaux, la production de calculs biliaires caractéristiques en partant de ces mêmes germes infectants (Gilbert et Fournier, Mignot).

La lithiase biliaire est donc la conséquence d'une infection légère, contre laquelle l'organisme réagit en amenant, ainsi que le dit Nobécourt, la formation de calculs autour des agents microbiens pour les annihiler. Ce serait une réaction de défense.

Mais, à côté de cette étiologie, désormais scientifique, existe le rôle du terrain. Certains troubles physiologiques peuvent entraîner une stase biliaire et parmi eux, il faut citer, en particulier, les altérations *qualitatives et quantitatives de la bile*. Il s'agit là de phénomènes d'altération demandant, pour se produire, une prédisposition familiale comme la cholémie, par exemple, si bien étudiée par Gilbert.

Il faut donc, pour la pratique médicale, retenir cette notion : la lithiase biliaire est fonction d'une angiocholécystite microbienne, mais elle demande pour se développer des conditions favorables du terrain (Nobécourt), et, il faut ajouter, l'existence de troubles cellulaires, portant en particulier sur la fonction biligénique.

Ce sont ces notions essentielles qui dominent le traitement actuel. Agir uniquement sur l'affection lithiasique par une action désinfectante intestinale et biliaire, c'est répondre assurément à l'une des indications de l'étiologie, mais ce n'est pas suffisant; agir sur le terrain seulement, et spécialement sur la cellule hépatique, pour relever son fonctionnement par une opothérapie appropriée, c'est encore remplir l'une des indications étiologiques, mais cela ne suffit pas non plus. *Il faut agir* TOUT A LA FOIS *par les deux moyens thérapeutiques, en utilisant, d'une part, l'hexaméthylène-tétramine*, dont l'action désinfectante biliaire est bien connue (Chauffard), d'autre part, en s'adressant à l'*opothérapie* hépato-biliaire.

Larcher (1), Vialard (2), E.-L. Galand (3) ont bien établi la nécessité de cette synergie médicamenteuse, lorsqu'ils ont publié leurs observations de lithiase traitée par cette méthode. C'est ainsi qu'ils ont constaté une rapide amélioration des malades chez qui ils avaient administré l'*association des acides biliaires purs et de l'hexaméthylène-tétramine*, entrée dans la thérapeutique de ces dernières années sous le nom de Félamine.

Ces auteurs ont montré que si les sels biliaires sont, d'après Roger, le plus puissant des cholagogues, ils doivent être utilisés, à l'état pur, c'est-à-dire *décholestérinisés*.

Il est inutile d'insister sur ce sujet, car il est évident que, pour combattre la lithiase, l'utilisation de la bile pure ou de préparations biliaires non *décholestérinisées*, est une erreur thérapeutique et un danger.

Cette absence de cholestérine facile à constater dans la Félamine en se servant du chloroforme, dissolvant de la cholestérine, est l'une des supériorités pratiques de cette médication.

Notre expérimentation personnelle confirme les travaux de Larcher et de Vialard, car dans 16 cas de lithiase biliaire que nous avons traités par ce médicament, nous avons obtenu des résultats fort intéressants et que nous croyons utile de signaler.

Tout d'abord, nous avons observé que si la crise de coliques hépatiques est, avant tout, tributaire de la médication sédative (opiacés, bellafoline, éther amylvalérianique), l'utilisation de la félamine, aussitôt après la période douloureuse aiguë, exerce sur l'évolution de la crise une action heureuse en favorisant l'élimination des calculs et en supprimant l'infection. La vésicule, en effet, devient moins douloureuse, elle diminue de volume et la température s'abaisse.

Ce fait est à peu près constant; nous utilisons dans ce cas particulier 5 à 8 comprimés en trois doses, dans les vingt-quatre heures.

Mais, c'est à titre préventif que l'association des acides biliaires purs et de l'héxaméthylène-tétramine donne encore de remarquables résultats et nous pouvons poser en principe que tout lithiasique faisant une cure prolongée (deux semaines par mois, à raison de quatre comprimés par jour) constate que ses crises s'espacent, sont beaucoup moins douloureuses et même, dans la plupart des cas, ne se reproduisent plus.

La région hépato-biliaire devient peu à peu insensible à la palpation et à la percussion, l'hypocondre reprend sa souplesse, et la fonction intestinale se régularise.

Ce dernier fait est important à signaler.

On peut dire, en effet, que dans ces cas de constipation symptomatique, et, d'une façon générale, dans la constipation par acholie, le traitement par la félamine doit être préconisé. Le récent travail du docteur E.-L. Galand (4) est à consulter à ce sujet, car il apporte des faits nouveaux fort intéressants.

(1) LARCHER *Sciences méd.*, 15 janv. 1923.
(2) VIALARD. *Journ. des prat.*, 1er déc. 1923.
(3) E.-L. GALAND. *Concours méd.*, nov. 1924.
(4) E.-L. GALAND. *Loc. cit.*, nov. 1924.

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION DE LA COURBE THERMIQUE

DANS QUATRE CAS D'INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES

ACTION DE LA RÉTENTION AZOTÉE SUR LA FIÈVRE

Par A. LEMIERRE. Étienne BERNARD et Paul ROUX.

Nous avons récemment, et à plusieurs reprises, attiré l'attention sur l'influence qu'excerce l'apparition de l'azotémie sur l'évolution de la courbe thermique au cours des maladies infectieuses. Nous avons dit que les urologues, depuis longtemps frappés, de voir des sujets atteints de graves suppurations du rein et des voies urinaires, présenter une température normale ou au-dessous de la normale, avaient invoqué, pour expliquer cette anomalie, l'action hypothermisante de l'urémie. De même, c'est un fait connu de tous et relaté dans tous les traités de pathologie générale que l'insuffisance rénale, au cours des infections, est capable d'entraîner un abaissement de la température.

Il n'était pas toujours aisé jadis de dépister l'insuffisance rénale compliquant un état infectieux grave, même lorsque le fléchissement de la courbe thermique, ne coïncidant avec aucune amélioration, mais, bien au contraire, avec une aggravation de l'état général, permettait de soupçonner cette insuffisance. Les lésions rénales qui se constituent en pareille circonstance ne s'accompagnent, en général, pas d'œdèmes, pas de modifications importantes des urines ; l'albuminurie peut rester légère et ne pas dépasser ce que l'on voit habituellement au cours des maladies fébriles. La céphalalgie, la dépression nerveuse, la sécheresse de la langue peuvent être mises sur le compte de l'affection causale. Seuls les troubles digestifs apparaissant en même temps que la chute de la température, vomissements et diarrhée, sont plus significatifs. Encore font-ils souvent défaut et ne sont-ils pas pathognomoniques.

Actuellement, rien n'est plus facile que de mettre en lumière cette insuffisance rénale. D'après nos constatations répétées, c'est l'azotémie et l'azotémie seule qui est responsable des abaissements thermiques parfois considérables, qui surviennent chez les infectés atteints de complications rénales. Le dosage de l'urée sanguine permet donc du même coup et d'établir l'existence de ces complications et la raison de l'abaissement thermique.

C'est là une éventualité qui est loin d'être rare. Depuis que notre attention a été attirée sur ce phénomène, nous avons eu maintes fois l'occasion de le constater et nous avons déjà fait allusion à certaines observations d'Achard, Leblanc et Rouillard, de Jouve-Balmelle, de Caussade et Foucart, de Mozer où l'action hypothermisante de l'urée, au cours de fièvres typhoïdes, d'endocardites malignes, de pneumonies apparaît d'une façon évidente.

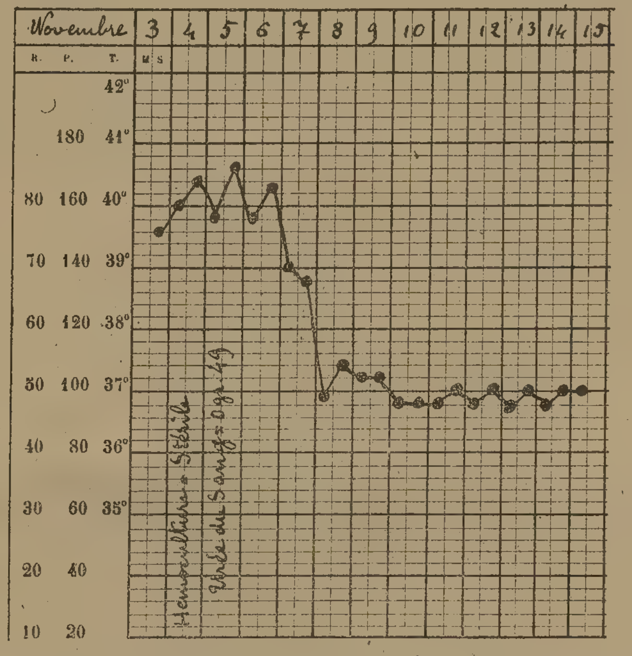
Nous désirons aujourd'hui rapporter trois observations d'infections mortelles à streptocoque, dans lesquelles certaines particularités de la courbe thermique nous ont amenés à soupçonner l'existence de la rétention azotée que l'examen du sang nous a permis de mettre immédiatement en lumière. Elles montrent parfaitement, à notre avis, dans quelle mesure l'azotémie est capable d'agir sur la marche de la température ; mais pour que les phénomènes que nous désirons souligner se détachent avec plus de netteté, nous exposerons tout d'abord l'histoire d'un érysipèle grave du pharynx et de la face non compliqué d'azotémie et terminé d'ailleurs par la guérison. Un simple coup d'œil jeté sur les quatre courbes de température ci-jointes en dira plus que la lecture des observations elles-mêmes.

Observation I. — *Erysipèle du pharynx. Otite moyenne droite. Erysipèle de la face. Absence d'azotémie. Guérison.* — Mme B..., soixante-huit ans, blanchisseuse, entre le 3 novembre 1924, à l'hôpital Bichat. Elle n'a jamais eu comme maladie antérieure qu'une congestion pulmonaire à trente-six ans. Elle a eu sept enfants dont cinq sont mort de méningite tuberculeuse ou de tuberculose pulmonaire.

Sa maladie actuelle a commencé il y a six jours par un violent accès de fièvre avec frisson. En même temps, elle a souffert dans la gorge et dans l'oreille droite. Elle s'est soignée d'abord chez elle, puis s'est fait conduire à l'hôpital.

Quand nous l'examinons le matin du 4 novembre, sa température est à 40 degrés, le pouls à 92. Elle n'est aucunement déprimée et donne avec une très grande facilité des renseignements sur son état. La région cervicale supérieure est légèrement tuméfiée, de même que la moitié gauche de la face, particulièrement dans la région préauriculaire. On constate l'existence de ganglions tuméfiés et douloureux à l'angle de la mâchoire, dans la région cervicale, dans la région sous-mentale et dans la région préauriculaire gauche. Il existe un coryza séreux. De l'oreille droite s'écoule une sérosité purulente. La langue est sèche. L'examen de la gorge montre une énorme tuméfaction rouge vif du voile du palais et de la luette. La dysphagie est très marquée.

De plus, il existe du tirage, du cornage ; la pression du larynx et da la partie supérieure de la trachée réveille une vive douleur.



Les poumons sont normaux. Le cœur régulier présente un léger souffle systolique à la pointe. Le foie est normal. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni urobiline. La rate est percutable sur trois travers de doigts. Rien d'anormal au système nerveux.

Examen du sang : Leucocytes 20.000 ; polynucléaires neutrophiles, 82 p. 100.

Hémoculture : Négative.

Dosage de l'urée du sang : 0g49.

On porte le diagnostic d'érysipèle du pharynx ayant envahi l'oreille droite, le larynx et la partie supérieure de la trachée.

Dès le lendemain, l'érysipèle envahit toute la face et s'y développe les jours suivants avec une grande intensité provoquant une tuméfaction énorme et amenant pendant quarante-huit heures l'occlusion complète des deux paupières.

Mais en même temps que la face est envahie le cornage, le tirage et la douleur laryngo-trachéale disparaissent.

Les jours suivants, la tuméfaction et la rougeur du pharynx diminuent. La température se maintient entre 40 degrés et 40°5, en plateau, le pouls aux environs de 100. Les urines sont rares, mais ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni urobiline.

Malgré la violence des phénomènes généraux et locaux, la malade n'est aucunement déprimée ; elle dort bien, boit abondamment. Elle ne souffre pas et se déclare satisfaite.

Le 8 novembre, la température tombe brusquement à 38°8, le 9 novembre à 37 degrés.

Cette brusque défervescence s'accompagne d'un soudain affaissement des lésions inflammatoires de la face où une large desquamation commence immédiatement. Euphorie extrême.

L'appétit s'éveille et la malade mange avec plaisir.

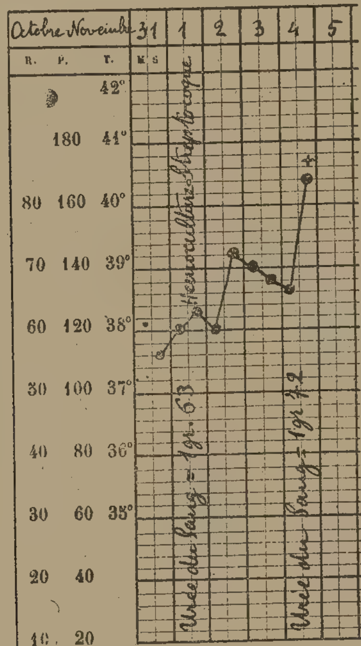
Les urines qui étaient restées jusque-là à 500 centimètres cubes par jour, montent brusquement à 3 litres le 10 novembre et se maintiennent à ce chiffre les jours suivants.

La malade sort de l'hôpital le 15 novembre.

Obs. II. — *Erysipèle de la face. Septicémie à streptocoques. Arthrites purulentes. Azotémie. Mort. A l'autopsie : endocardite végétante des sigmoïdes aortiques.* — K... (Léon), âgé de soixante-treize ans, entre le 31 octobre 1924 à l'hôpital Bichat. Il a présenté chez lui un érysipèle de la face qui a évolué avec une température au-dessus de 39 degrés et pendant lequel il a souffert seulement de céphalalgie. Puis il a commencé à souffrir fortement de son genou et de son pied droits qui ont enflé et sont devenus rouges.

Le soir de l'entrée à l'hôpital, la température est à 37°7.

Le lendemain 1er novembre. — Température 38°-38 7. Le malade est un peu agité, euphorique. L'érysipèle de la face a disparu. Il ne persiste plus que de la tuméfaction de la lèvre inférieure. La langue est sèche. Le pharynx apparaît rouge vif, tuméfié, nettement érysipélateux ; le malade ne se plaint ni de douleur à la gorge, ni de gène de la déglutition. Le cou de pied et la jambe droits sont le siège d'un gonflement étendu avec rougeur érysipélateuse. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et la pression de cette articulation sont très douloureux. Le genou droit contient un peu de liquide, mais n'est ni rouge, ni douloureux. Par contre l'articulation du premier métatarsien et du gros orteil droits est tuméfiée, rouge et très douloureuse.



Anorexie, soif très vive.

Cœur rapide et irrégulier, pas de souffle.

Tension artérielle 19-10 au Vaquez.

Quelques râles sous-crépitants à la base du poumon gauche.

Urines : ni sucre, ni albumine ; mais urobiline en abondance.

Système nerveux normal. Rien à signaler dans les antécédents.

Hémoculture — Streptocoque hémolytique.

Leucocytose sanguine. — 32.000 leucocytes par millimètre cube.

Urée du sang. — 1g63.

Ponction de l'articulation tibio-tarsienne. — Pus contenant du streptocoque en abondance.

Dès le lendemain la situation s'aggrave. La température s'élève à 39 degrés et s'y maintient. L'adynamie est profonde. Le 3 novembre au matin on trouve sur le dos du pied droit une large phlyctène remplie de sérosité fourmillant de streptocoques ; le soir on trouve de la tuméfaction et de la rougeur à l'articulation phalango-phalanginienne du médius gauche avec douleurs violentes à la palpation et à la mobilisation de ces articulations.

Le 4 novembre. — Le malade est dans le coma. On trouve une large plaque d'érysipèle sur le flanc gauche.

Urine, pas d'albumine, mais urobiline.

Urée du sang : 1g72.

Le soir ascension de la température à 40°4.

Le malade meurt à 19 heures.

Autopsie. — *Cœur* volumineux, Elargissement de toutes les cavités. Sur les trois valvules sigmoïdes aortiques végétations en crêtes de coq récentes.

Poumons normaux.

Foie. — 1.420 grammes. Contient un kyste hydatique en dégénérescence caséeuse, du volume d'une mandarine.

Rate. — 305 grammes ferme et violacée.

Reins. — 180 grammes et 185 grammes. Congestionnés.

Capsules surrénales normales.

Encéphale. — Normal.

Articulation tibio-tarsienne droite. — Remplie de pus.

Obs. III. — *Erysipèle serpigineux. Septicémie à streptocoques. Azotémie. Mort.* — Mme K..., soixante-trois ans, entre le 27 juin 1924 à l'hôpital Bichat. Elle s'est fait une piqûre à la main droite, trois semaines auparavant avec une arête de dorade. Les jours suivants sa main et son avant-bras sont devenus rouges et douloureux. Elle a eu de la fièvre et c'est pourquoi elle est entrée à l'hôpital.

La malade est abattue, asthéniée ; elle répond aux questions correctement mais avec une extrême lenteur. La température est à 38°2. A la main et à l'avant-bras droit on constate une large desquamation ; l'épiderme se détache en larges plaques au-dessous desquelles la peau n'est ni rouge, ni tuméfiée ; cette région n'est aucunement douloureuse. Mais on constate une série de placards déterminés sur les téguments du tronc, des seins, de la face antérieure des cuisses, du bras gauche. Ces placards sont rouge vif, chauds, saillants ; au pourtour de certains d'entre eux on trouve un bourrelet érysipélateux typique. A la face les deux pommettes sont le siège d'un placard rouge, avec bourrelet périphérique. Pouls 100, bien frappé. Cœur normal. TA. 12 1/2-7 1/2 au Vaquez. Soif vive. Langue sèche.

A la base du poumon droit petit foyer soufflant avec râles sous-crépitants. *Foie* légèrement tuméfié. *Rate* normale. *Reflex et yeux* normaux.

Urines. — Traces d'albumine. Ni sucre, ni urobiline. Leucocytose : 25.000. Poly. neutrophiles 96 p. 100.

Le 29 juin. — Température 38°3-38°7. Grand placard érysipélateux sur le front et la paupière gauche.

Hémoculture donne un streptocoque hémolytique.

Le 30 juin. — *Les 1, 2 et 3 juillet.* — La température se maintient à 39 degrés, le pouls entre 100 et 104. La langue reste sèche. La malade est abattue ; elle perd en partie ses matières et ses urines. Les urines contiennent des traces d'albumine non dosables au tube d'Esbach. Tous les placards érysipélateux s'étendent en surface. Un nouveau placard, très large apparaît dans la région lombaire. Celui de la face antérieure de la cuisse droite descend jusqu'au dessous du genou.

Le 4 juillet. — Chute brusque de la température à 37°5 le matin, 38 degrés le soir. Vomissements.

Tension artérielle 11-7.

Le 5 juillet. — Température 37°-37°4. Nouveau placard érysipélateux à la face dorsale de la main et de l'avant-bras gauches, d'un aspect presque phlegmoneux. Diarrhée pendant la nuit. Vomissements répétés. Abattement. Langue sèche.

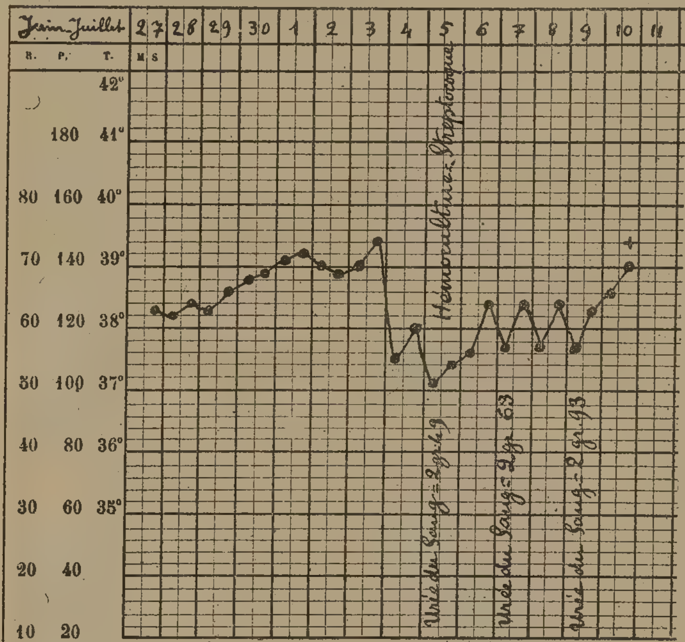
Ebauche de signe de Kernig et signe de Babinski bilatéral ; de même signes d'Oppenheim et de Gordon positifs. Persistance des réflexes rotuliens et achilléens. Pas de raideur de la nuque.

Ponction lombaire. — Liquide céphalo-rachidien normal au point de vue cytologie et albumine.

Hémoculture. — Streptocoque hémolytique.

Urée du sang. — 2^g49.

Le 6 juillet. — Température 37°6-38°4. Tension artérielle : 9-7. Les placards érysipélateux s'affaissent et pâlissent. Incontinence des matières et des urines. Petite eschare sacrée. Globules blancs : 27.7000. Polynucléaires 91 p. 100.



Urée du sang : 2^g49.

Les 7, 8 et 9 juillet. — Température oscillant entre 37°8 et 38°5. Pouls entre 92 et 112. Cessation de la diarrhée et des vomissements. Torpeur. Langue sèche. Léger œdème des jambes. Persistance du signe de Babinski. Dans une phlyctène apparue au genou étroit, on trouve du streptocoque.

Urée du sang. — Le 7 juillet 2^g63, le 9 juillet 2^g93. Leucocytose : 27.000. Poly. neutrophiles 97 p. 100.

Le 10 juillet. — Température 38°6-38°9. Pouls 108. Torpeur. Extension de l'eschare sacrée. Apparition d'eschares aux deux talons. Diarrhée. Signe de Babinski. Délire. *Urée du sang* : 3^g09.

La malade meurt à vingt-deux heures.

Autopsie. — Tous les organes sont dans un état avancé de putréfaction. On peut néanmoins distinguer dans la substance corticale des deux reins de nombreux points et des stries jaunâtres ayant toutes les apparences d'abcès miliaires. Pas d'endocardite végétante.

OBS. IV. — *Colique hépatique. Obstruction calculeuse du cholédoque. Angiocholécystite. Azotémie. Hématuries. Mort. Bile fourmillant de streptocoques à l'autopsie.* — Mme B..., âgée de soixante-douze ans, entre à l'hôpital Bichat le 7 septembre 1924. Elle a eu, pour la première fois de sa vie, dix jours auparavant, une crise de colique hépatique accompagnée de frissons et presque immédiatement suivie d'un ictère qui a persisté depuis lors.

A son entrée la malade présente un ictère foncé des téguments, ses urines, peu abondantes, très ictériques, contiennent des pigments et des sels biliaires; ni sucre, ni albumine. Elle dit ne pas être allée à la selle depuis huit jours et ne sait pas si ses matières sont décolorées.

La langue est très saburrale, mais humide. En palpant l'abdomen, on trouve au-dessous du rebord des fausses côtes, à droite, une masse qu'on délimite mal en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale et de la contracture musculaire. Cette masse est mate, elle semble se prolonger au-dessous du foie qui paraît lui-même augmenté de volume à la percussion, mais qui n'est pas palpable. La palpation de l'hypocondre est douloureuse, mais les douleurs spontanées ont disparu. Pas de vomissements; la malade déclare avoir un peu d'appétit.

Température : matin, 38°5 ; soir, 38°8. Pouls, 96.

Cœur normal. Tension artérielle, 15 1/2-9 au Vaquez. Diminution du murmure vésiculaire à la base du poumon droit.

Réflectivité normale. Pas de purpura, pas d'hémorragies, pas de prurit.

Prolapsus utérin avec saillie du col par l'orifice vulvaire. La malade déclare avoir toujours son flux menstruel; chez elle la ménopause a fait défaut.

Traitement : glace sur l'abdomen. Diète lactée.

Le 9 septembre. — Ictère plus accentué. La malade a été à la selle avec un lavement : les matières ne sont pas décolorées. Température, 38°1-38°5. Pouls, 90.

La palpation de l'abdomen est plus douloureuse et la contracture de la paroi plus marquée.

Le 10 septembre. — Température, 37°4-37°6. Pouls, 80. L'ictère n'a pas varié. Matières fécales encore colorées. Palpation de l'abdomen moins douloureuse.

Le 11 septembre. — Température, 36°8-37°1. Pouls, 80. L'ictère est moins foncé. La malade déclare se trouver mieux.

Le 12 septembre. — Température, 36°4-37°3. Ictère plus marqué. Matières fécales complètement décolorées. La douleur locale a diminué. Pourtant la malade paraît plus affaissée. La langue est un peu sèche.

Le 13 septembre. — Température, 36°7-37°2. Selles décolorées. Malade très abattue. Langue sèche.

Le 14 septembre. — Température, 36°7-36°6. Même état.

Le 15 septembre. — Température, 36°8-36°5. Teinte terreuse, yeux excavés, langue sèche. Abattement. Mêmes sensations à la palpation de l'abdomen.

Le 16 septembre. — Température, 36°-2-36°4. Pouls, 80.

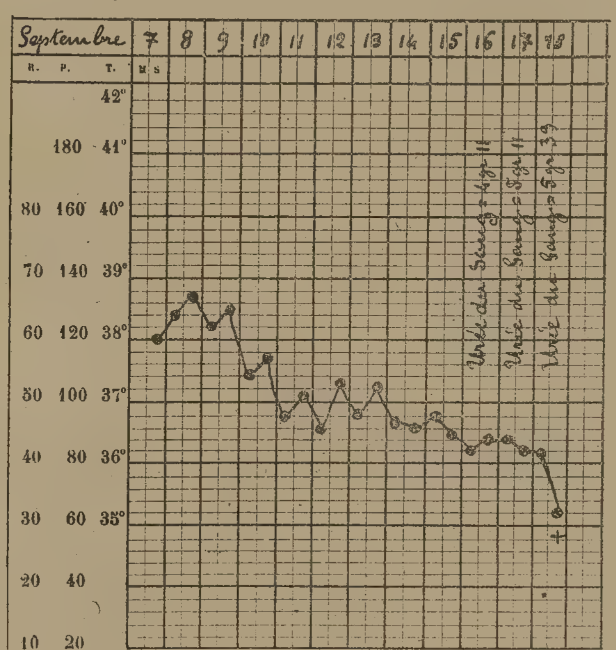
Même état de prostration et même aspect. La malade dit souffrir un peu de l'abdomen. Le dosage de l'urée sanguine donne 4^g11 p. 1.000.

Le 17 septembre. — Température, 36°4-36°3. Pouls, 96.

Torpeur profonde. Hoquet intermittent. Météorisme abdominal assez marqué. Urée du sang : 5^g11.

Le 18 septembre. — Température, 36°2-35°2. Pouls, 84.

Même état. La malade gémit, mais déclare ne pas souffrir. La malade a émis des urines hémorragiques et le cathétérisme vésical donne des urines uniformément hémorragiques. Urée du sang : 5^g39.



La malade meurt le 19 septembre, à 9 heures du matin.

Autopsie. — *Poumons, cœur, rate, pancréas, capsules surrénales*, normaux.

Foie assez gros, mou, de coloration brunâtre.

Vésicule biliaire entourée d'adhérences faciles à rompre ; parois non épaissies. A moitié remplie par une bile jaunâtre et visqueuse, d'aspect un peu purulent.

De plus, il s'y trouve un calcul gros comme une noisette. Le canal cystique et le canal cholédoque sont dilatés et remplis de calculs empilés.

Les canaux hépatiques extra et intrahépatiques sont également très dilatés et remplis de bile visqueuse.

Sur les coupes du foie la bile ruisselle des canaux biliaires sectionnés et l'on peut exprimer le foie comme une éponge.

Reins colorés en brun par la bile, de volume et de consistance normaux. A leur surface se trouvent des arborisations vasculaires nombreuses. Les bassinets sont un peu élargis. Les deux uretères sont dilatés et remplis de sang. La vessie est remplie d'urine sanglante, mais est elle-même d'aspect normal.

Encéphale normal.

Examen microscopique de la bile. — On y constate sur les préparations une quantité énorme de streptocoques, aussi nombreux que dans une culture. Pas d'autres microbes visibles.

La première de nos observations concerne un érysipèle sévère ayant envahi d'emblée le pharynx, l'oreille moyenne, le larynx et l'extrémité supérieure de la trachée, pour gagner ensuite la face et s'y développer avec une intensité toute particulière. Et pourtant chez cette femme de soixante-huit ans, présentant des lésions streptococciques si fortement inflammatoires et si étendues, l'organisme n'a manifesté aucun fléchissement. La fièvre s'est installée brusquement. Elle est ensuite restée en plateau à 40 degrés ; puis, vers le neuvième jour, est survenue une défervescence subite, annonciatrice de la guérison totale et définitive.

Ici, rien ne semble avoir contrarié la violence de la réaction thermique. La courbe de la température a été d'une régularité remarquable. Elle n'a eu aucune tendance à la défaillance avant la défervescence définitive. Le dosage de l'urée sanguine pratiquée au huitième jour de la maladie a donné 0g49.

Quand on compare cette première courbe de température aux trois suivantes, on a peine à croire qu'il s'est agi chaque fois d'infection due au même agent pathogène. Dans nos trois derniers cas, terminés par la mort, une affection locale s'est compliquée de septicémie streptococcique. Pourtant la réaction fébrile a été coupée de rémissions et a été, dans son ensemble beaucoup moins vive que dans la première observation, où l'infection sanguine a fait défaut.

Chez le malade de l'observation II, la température était à 37°5 le jour de l'entrée à l'hôpital et autour de 38 degrés le lendemain. Pourtant il était porteur d'arthrites purulentes consécutives à un érysipèle récent de la face, persistant encore au pharynx ; l'état général était profondément atteint, la langue rotie et l'hémoculture donnait un streptocoque. Cette contradiction entre la gravité des accidents locaux et généraux et le peu d'élévation de la fièvre nous a mis sur la voie de l'azotémie. L'urée du sang était, en effet, à 1g63 ; mais cette azotémie n'a subi par la suite qu'une augmentation minime et n'a atteint de 1g72 quatre jours plus tard. Après une courte défaillance, la fièvre a reparu et la mort est survenue au milieu d'une poussée d'hyperthermie au-dessus de 40 degrés.

C'est une chute brusque de la température de 39°5 à 37 degrés qui, dans l'obssrvation III, concernant un érysipèle à foyers multiples, nous a révélé l'azotémie. Là aussi, cette chute de la température ne coïncidait avec aucune amélioration de l'état général, bien au contraire, et l'hémoculture, pratiquée au moment où le thermomètre marquait 37 degrés a donné un streptocoque. L'azotémie n'a pas subi par la suite d'accroissement très considérable, n'ayant monté que de 2g49 à 3g09 cinq jours plus tard ; la fièvre n'a marqué qu'une légère reprise, entre 37°5 et 38°4, c'est-à-dire qu'elle est restée notablement au-dessous de ce qu'elle était avant la constatation de l'azotémie. Dans les vingt-quatre dernières heures seulement, elle a de nouveau atteint 39 degrés.

Dans l'observation IV concernant une infection générale streptococcique consécutive à une angiocholécystite calculeuse, nous nous trouvons en face d'une azotémie plus élevée et nettement progressive, puisque, pendant les trois derniers jours de la maladie, le taux de l'urée sanguine a monté de plus de 1 gramme passant de 4g11 à 5g39. Ici, le dosage de l'urée du sang n'a été fait que tardivement et parce que l'abaissement graduel de la température contrastait avec l'adynamie croissante de la malade. L'azotémie a gagné rapidement du terrain et a atteint finalement un chiffre beaucoup plus élevé que dans les cas précédents. Ceci explique sans doute pourquoi l'abaissement thermique s'est chaque jour accentué et pourquoi le thermomètre marquait 35°2 quelques heures avant la mort.

Dans ces trois observations existait donc un facteur qui a fait défaut dans l'observation I : l'azotémie. Nous nous autoriserons des faits déjà connus montrant que l'azotémie des néphrites aiguës ou chroniques est capable de produire l'hypothermie pour avancer que les anomalies de la courbe thermique, dans les observations II, III et IV, anomalies qui contrastent avec sa parfaite régularité chez notre première malade, sont attribuables, tout au moins pour une grande part, à la rétention azotée.

Qu'il n'y ait pas un parallélisme étroit entre le degré de l'azotémie et le chiffre de la température, c'est là un fait que l'un de nous a signalé dans un travail récent. Que, malgré la persistance et même une légère accentuation de l'azotémie, l'abaissement thermique ne se maintienne pas et fasse place à une forte fièvre aux approches de la mort, ceci ne doit point nous surprendre.

Une lutte d'influence entre les facteurs hypothermisants et les facteurs hyperthermisants s'exerce sans doute au niveau des centres thermo-régulateurs ; la balance penche en faveur de ceux qui se manifestent avec le plus d'énergie. On comprend que si l'azotémie n'accentue pas son effort, le pouvoir pyrétogène de l'infection puisse prendre le dessus. C'est ce qui est sans doute advenu dans les observations II et III où la rétention azotée a été soit sensiblement stationnaire à partir d'un certain moment, soit faiblement ascendante.

Dans l'observation IV, au contraire, l'azotémie n'a cessé de progresser pour atteindre finalement un chiffre considérable : ainsi s'explique la marche impitoyablement descendante de la température jusqu'à l'hypothermie terminale à 35°2.

Nous ne prétendons pas que toutes les azotémies survenant chez les infectés doivent nécessairement modifier la marche de la température. Nous ne contestons pas non plus que d'autres facteurs ne soient capables d'engendrer chez eux des abaissements thermiques de mauvais aloi.

Mais, dans les cas que nous venons de rapporter, nous n'avons trouvé, pour expliquer les allures bizarres de la fièvre, que la présence en excès de déchets azotés dans le sang. Les modalités de la rétention uréique nous ont même paru pouvoir rendre compte des dissemblances entre les courbes thermiques de nos différents malades. Nous espérons que, pour vérifier ces assertions, d'autres voudront bien, en face de cas analogues, se placer dans les mêmes conditions d'observation et s'efforcer, comme nous avons tenté de le faire aujourd'hui, de préciser les liens qui peuvent exister entre les

oscillations de la température du corps et les oscillations du chiffre de l'urée sanguine.

BIBLIOGRAPHIE

A. LEMIERRE et R. PIÉDELIÈVRE. Les ulcérations gastrointestinales urémiques. Leur rapport avec l'azotémie, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 90, p. 1437. — A. LEMIERRE et Jean LEVESQUE. Ulcération intestinale chez un pneumonique azotémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1922, p. 877. — A. LEMIERRE et Etienne BERNARD. Azotémie au cours d'une fièvre typhoïde. Action hypothermisante de la rétention azotée, *Soc. méd. des hôpit.*, 1924, p. 1018. — A. LEMIERRE. L'hypothermie des azotémiques, *Pratique méd. franç.*, nov. 1924, n° 21, p. 919. — ACHARD, LEBLANC et ROUILLARD. Néphrite aiguë dans la fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 1914, t. II, p. 89. — JOUVE-BALMELLE. Considérations sur la fièvre typhoïde, *Progrès méd.*, 1916, n° 17, p. 149. — CAUSSADE et FOUCART. Endocardite aiguë. Mort par néphrite aiguë avec anurie et azotémie, *Soc. méd. des hôpit.*, 1921, p. 581. — MOZER. Hypothermie et azotémie, *Ann. de méd.*, 1924, t. XV, p. 526.

ACTUALITÉS

A propos d'un centenaire

PAUL BROCA ET L'ANTHROPOLOGIE

La statue qui s'élève à l'angle de la rue de l'Ecole de médecine et du boulevard Saint-Germain, indique que BROCA fut, non seulement un chirurgien émérite, mais aussi un grand anthropologiste. C'est même là son principal titre de gloire, Paul BROCA étant né le 28 juin 1824 à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), on se prépare à fêter son centenaire. Il est juste de célébrer la mémoire d'un homme qui honora la science française; il est bon de rappeler son œuvre et quelle fut sa pensée maîtresse, afin d'en tirer un exemple et une leçon.

Je ne parlerai pas ici de BROCA chirurgien, professeur de pathologie interne puis de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (1866); je ne dirai rien de ses travaux sur les hernies abdominales, les luxations sous-astragaliennes, les anévrismes et les localisations cérébrales, de son Traité des tumeurs, laissant à de plus compétents le soin de les apprécier. Mais, jeune élève à l'Ecole d'Anthropologie presque au lendemain de sa mort, c'est-à-dire au moment où elle était encore imprégnée de ses méthodes et de son esprit, familiarisé d'ailleurs avec les écrits du Maître, je crois m'être assez bien rendu compte de l'idée qu'il se faisait de la science de l'homme. C'est cette idée, singulièrement large et fructueuse, que je voudrais évoquer ici comme un hommage à son souvenir.

* * *

BROCA était plus anatomiste que physiologiste — il collabora brillamment au grand atlas d'Anatomie descriptive de BEAU et BONAMY — et, comme tous les anatomistes, il attachait une grande importance aux variations de structure, même très faibles. Les différences ostéologiques qu'il eut à constater d'abord (1847) au cours des fouilles dans le cimetière des Célestins, puis plus tard (1857) au laboratoire de l'Ecole pratique entre les représentants des principales races humaines l'amenèrent à penser que l'Anthropologie doit s'appuyer sur une étude très attentive et très poussée des dispositions structurales du squelette et plus particulièrement du crâne, parce que celui-ci se moule plus ou moins sur le cerveau, dont le développement est caractéristique du genre *Homo*. Cette manière de voir était juste. Avant lui, les anthropologistes ne distinguaient guère les races humaines que par leur aspect, la couleur de la peau, des cheveux, des yeux, les traits du visage, la forme extérieure du corps : le livre classique de PRICHARD en fait foi, non moins que l'intéressante documentation apportée par les explorateurs de la fin du XVIIIe et du commencement du XIXe siècle. Ce n'est pas qu'ils aient absolument négligé l'examen anatomique. CAMPER, VIREY, BORY-SAINT-VINCENT, KNOX, AGASSIZ, etc., en tiennent grand compte, mais naturellement l'examen de la tête occupait la première place, et, vers 1870, il existait une tendance très marquée à trouver dans l'étude exclusive du crâne tous les éléments de la diagnose des races, ainsi que le montrent les *Crania ethnica* de QUATREFAGES et HAMY. Or, BROCA, tout en admettant la valeur primordiale de la craniologie pour l'établissement de cette diagnose, estimait qu'il fallait aller beaucoup plus loin, attendu qu'il y a une corrélation certaine, non seulement entre les éléments osseux du crâne et de la face, mais aussi entre ces éléments et ceux des divers segments du squelette : de là de nombreux rapports ou *indices*, déduits, à l'aide d'instruments spéciaux, de mesures d'angles, de longueurs, de largeurs, de courbes, etc., indices constants pour chaque race, dont le groupement la distingue de toutes les autres et permet par conséquent de la retrouver parmi les populations mêlées et de la suivre le long des âges. Cette conception de BROCA est déjà nettement esquissée dans ses « Instructions générales pour les recherches anthropologiques » (1865) : elle a trouvé son expression extrême dans l'*Anthropométrie* de son élève P. TOPINARD.

Une telle conception, remarquons-le, était légitimée par la croyance, qui régnait alors, dans l'impeccabilité de la sélection, que les nouveaux critiques du transformisme ont, depuis, singulièrement ébranlée; elle était, en outre, presque une nécessité. En effet, l'Anthropologie ne s'intéresse pas qu'aux types vivants; elle se préoccupe aussi des hommes disparus. Comme ceux-ci n'ont laissé que des débris de squelette, il faut que, d'après ces débris, elle puisse reconstituer la race à laquelle ils appartenaient et elle ne peut le faire qu'en démontrant la corrélation entre le plus petit os et l'ossature entière. C'est à quoi visaient les indices; mais on les a bientôt tellement multipliés sans raison qu'ils ont perdu toute signification; à l'exception de quatre ou cinq, comme l'*indice céphalique* et l'*indice de hauteur* de la tête, ils se sont montrés impuissants à distinguer les races et ont plutôt contribué à embrouiller la classification naturelle, ainsi que le montrent les tableaux contenus dans l'*anthropologie* de TOPINARD. L'abus des mesures et des rapports injustifiés a déconsidéré si bien l'anthropométrie que la plupart des savants qui s'occupent actuellement de décrire les types humains ont renoncé à y faire un sérieux appel.

* * *

BROCA avait pressenti, paraît-il, les inconvénients d'une méthode appliquée sans frein et qui pourtant s'affirme utile quand on ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner. C'est ainsi que, dans les

derniers temps de sa vie, il mit en garde contre l'interprétation abusive du cubage des crânes, dont quelques-uns voulurent faire un moyen de hiérarchiser les individus et les races. Il semble également qu'il ait accepté le principe de la *brachycéphalisation* de VIRCHOW, lequel enlève à l'indice céphalique une partie de sa valeur taxinomique. En réalité, s'il voulait, et avec raison, donner à l'Anthropologie une base anatomique solide, BROCA comprenait aussi que ce n'était là qu'un point de départ pour des recherches d'un autre ordre. Partisan convaincu de l'évolution, il savait que la forme est la conséquence du jeu des fonctions et que, pour juger des formes, déterminer leur parenté et leur filiation, il faut d'abord connaître les conditions de leur genèse et voir, par conséquent, l'organisme en action. Une Anthropologie purement anatomique est destinée à demeurer stérile et elle l'a prouvé; elle doit être avant tout physiologique si elle veut devenir féconde, car, par là, elle se rattache à toutes les sciences de la vie, dont elle représente l'aboutissement et comme la vérification. BROCA la comprenait bien ainsi; ses recherches sur l'hybridité et sur l'hybridité humaine en particulier, son évocation impressionnante de nos ancêtres de Cro-Magnon et des Eyzies, sa restauration magistrale de la race celtique en témoignent surabondamment. D'ailleurs, quand il fonda, en 1876, avec des élèves, des amis et des admirateurs, cette Ecole d'Anthropologie en laquelle il mettait tant d'espoirs, le programme de son enseignement et la répartition des chaires montrent clairement l'ampleur qu'il voulait donner à la science de l'homme. On y apprenait, non seulement l'anthropométrie, l'anatomie comparée des races, la morphologie du développement avec BROCA, TOPINARD, POZZI, M. DUVAL, MANOUVRIER, mais encore l'archéologie préhistorique avec G. DE MORDILLET, la linguistique avec A. HOVELACQUE, l'ethnographie avec J. VINSON, la géographie humaine avec SCHRADER, la démographie avec J. BERTILLON, la sociologie avec LETOURNEAU, etc., faisceau de connaissances exposées par une pléiade de savants et de penseurs que le maître avait su grouper et qu'il animait de sa foi. L'Ecole avait un organe, la *Revue d'Anthropologie*, où ont paru des travaux français et étrangers dont la valeur n'a jamais été dépassée; dans sa salle de cours, se réunissait — et se réunit encore — la Société d'Anthropologie que Broca avait fondée en 1859; dans son musée prenaient place de riches collections. Ainsi s'était créé, sur l'initiative d'un seul homme, un centre incomparable d'études et de recherches. Il faut avoir vécu ces temps héroïques pour comprendre le prestige dont jouissait l'Ecole et avec quelle ardeur et quel enthousiasme chacun y accomplissait sa besogne.

Malheureusement, BROCA est mort trop tôt; il est mort à cinquante-six ans, en pleine production, avant d'avoir achevé sa tâche. De cette Anthropologie vivante qu'il concevait si justement, il ne put que jeter les fondements, marquer les étapes préliminaires; le temps lui a manqué pour démontrer que la science de l'homme ne peut être édifiée qu'au moyen d'observations très longues et très lentes, portant sur les générations successives, afin d'établir la valeur des caractères tant morphologiques que psychiques et les lois de leur transmission et d'en déduire des règles applicables à la connaissance des populations dont nous ne possédons que les ossements; en un mot, c'est de l'homme actuel, étudié dans sa physiologie et dans son comportement social, qu'il faut tirer des éclaircissements sur l'homme passé; comme dans le chant spartiate, c'est par les fils qu'on retrouve les aïeux. Cette idée, vaste et puissante, ne paraît pas avoir été saisie par ses disciples : BROCA n'eut pas de successeur. Après sa disparition, l'unité qu'avait maintenue sa supériorité reconnue se rompit; des dissensions se produisirent et les anthropologistes retournèrent à leurs amusettes, vieux os et vieux silex.

En comparant l'Anthropologie qu'avait créée BROCA à ce qu'elle est devenue, on devine quels furent le rôle et le mérite du Maître. A l'heure de son centenaire, il fallait les rappeler. Malgré la cendre des années, son nom demeure inséparable de la science qu'il a comme incarnée et l'avenir, plus peut-être que le présent, saura rendre justice à la puissance de son travail et à la hauteur de ses vues.

J. LAUMONIER.

LE MÉDECIN ET L'IMPOT SUR LE REVENU

Par Me H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit, Avocat à la Cour d'appel.

I

Dans certains milieux, on paraît croire que le médecin (ou le chirurgien) veut se soustraire au paiement de l'impôt sur le revenu ou, tout au moins, emploie la dissimulation pour éviter de payer ce qu'il doit.

C'est une méprise profonde, due en grande partie à la méconnaissance des obligations et des exigences auxquelles est astreinte la profession médicale. *Le médecin n'entend pas se créer un régime spécial; il entend payer sa part contributive dans l'impôt comme tous les contribuables. Mais il demande d'être imposé sur une base qui ne soit pas incompatible avec l'exercice de sa profession*; nous voudrions montrer la légitimité de ce désir.

Les médecins sont appelés par leur profession à recevoir des confidences : leur conscience leur fait un devoir de ne pas révéler les secrets dont ils sont les dépositaires. C'est un devoir qui leur est imposé non seulement par leur conscience mais aussi par la législation : en effet, l'article 378 du Code pénal punit les indiscrétions dont les médecins et chirurgiens peuvent se rendre coupables; ce texte réprime la violation du secret professionnel, en édictant une peine d'emprisonnement et une peine d'amende. Le médecin doit le secret non seulement pour les soins prodigués à domicile et pour les consultations qu'il donne dans son cabinet, mais encore pour les soins et consultations qui ont lieu dans une maison de santé ou dans une clinique.

Quel est le motif de l'obligation du secret professionnel?

Il réside dans cette circonstance, que le médecin (ou le chirurgien) détient la sécurité des malades et l'honneur des familles. Sa profession est fondée sur la confiance du client en lui; cela est si vrai que la jurisprudence n'admet pas et annule la cession pure et simple de la clientèle médicale : cette clientèle est hors du commerce parce qu'elle dépend du choix libre des intéressés, des qualités personnelles du médecin et de la confiance qu'il inspire; ce sont les expressions mêmes des décisions de justice. Et la loi est tellement exigente vis-à-vis de l'homme de l'art que l'article 909 du Code civil déclare qu'il ne pourra profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires que le malade aurait faites en sa faveur pendant le cours de la maladie.

Le secret professionnel doit demeurer inviolable; il est nécessaire au bien public.

II

L'Etat a besoin d'argent; il veut des recettes pour alimenter son formidable budget de dépenses. Il n'est pas question ici d'examiner si les méthodes de gestion actuellement

employées sont bonnes ou mauvaises. Le contribuable est obligé de payer; le médecin est soumis à cette obligation comme les autres. Il ne la repousse pas. Mais on ne saurait admettre, en ce qui le concerne, que la base d'imposition en toute matière, et spécialement en matière d'impôt sur le revenu, ait pour effet de porter atteinte au secret professionnel. On ne peut tout subordonner à la fiscalité.

Actuellement, pour le médecin, comme pour l'avocat, la base d'imposition est constituée par la déclaration des revenus professionnels.

On a constaté, paraît-il, que certaines déclarations ne correspondaient pas à la réalité et comportaient un chiffre inférieur au revenu réel encaissé; et on veut rendre responsable le corps médical des irrégularités commises, en le suspectant tout entier. Pour essayer d'éviter le retour de ces irrégularités, le gouvernement a pris, dans le projet actuel de la loi de finances, une mesure d'ordre général tendant à astreindre le médecin à l'obligation de tenir un registre de dépenses et un registre de recettes dont les pages seraient numérotées. N'a-t-on pas envisagé même, à un certain moment, l'obligation de délivrer des reçus?

Le corps médical a protesté contre pareille exigence; c'est avec raison: les registres du médecin ne doivent pas être ouverts pour le fisc. Décréter le contraire, serait violer le secret professionnel qui doit demeurer intangible, parce qu'il est la sauvegarde de l'honneur et de la tranquillité des familles.

L'existence de certaines maladies doit demeurer à l'abri de toute indiscrétion: peu de clients aimeraient qu'on apprît qu'ils ont été soignés par *certains docteurs spécialistes*; si les tares de chacun étaient divulguées, la vie ne serait plus tenable. Or, les registres du médecin, si l'on veut qu'un contrôle soit effectif, devront contenir le nom, l'époque, la nature, l'évolution de la maladie, toutes choses que le malade ne veut pas qu'on divulgue; il n'est pas rare de voir devant les tribunaux des instances en divorce ou en séparation de corps fondées sur l'existence de maladies qui impliquent l'infidélité de l'un des conjoints!

Sans doute, pour répondre à l'objection, on vient dire que l'agent du fisc sera tenu lui-même au secret professionnel, et puni des peines édictées par la loi, s'il commet des indiscrétions. Non; cette réponse n'est pas admissible. D'abord, un secret professionnel, partagé avec d'autres personnes, surtout quand celles-ci sont étrangères à la profession médicale, n'est plus un secret professionnel. Ensuite, comment ce secret serait-il respecté si l'agent du fisc, suspectant la modicité d'un honoraire de visite ou de consultation ou bien l'exagération d'une dépense portée sur le registre, veut se renseigner auprès du malade ou d'une personne étrangère? Car, enfin, si on exige l'indication de chiffres sur les registres, c'est à l'évidence pour pouvoir éventuellement élever une contestation et faire une enquête destinée à se rendre compte de la réalité ou de la fictivité des chiffres indiqués. Bien plus: comment empêcher l'agent du fisc de porter d'office, ou sur un renseignement anonyme, au registre des recettes, des honoraires en raison de soins que l'agent saura avoir été donnés à une personne déterminée par un médecin, alors que celui-ci a soigné gratuitement? Le cas n'est pas rare du médecin qui donne des soins gratuits; pour se défendre, il sera dans la nécessité d'appeler en témoignage son malade et des tiers; que deviendra l'obligation du secret professionnel? L'article 378 du code pénal est toujours en vigueur!

Obliger le corps médical à tenir des registres comme le demande le Gouvernement, c'est vouloir l'obliger à trahir la confiance mise en lui par son malade, c'est l'inciter à agir contre sa conscience, c'est enfin lui faire commettre une infraction à la loi pénale; toutes choses impossibles.

Aussi la Commission des finances, se rendant compte de ces obstacles insurmontables, s'est-elle sagement refusée à donner sa sanction au projet du Gouvernement; et d'après les indications qui ont pu être obtenues, elle paraît maintenir l'obligation pour le médecin de faire la déclaration de ses revenus professionnels, comme dans le régime actuel.

Mais, si cette solution est adoptée, la suspicion va demeurer contre le médecin; on va l'accuser encore de faire des dissimulations pour éviter de payer sa part contributive. Le médecin ne peut rester dans cette équivoque.

III

On a cherché alors une solution intermédiaire entre la solution de l'obligation aux registres et celle de l'obligation à la déclaration. *On a envisagé l'application aux médecins comme d'ailleurs aux avocats d'UN IMPÔT basé sur les signes extérieurs de la richesse.* Quelle est la valeur de cette proposition nouvelle?

Elle ne paraît pas acceptable, parce qu'elle est contraire à l'équité, et qu'elle est arbitraire.

Que sont les signes extérieurs de la richesse pour une personne quelconque?

On peut y comprendre: un appartement important et confortable, le nombre élevé de domestiques, une propriété à la campagne, une chasse, une villa au bord de la mer, une loge louée dans un théâtre, une ou des automobiles, des voyages effectués en France ou à l'étranger dans les meilleures classes. On peut ajouter: un tailleur, un bottier, connus sur la place par ses prix au-dessus de la moyenne, les relations mondaines de la personne.

Ces éléments peuvent s'appliquer à toute personne sans distinction. Comment, par quelle déduction, sera-t-on en mesure de les utiliser, comme base d'imposition pour le médecin? Quel élément va indiquer l'indice « richesse »?

Poser cette question, c'est montrer le caractère arbitraire de la proposition. L'appartement du médecin est-il un signe de richesse? Non. Car il est obligé de recevoir ses malades chez lui; obligation qui lui impose d'avoir un appartement dans un immeuble de bel aspect, comprenant un salon de réception convenable, spacieux, car les malades sont fréquemment nombreux les jours de consultations; un cabinet qui doit comprendre certains meubles indispensables. S'il s'agit d'un spécialiste, il faut des chambres spécialement affectées aux installations médicales ou chirurgicales. Toutes pièces doivent être chauffées dans une large proportion: car ce sont des malades qui sont reçus. Et si le médecin a plusieurs enfants — on encourage la procréation par tous les moyens — il lui faut un vaste appartement, qu'il paie fort cher. L'appartement du médecin, pas plus que celui de l'avocat, n'est un signe de richesse. C'est la condition même, indispensable, de l'exercice de sa profession.

L'automobile du médecin est-il un signe de richesse? Non: c'est un moyen de locomotion nécessaire à sa profession pour se transporter auprès de ses malades; il est *indispensable* pour le médecin qui exerce dans une petite ville ou à la campagne. La distance est parfois longue à parcourir pour aller porter des soins urgents. L'automobile est un instrument de travail.

Le nom du tailleur, du bottier, peuvent-ils être regardés comme un signe de richesse pour le médecin qui visite ou reçoit des clients appartenant à toutes les classes de la Société?

Et quelle inquisition! La discussion s'élèvera sur tous les signes extérieurs; car ils peuvent être tous considérés comme signes de la richesse. Le médecin qui ne sera pas satisfait sera obligé d'aller discuter, d'apporter des preuves qu'il ne doit pas, lui dont tout le temps est pris par ses malades ou son hôpital, lui que la santé du malade préoccupe en dehors de la visite ou de la consultation.

Impossible d'adopter une pareille base.

On s'est livré à un nouvel examen et on a proposé une base qui, pour ne pas être encore parfaite présente plus d'équité, moins d'arbitraire (1): *on a proposé comme base d'imposition la valeur locative des pièces de l'appartement servant au médecin pour l'exercice de sa profession.* Cette proposition paraît réduire au minimum les inconvénients signalés: il semble relativement facile de déterminer la partie du loyer afférente aux pièces professionnelles. Sans doute, la solution ne peut être mathématique; car, par exemple, le salon peut certains jours servir à des réceptions mondaines. Mais la discussion visera un élément qui ne porte atteinte à aucune violation du secret professionnel. De plus, le médecin ne sera pas imposé parce qu'il a plusieurs enfants.

Est-ce nouveau? Non: c'est le loyer professionnel qui sert de base à la perception de la patente.

(1) Amendement déposé par le docteur Grinda, député.

La base déterminée, on examinera le coefficient à appliquer pour déterminer le revenu professionnel. Mais là encore, si l'on n'y prenait pas garde, on pourrait tomber dans l'arbitraire : car un médecin de campagne peut gagner autant qu'un médecin de grande ville. Et cependant ce dernier aura un loyer beaucoup plus lourd que celui du médecin de campagne.

IV

Telles sont les observations que la situation actuelle nous a suggérées : la base d'imposition proposée en dernière analyse n'est sans doute pas à l'abri de toute critique. Du moment que le principe de l'impôt sur le revenu est admis, il faut compter sur les aléas concernant son recouvrement ; c'est un impôt soumis par la force des choses aux appréciations personnelles. Et, en toute bonne foi, la déclaration étant la base de l'imposition, le déclarant, lorsqu'il s'agit d'une personne exerçant une profession libérale, peut se méprendre sur les déductions qu'il peut faire, pour ce motif que sa vie professionnelle est intimement liée à sa vie privée ou de famille : tel bel appartement, telle réception, tel voyage, telle location d'une chasse seront un agrément pour une personne quelconque, ils seront au contraire un acte professionnel pour le médecin et l'avocat qui ont une clientèle qu'ils doivent former, conserver et augmenter.

Si les suggestions contenues dans cet article font naître dans l'esprit de nos lecteurs une idée utile en vue de résoudre une question grave pour le médecin et l'exercice de sa profession, nous aurons rempli le but que nous nous sommes proposé. Mais *ce qui doit dominer le débat, c'est le rejet absolu de l'obligation pour le médecin, comme pour l'avocat, d'ouvrir des registres au fisc.* Son cabinet doit être inviolable. Permettre à l'agent du fisc de s'ingérer dans les secrets du médecin dont il n'est que dépositaire, c'est porter atteinte à la sécurité du malade, à l'honneur et à la tranquillité des familles, au bien public, en un mot. Le médecin ne peut s'y prêter; mais il ne s'opposera jamais à payer sa part contributive dans l'impôt sur le revenu, si la base envisagée n'est pas incompatible avec l'exercice de sa profession.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1924)

Sur un cas de tuberculose de première infection chez l'adulte. — MM. A. LEMIERRE, Léon KINDBERG et Etienne BERNARD rapportent l'observation d'un homme de trente et un ans, originaire de Sardaigne et arrivé à Paris depuis huit mois, qui succomba en moins de quinze jours à une maladie à début brusque, caractérisée par de la fièvre, de la toux avec expectoration, muco-purulente, par un point de côté droit, puis par un syndrome méningé et une hémiplégie terminale. La ponction lombaire montra une lymphocytose abondante dans le liquide céphalo-rachidien. A l'autopsie, granulie récente généralisée aux poumons et aux viscères ; mais il existait de plus à la partie inférieure du lobe supérieur du poumon droit, près du hile, une petite caverne de formation récente du volume d'une noisette et dans son voisinage presque immédiat, un volumineux ganglion trachéo-bronchique entièrement caséeux. Ni adhérences pleurales, ni trace de cicatrice fibreuse ou de tubercule crétacé.

Se fondant sur ces constatations, les auteurs croient pouvoir conclure qu'il s'agit là d'une tuberculose de première infection apparue chez un homme ayant échappé jusque-là à la contamination tuberculeuse et qui, exposé largement à cette contamination après son arrivée à Paris, a, presque immédiatement après la constitution du chancre d'inoculation représenté par la caverne, réalisé une généralisation de la bacillose.

Gangrène pulmonaire et tuberculose (à propos du procès-verbal). — M. LEMIERRE insiste sur la coexistence de la gangrène au cours des tuberculoses pulmonaires chroniques.

M. Julien HUBER rappelle un cas de gangrène superficielle des bronches survenue au cours de l'évolution d'une bacillose cavitaire ou la sérothérapie antigangréneuse polyvalente associée à la sérothérapie antistreptococcique a donné un très bon résultat.

Angine de poitrine au cours de l'encéphalite épidémique. — M. LAUBRY rapporte un cas et rapproche cette algie thoracique des algies viscérales abdominales.

Syndrome angineux et insuffisance thyroïdienne. — MM. Ch. LAUBRY, FOURNIER et WALTER apportent un cas d'angine d'effort typique, par insuffisance cardiaque, apparaissant chez un homme de quarante-sept ans, au milieu d'un syndrome hypothyroïdien qui les incita à appliquer d'une façon exclusive le traitement thyroïdien. Le résultat fut remarquable : les douleurs angineuses, qui duraient depuis plus de trois ans et avaient fait du malade un véritable infirme, disparurent en dix jours sous l'influence d'une médication intensive.

Les auteurs exposent, à ce propos, les différentes hypothèses que suggère une telle évolution. Ils se rallient à celle d'un trouble de la tonicité du myocarde, qui rentre dans le cadre du syndrome auquel ils donnent le nom de myocardie et dans lequel les troubles du métabolisme thyroïdien jouent sans doute un rôle prédominant.

Ils insistent toutefois sur le caractère exceptionnel de leur observation et sur le danger qu'il y aurait à appliquer systématiquement la médication thyroïdienne en dehors de conditions étiologiques nettement précisées.

A propos d'un cas de pancréatite hémorragique à forme subaiguë — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et POTEZ rapportent l'observation d'une biliaire morphinomane qui, huit jours après une cure de désintoxication présenta un syndrome solaire aigu d'excitation pris, comme c'est la règle, pour une occlusion intestinale et déterminée par une pancréatite hémorragique avec stéatonécrose. La cholécystitectomie avec drainage du cholédoque fut suivie d'anurie et de diarrhée profuse graisseuse, puis les urines apparurent très albumineuses avec pigments biliaires et urobiline. Un demi-litre de bile était perdu chaque jour, le vingt-deuxième jour après l'opération, une nouvelle crise douloureuse obligea une nouvelle laparotomie qui montra une collection purulente d'un litre dans laquelle nageait des débris pancréatiques. L'autopsie confirma le diagnostic de pancréatite hémorragique avec stéatonécrose, lithiase biliaire de dégénérescence hépatique et néphrite hémorragique. On peut se demander si la cure de démorphinisation n'a pas facilité la pancréatite hémorragique.

Action expérimentale et clinique du sérum de mouton éthyroïdé. — MM. COULAUD et LOUGNON. Depuis les travaux de Ballet et Enriquez, de Moebius, le traitement du basedowisme par le sérum d'animal éthyroïde est devenu classique. Cependant, depuis 1913, divers auteurs se sont monmontrés sceptiques à l'égard de cette médication. MM. E. Coulaud et Lougnon ont repris cette question et constaté que le sérum de mouton éthyroïdé injecté au lapin, même à haute dose, ne détermine aucune modification au niveau du corps thyroïde.

Sur huit malades traités par ce sérum, en injections sous-cutanées, ils ont noté une amélioration, quatre résultats nuls et trois aggravations notables.

Les auteurs estiment donc qu'il est difficile d'admettre la présence de substance antithyroïdienne dans le sérum des animaux éthyroïdés. Ils pensent que s'il existe des actions interglandulaires, elles doivent agir plutôt dans le sens de la stimulation, ce qui expliquerait la fréquence des aggravations à la suite de ce traitement.

De l'efficacité du gardenal dans certains cas d'asthme. — M. Ch. PAGNIEZ relate l'observation d'une malade atteinte d'asthme grave depuis deux ans qui, en octobre 1921, était depuis plusieurs semaines en véritable état de mal asthmatique avec dyspnée permanente et crises subintrantes s'opposant à l'alimentation, rendant le sommeil à peu près impossible et ayant entraîné un amaigrissement considérable. On ne constatait aucun signe stétoscopique ou radioscopique de tuberculose. L'enquête sur l'origine anaphylactique possible des crises était absolument muette.

Des différents médicaments essayés, seule l'évatrine ou l'adrénaline pure amenaient une sédation momentanée. La belladone et même l'atropine à hautes doses étaient sans action et il en avait été de même de toutes les médications classiques. Avant de recourir à la méthode des cutiréactions pour essayer de dépister une sensibilisation cachée, M. Pagniez voulut essayer l'effet d'une médication calmante et eut recours au gardénal. Dès les premiers jours avec 0,10 de médicament on observait une sédation remarquable, qui s'accentuait encore en portant la base quotidienne à 0,15. En un mois environ toutes les crises d'asthme avaient disparu, le sommeil était revenu, l'alimentation était copieuse. Au bout de trois mois, le gardénal fut supprimé et l'asthme ne reparut pas pendant deux ans. Chose curieuse, le gardénal fut sans effet sur des crises d'hydrorrhée nasale qui persistèrent.

Dans un autre cas d'asthme, moins grave il est vrai, l'auteur a obtenu également un excellent résultat, par contre, la médication a échoué chez plusieurs autres malades. Il y a donc des cas d'asthme dont on ne peut encore indiquer ni la fréquence ni le type exact, qui sont sensibles de manière remarquable au gardénal. C'est là un fait intéressant à un double point de vue ; en tant qu'acquisition thérapeutique nouvelle et aussi comme une nouvelle démonstration des relations qui existent entre l'épilepsie, la migraine et l'asthme ou du moins entre certaines formes de ces maladies.

Résultats fournis par les diverses méthodes d'exploration de la tension artérielle. — MM. Rimbaud et Vallet (de Montpellier) ont étudié comparativement les résultats fournis dans la mesure de la tension artérielle par des méthodes palpatoires, auscultatoire et oscillométrique.

Le plus souvent, les résultats obtenus sont conformes aux données classiques. Cependant, dans un assez grand nombre de cas (plus de 10 p. 100 dans leur statistique), il y a un écart considérable entre les chiffres donnés par l'appareil de Pachon-Gallavardin et ceux donnés par l'appareil de Vaquez-Laubry. Cet écart peut être de 3 à 4 centimètres et plus aussi bien pour la minima que pour la maxima. C'est, en général, la méthode auscultatoire qui donne alors les chiffres les plus élevés. L'inscription de ces résultats sur des courbes comparatives met cette discordance en évidence.

Le dérivé formylé de l'acide méta-amino-para-oxy-phényl-arsénique (tréparsol) dans le traitement de l'amibiase. — M. Ch. Flandin après avoir rappelé les admirables résultats obtenus par les injections de chlorhydrate d'émétine administrés à dose suffisante dans la dysenterie amibienne, indique que dans un certain nombre de cas, la dysenterie ne peut être jugulée par l'émétine, laquelle est inactive vis-à-vis des kystes amibiens. Les composés arsenicaux tels que le narsénol et le stovarsol sont, dans ces cas, d'utiles adjuvants, mais ils s'éliminent de façon inconstante. S'inspirant des travaux de Clément Simon dans la syphilis, l'auteur a pensé que le tréparsol, dont l'absorption intestinale est complète et l'élimination régulière pourrait être actif contre la dysenterie. L'expérience a vérifié cette hypothèse et les observations rapportées démontrent l'activité du tréparsol dans l'amibiose.

Une nouvelle mycose pulmonaire simulant la tuberculose due au saccharomyces granulatus. — MM. André Philibert et François Cordey ont observé un cas de pseudo-tuberculose pulmonaire, provoqué par un champignon : le saccharomyces granulatus, on ne connaît, jusqu'à ce jour que quatre cas d'affections dues à ce parasite en pathologie humaine, à localisations cutanées. C'est la première localisation pulmonaire observée.

Il s'agit d'un blessé de guerre qui, le soir même de sa blessure (perforation de l'intestin par balle) commence une affection pulmonaire, à début bruyant et fébrile, à type de broncho-pneumonie, qui se prolonge pendant plusieurs mois, puis évolue ensuite d'une façon chronique, pendant cinq ans, avec des phases d'accalmie entrecoupées de poussées aiguës à type de bronchite diffuse, une fois même de congestion pulmonaire. Cette affection entraîne de la dyspnée habituelle, de la toux, de l'expectoration, des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement. A l'auscultation, il y a induration pulmonaire bilatérale, mais prédominante à droite avec des foyers de râles humides à type de craquements au niveau du hile ; les signes sont plus marqués aux deux sommets. Le malade, considéré comme tuberculeux, présenté à une commision de réforme, a été pensionné comme tel, sans examen des crachats. Les auteurs, par l'examen de ceux-ci, la culture, l'inoculation au cobaye, constatent l'absence de bacilles de Koch, mais, par contre, la présence du saccharomyces granulatus, levure qui donne des colonies typiques, de teinte rose corail sur les crachats de culture. Cette mycose qui résiste à l'iodure de potassium est, au contraire, sensible au bleu de méthylène (Fontoynont et Pax Salvat) et les auteurs ont obtenu la guérison complète, clinique et bactériologique de leur malade, avec ce médicament. Ils insistent sur ce propos, moins sur l'intérêt d'un nouveau cas de mycose pulmonaire que sur la ressemblance clinique de toutes les mycoses pulmonaires avec la tuberculose et sur la nécessité de l'examen systématique, répété et poursuivi des crachats, pour la recherche du bacille de Koch et, éventuellement pour les champignons parasites.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 19 novembre 1924)

Dilatation du duodénum. — M. Grégoire rapporte l'observation d'un homme qui portait une grosse hernie inguino-scrotale irréductible, dont il ne s'était jamais plaint et qui n'était contenue par aucun bandage. Pour la première fois, en mars 1924, cet homme ressentit une vive douleur dans la région épigastrique, douleur qui disparut une heure après et qui ne s'accompagna pas de vomissements. Cette douleur apparut de nouveau à plusieurs reprises dans les mêmes conditions. A noter ce fait qu'elle se produisait généralement trois heures après les repas. En avril 1924 cettte douleur s'accompagna d'une hématémèse et de mélæna. Le malade n'en continua pas moins à manger, à conserver l'appétit et à avoir des digestions faciles. Le 28 avril, nouvelle hématémèse, après laquelle il resta pâle. On ne sentait dans la région épigastrique aucune tumeur, aucun empâtement. L'examen radioscopique montrait un estomac dévié à gauche et une dilatation nette des deuxième et troisième portions du duodénum.

M. Grégoire intervint le 6 juin 1924. Il ne trouva aucune trace d'ulcère. Mais l'épiploon formait une bride qui comprimait le duodénum au niveau de sa troisième portion. Ce duodénum était fortement dilaté, avec de nombreuses adhérences épiploïques et semblait fixé en bas vers la région inguinale.

M. Grégoire referma le ventre et pratique la cure radicale de la hernie. Tous les accidents disparaissent et le malade est guéri.

M. Duval fait ressortir tout l'intérêt de cette observation, surtout au point de vue des hématémèses qui pouvaient faire croire à un ulcère perforé; alors qu'il s'agissait d'une hémorragie par rupture vasculaire d'origine mécanique.

Fracture de Maisonneuve. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation adressée par MM. Guillemin et Druesne (de Nancy). Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui, étant à bicyclette, voulut s'arrêter et poser son pied sur le sol. Il se fit une fracture de Maisonneuve. Le pied est tourné en dehors. La malléole se trouve au niveau du tendon d'Achille. La radiographie montre un arrachement du ligament et une fracture haute du péroné, en spirale.

Il s'agissait donc d'une fracture atypique de Maisonneuve.

Greffe de métatarsien, résultat éloigné. — M. Cunéo analyse une observation de M. Léonté. Il s'agit d'un malade chez lequel, en 1910, M. Léonté enleva le troisième métatarsien atteint de spina ventosa et le remplaça par un troisième métacarpien. En 1914, ce greffon était résorbé et on croyait à un échec. En 1924 on constata, cliniquement et radioscopiquement un os de nouvelle formation développé au niveau du tissu conjonctif entourant le greffon en voie de résorption. Ce qui prouve qu'il faut attendre longtemps avant de se prononcer sur le sort définitif d'une greffe osseuse.

Sacralisation de la Ve lombaire. — M. Abadie (d'Oran) chez un homme d'une quarantaine d'années qui souffrait

beaucoup dans la région lombaire et dont la lésion fut constatée à la radioscopie, incisa au niveau de la Ve lombaire, réséqua l'apophyse transverse, en même temps qu'un grand nombre de saillies osseuses. M. Abadie insiste sur la nécessité d'enlever toutes ces exostoses. Le malade, après cette opération resta très anémié, fut atteint de nombreux petits fibromes sous-cutanés et finit par succomber, très probablement, à un cancer vertébral. L'autopsie n'a pu être faite.

L'ostéosynthèse. — M. Mathieu se déclare d'accord avec M. Dujarier, et est donc partisan de l'ostéosynthèse. Il ne l'envisage ici que chez l'enfant et seulement au point de vue des fractures fermées, d'après M. Mathieu les indications de la thoracentèse chez l'enfant sont très rares : sur 200 cas de fractures il n'y eut recours que 15 fois. Il n'a jamais observé d'infection et il n'a jamais eu à retirer les plaques. C'est à la plaque de Scherman qu'il donne la préférence. Sauf dans un cas, les résultats fonctionnels sont parfaits.

M. Mathieu, montre à l'appui de sa communication, une série de radiographies. Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Fredet, Dujarier, Ombrédanne et Mathieu.

Large intervention pour ulcère peptique. — M. Brin (d'Angers) a dû intervenir pour ulcère peptique, chez un malade à laquelle M. Montprofit avait pratiqué une gastro-entérostomie en Y. Il se trouva en présence d'un bloc formé par l'estomac, le grêle et le côlon. M. Brin réséqua ce bloc en masse et répara la brèche en fermant l'estomac, en faisant une suture termino-terminale sur le côlon et en implantant dans l'estomac le bout éloigné de l'intestin. L'opération fut longue et laborieuse. Malgré l'état d'épuisement où elle se trouvait, la malade guérit sans incident.

Cette intéressante communication donne lieu à un échange d'observations entre MM. Cunéo, de Martel et Brin.

Fracture marginale postérieure. — M. Alglave présente une malade qu'il a opérée, d'une fracture marginale postérieure, par voie transcalcanéenne. Résultat parfait.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 14 novembre 1924)

Un cas de pseudo-crampe des écrivains. — M. Gommès présente un malade atteint de cette affection par spasme fonctionnel des fléchisseurs du pouce et de l'index; pas d'alcoolisme, aucune tare psychique : syndrome constitué rapidement après une chute sur la main. Guérison presque immédiate après injections dans le plexus de sérum de Hayem, antipyrine et cocaïne.

Deux adénites tuberculeuses fistulisées du cou guéries par l'extrait bacillaire colloïdal (présentation des malades). — M. Grimberg.

La douleur en chirurgie. — M. Dartigues présente un travail fort intéressant sur les moyens anesthésiques employés, pour abolir la douleur dans les opérations. Il décrit l'état d'esprit du malade et du chirurgien devant la douleur.

Gros fibrome compliqué de tumeurs végétantes bilatérales des ovaires. — M. Dartigues présente un gros fibrome avec tumeurs végétantes bilatérales des ovaires et zone d'induration du bord inférieur de l'épiploon. Il pense que les moyens physiothérapiques, radium, ou rayons X n'auraient pas guéri la malade.

Un cas de psycho-névrose surrénalienne. — M. Leopold-Levi apporte l'observation d'un cas d'asthénie musculaire accentuée avec troubles dans le domaine du sympathique abdominal, troubles d'anxiété, idées noires, ébauche d'état maniaco-dépressif avant les règles, de troubles circulatoires, sécrétoires, etc. Amélioration par l'opothérapie surrénalienne, guérison par ingestion de cortico-surrénale, maintenue depuis quinze mois. En résumé, débilité surrénalienne congénitale, exagérée à la puberté : syndrome surtout cortico-surrénal.

Est-il possible en clientèle de guérir les morphinomanes. — M. Crouigneau vient montrer la différence qu'il y a entre la morphinomanie et la morphinisation. Il insiste sur la crise de besoin, sorte de déséquilibre sympathique.

A propos de la scoliose. — M. Roederer insiste sur la distinction à faire entre la scoliose qui évolue chez la jeune fille chlorotique, hypo-endocrinienne qui guérit, et la scoliose d'ordre osseux primitif, qui donne les difformités graves et invétérées.

M. Kouindjy pense que les scolioses communes prises au début, guérissent par la kinésithérapie; ignorées ou négligées, elles exigent une thérapeutique compliquées, longue, avec résultat très relatif.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 7 novembre 1924)

M. Roulland fait une communication sur la différence qu'il y a entre les **hémorragies de l'ovaire et les hémorragies tubaires.**

Des interventions abdominales au cours de la grossesse. — M. Ozenne, dans une communication, dans laquelle la question clinique et pratique est seule envisagée, ne s'occupe tout d'abord qu'assez brièvement des maladies de l'estomac, de l'intestin, des reins et du foie, qui peuvent coïncider avec une grossesse. A propos des maladies des reins il signale les cas qui, dans la lithiase, dans l'hydronéphrose et dans la tuberculose, ne lui paraissent pas réclamer une opération et ceux qui, au contraire, en sont justiciables.

Des affections du foie, les infections biliaires, les abcès, les kystes hydatiques et la lithiase demandent ou un traitement médical jusqu'à la fin de la grossesse, ou un traitement chirurgical, qui, suivant les circonstances, consistera en cholécystotomie ou cholécystectomie et en ablation des kystes, si leur développement le commande.

La seconde moitié de la communication, plus développée, est consacrée à la discussion de la conduite à tenir dans le traitement médical et surtout chirurgical des kystes de l'ovaire, du cancer du col et des fibromes de l'utérus, coïncidant avec la grossesse.

Néphrectomie par voie antérieure. — M. Pasteau présente un rein gauche enlevé pour néoplasme chez un homme dont le rebord costal n'était séparé de la crête iliaque que par une distance de deux travers de doigt.

Tuberculose des ovaires. — M. Haller relate l'observation d'une tuberculose localisée uniquement aux ovaires sans aucune autre localisation. Trompes, utérus, péritoine du bassin absolument indemnes. Cette localisation est rare. Cliniquement, c'est à la forme aiguë de la tuberculose génitale que le cas appartient; anatomopathologiquement : abcès froid des deux ovaires.

Des indications et contre-indications de l'ostéo-synthèse dans le traitement des fractures fermées récentes. — M. Judet. Il existe un certain nombre d'indications formelles de la réduction à ciel ouvert, à savoir : 1° l'interposition des parties molles entre les fragments; 2° les paralysies nerveuses immédiates; 3° les déplacements irréductibles par manœuvres externes et fonctionnellement graves :

L'ostéo-synthèse est contre-indiquée dans l'immense majorité des fractures diaphysaires. Ces lésions peuvent être traitées efficacement par la réduction et les appareils plâtrés.

Certaines fractures sus-articulaires (fracture sus-condylienne de l'humérus, fracture de l'extrémité inférieure du radius) donnent des résultats si parfaits par la méthode non sanglante que la question de l'opération ne se pose même pas.

Nous en dirons autant pour la fracture de Dupuytren.

Arthroplastie pour ankylose de la hanche. — M. Dupuy de Frenelle rapporte l'observation d'une arthroplastie de la hanche faite chez un malade atteint de maladie ankylosante de la colonne vertébrale, des deux hanches et des deux genoux.

L'opération a consisté en résection de la tête fémorale,


OVULES ROCHE"
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.


le témoin
le produit
l'obturateur
PLIAGE ACCORDÉON
Stéridrophil Wuhrlin
GAZE
COMPRESSES

encapuchonnement du col par un lambeau du fascia lata, et fixation du col à la cavité cotyloïde par un ligament rond et par un ligament de Bertin artificiels. La mobilisation a pu être très étendue, sans douleur, dès les premiers jours qui ont suivi l'opération.

M. Burty, présente un fibro-myome pédiculé de la région postérieure et latérale gauche de l'utérus, enlevé par myomectomie le 17 septembre dernier chez une primipare de trente-sept ans enceinte de quatre mois. La tumeur, méconnue encore quelques jours avant l'opération, s'est manifestée par des douleurs très violentes qui décidèrent la malade à se faire examiner.

M. Petit de la Villeon présente des pièces et radiographies de fractures rares : fracture du calcanéum avec arrachement partiel de la grande apophyse; fracture spiroïdale de deux métacarpiens.

M. Thévenard rapporte un cas de **sténose sous-waterienne du duodénum** observée chez un enfant de six ans; sténose due à la compression exercée par les ganglions situés à la racine de la mésentérique atteinte de tuberculose.

Séquelles algiques d'encéphalite léthargique confondues avec des maux de Pott. — M. Roederer.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique..........	10 gr.
Extrait de gentiane.................	8 gr.
Extrait thébaïque.................. } Extrait de noix vomique........... }	0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx (1), par Georges Laurens.

Bien que la laryngologie se soit approprié dans ces dernières années toute la vaste région maxillo-faciale, l'auteur, fidèle au but qu'il s'est tracé autrefois, expose seulement ici la chirurgie des maladies de l'oreille, du nez et de ses cavités accessoires, du pharynx, du larynx et celle de l'œsophage.

Le plan du traité a été ordonné selon le type suivant. Chaque opération est décrite avec ses indications, sa technique et ses suites, parfois même si le sujet l'exige quelques notions d'anatomie topographique.

L'auteur précise pour chaque cas ses indications, contre-indications et conditions défavorables.

La technique est l'objet des détails les plus minutieux, le spécialiste devant souvent recourir à la voie externe et agir en véritable chirurgien et les interventions portant, soit sur les cavités osseuses, anfractueuses et profondes, soit sur des muqueuses sensibles et vasculaires.

Il faut réaliser la perfection, s'il est possible, dans l'éclairage, l'anesthésie et l'hémostase du champ opératoire. L'auteur décrit largement les modes d'anesthésie : par badigeonnage, par infiltration et par voie tronculaire; il multiplie les schémas et indique les manœuvres.

Il n'est pas de spécialité où l'acte opératoire n'entraîne comme corollaire des soins consécutifs aussi importants qu'en oto-laryngologie. L'auteur décrit les incidents, accidents, suites normales ou atypiques, complications et résultats définitifs des interventions pratiquées sur le rocher, la face et le larynx.

La partie iconographique de cet ouvrage a été largement développée. Beaucoup de schémas et de dessins, la plupart originaux, aideront à la compréhension du texte indiquant une technique opératoire, une attitude des mains, une manœuvre d'instruments. L. G.

(1) Grand in-8 relié. Deuxième édition entièrement refondue avec 792 figures dans le texte. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

Poliomyélite, méningite cérébro-spinale, encéphalite léthargique, zona, diphtérie (1), par le docteur H. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold.

Ce volume est consacré à l'étude des infections (exception faite pour la diphtérie) dont les germes pathogènes sont désignés sous le nom de virus filtrants, parce qu'ils filtrent à travers les bougies et ne sont pas directement accessibles à nos moyens d'investigation visuels. L'auteur après avoir établi, dans chaque cas, l'état de nos connaissances bactériologiques, insiste, avec l'autorité que lui confère sa haute valeur scientifique, sur les signes cliniques, parfois si embarrassants, sur les formes frustes, dont le diagnostic est si difficile et dont cependant l'importance est grande au point de vue de la contagion, et enfin sur la prophylaxie. Il attire notamment l'attention sur les coryzas, les angines, qui, aussi bien dans la poliomyélite que dans les méningites cérébro-spinales et l'encéphalite, prennent une signification, dont, même dans les circonstances en apparence les plus banales, le médecin doit se préoccuper. L'étude du zona et de ses apparentements et celle de la diphtérie constituent également une précieuse mise au point. Enfin la question du traitement est examinée sous toutes ses faces, ce qui était d'autant plus nécessaire que bien des points restent encore controversés et que les moyens à notre disposition ne sont pas toujours d'une efficacité certaine. Le docteur H. Barbier rapporte en particulier les résultats de l'emploi du sérum de convalescents dans la poliomyélite et de la sérothérapie antiméningococcique, dont l'application est spécialement délicate chez les nourrissons. Ce n'est pas là uniquement un excellent manuel complété par un index bibliographique; c'est aussi une œuvre originale, car l'auteur y apporte le fruit d'une expérience très riche et des idées personnelles dont on ne saurait méconnaître la valeur et la fécondité. J. L.

(1) Un vol. de l' « Encyclopédie scientifique du docteur Toulouse ». — Paris, 1924, G. Doin.

QUESTION D'INTERNAT (oral)

CHLOROSE

GÉNÉRALITES

La chlorose est une variété d'anémie caractérisée par un appauvrissement considérable du sang en hémoglobine, le nombre des globules rouges étant peu modifié.

Cette anomalie sanguine survient presque toujours chez des jeunes filles à la puberté et s'accompagne d'un ensemble de signes cliniques suffisamment groupés et caractéristiques pour que l'on puisse décrire la chlorose comme un *syndrome clinique spécial*.

SYMPTOMES

La chlorose est surtout une maladie de l'*adolescence*, atteignant presque exclusivement les *jeunes filles*, en général peu après l'établissement de la menstruation.

La maladie s'installe lentement et progressivement. On est frappé par la pâleur croissante, les troubles digestifs, l'asthénie; bientôt un ensemble caractéristique est constitué.

1° **Pâleur.** — C'est le symptôme le plus apparent et le plus frappant. C'est une pâleur intense, blanche ou même blanc verdâtre, comparée aux teintes de la cire, de l'albâtre; elle est surtout marquée au front, aux oreilles qui sont diaphanes, au pourtour des lèvres (moustache chlorotique) ; les yeux sont cernés; la malade a un aspect de langueur et de tristesse.

Les lèvres, les gencives, les conjonctives sont décolorées. Les paupières, les joues sont quelquefois un peu *bouffies*; il y a parfois un peu d'œdème malléolaire.

Les pommettes, par moments, peuvent se colorer plus vivement (chlorose floride).

2° **Symptômes cardio-vasculaires.** — SIGNES FONCTIONNELS. — *Palpitations* survenant par accès à la suite de la digestion, d'un effort, d'une émotion. Vertiges, bourdonnements d'oreille, syncopes.

SIGNES VASCULAIRES. — Le pouls est petit, accéléré, instable. Si on ausculte, au stéthoscope, les gros vaisseaux du cou entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, en n'exerçant qu'une pression légère on entend le *bruit de rouet* ou *bruit de diable* (murmure continu, ronflant et grave, renforcé à chaque révolution cardiaque. Ou bien c'est un musical aigu (*bruit de mouche*, bruit de guimbarde, bruit sibillant). Ce bruit semble d'origine *veineuse*. Il peut s'accompagner d'un frémissement perceptible au doigt.

SIGNES CARDIAQUES. — Eréthisme cardiaque. Parfois une apparence d'augmentation de la matité (fausse hypertrophie de croissance).

A l'auscultation on entend des *souffles anémiques* (qui, d'ailleurs, ne sont ni constants, ni particuliers à la chlorose). Ils siègent surtout dans la région pré-infundibulaire, préventriculaire gauche, dans les environs de la pointe. Ils n'occupent qu'une partie de la systole, ils naissent et meurent sur place; ils sont doux, superficiels, mobiles; ils ont, en un mot, les caractères des souffles *extracardiaques* (souffles cardio-pulmonaires de Potain).

3° **Signes digestifs.** — L'appétit est diminué ou capricieux (goût particulier pour les aliments vinaigrés, épicés). Les digestions sont lentes, pénibles, avec ballonnement du ventre, éructations, pesanteur gastrique ou même douleurs et vomissements. Le chimisme gastrique répond le plus souvent au type hyperpeptique. On a signalé la fréquence des ulcères de l'estomac. La constipation est la règle.

4° **Troubles génitaux et endocriniens.** — Ils sont fort importants. Les règles sont diminuées ou supprimées. Elles sont douloureuses ou difficiles. La leucorrhée est fréquente.

Dans certains cas, au contraire, il y a des ménorragies (chlorose ménorragique de Trousseau); il faut alors rechercher s'il n'y a pas de complication locale accidentelle.

Le système pileux pubien et axillaire et les seins sont mal développés.

Il y a donc souvent dans l'ensemble un syndrome de retard de la puberté.

Le corps thyroïde est très souvent augmenté de volume et on note très fréquemment aussi un syndrome basedowien plus ou moins fruste (chlorose thyroïdienne de Capitan).

5° **Autres symptômes.** — Le thorax est mal développé; il y a un peu de dyspnée d'effort et la respiration est irrégulière. L'état mental est spécial : les chlorotiques sont nerveuses, irritables, émotives; elles ont une tendance à la dépression, à la mélancolie, à l'hystérie; elles ont une sensation de profonde lassitude.

Les urines sont peu abondantes, pâles, avec abaissement du taux de l'urée et des sels; il y a quelquefois de l'indican et de l'urobiline.

6° **Examen hématologique.** — Il est essentiel à faire puisque la *définition* même de la chlorose fait appel aux caractères hématologiques.

Les *globules rouges* ne sont que peu diminués de nombre (3 à 4 millimes). On note de la poïkylocytose, de l'anisocytose avec prédominance des formes naines.

Mais le sang est remarquablement pâle, car, et c'est là le fait capital, le taux de l'*hémoglobine est très diminué* (s'abaissant parfois plus bas que 50 p. 100). La valeur globulaire est donc nettement au-dessous de la normale.

Les hématies nucléées sont rares; les hématoblastes seraient augmentés (Hayem).

Les *leucocytes* sont en nombre normal; mais les moyens mononucléaires seraient plus abondants que normalement; quelquefois il y a des myélocytes.

CLASSIFICATION DES ÉTATS CHLOROTIQUES

A. **La chlorose vraie ou essentielle.** — Dans un certain nombre de cas on ne trouve au syndrome que nous venons de décrire aucune cause connue. L'évolution se fait sans fièvre par poussées séparées par des périodes d'améliorations. La guérison est la règle sous l'influence de la médication ferrique et de l'hygiène.

COMPLICATIONS. — On a signalé la fréquence des thromboses : en particulier la *phlegmatia alba dolens* simple ou double, susceptible de donner une embolie mortelle. Faut-il invoquer une infection secondaire ou faut-il invoquer une dystrophie endothélio-vasculaire? La discussion reste ouverte.

ETIOLOGIE. — S'agit-il, dans ce premier groupe de faits, d'une affection spéciale, idiopathique qui mériterait le nom de *chlorose vraie*?

Un certain nombre d'auteurs le pensent. Mais la cause en resterait fort obscure. La cause première serait-elle un trouble ovarien, thyroïdien, ou des troubles nerveux, ou intoxication intestinale; s'agit-il d'un agent anémiant, inconnu, parasitaire ou toxique?

La rareté actuelle de la chlorose dite essentielle. — Quoi qu'il en soit, ce syndrome clinique, qui était *très fréquent et très net il y a vingt-cinq ans*, est devenu *très rare* aujourd'hui : voilà le fait intéressant qui résulte des discussions qui eurent lieu récemment aux Sociétés médicales des hôpitaux de Paris et de Lyon.

B. **Les chloro-anémies de cause connue.** — Le syndrome chlorotique peut apparaître sous les mêmes influences que toutes les autres anémies, et non seulement à la puberté chez les jeunes filles, mais encore chez l'adulte (chlorose tardive) et dans le sexe masculin.

Il peut apparaître au cours des affections suivantes dont il est le premier symptôme révélateur.

LA TUBERCULOSE. — La *fièvre* doit éveiller l'attention. La période chlorotique n'est que transitoire.

LA SYPHILIS. — A la période secondaire.

UNE NÉPHRITE. — Il s'agit d'une chlorose qui, loin de s'améliorer par la bonne alimentation, s'aggrave. Il faut rechercher les petits signes du brightisme (chloro-brightisme de Dieulafoy).

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL. — Les palpitations, les souffles cardio-pulmonaires, l'aspect général font que le diagnostic doit être discuté.

LA CHLORO-ANÉMIE DES NOURRISSONS. — Enfants d'une pâleur cireuse (anémie à type de chlorose), trop longtemps *nourris au lait* (apport de fer insuffisant), guérissant par la médication ferrique et une alimentation variée. Il faudra toujours rechercher l'*hérédo-syphilis* qui peut aussi être en cause (anémie splénomégalique).

DIAGNOSTIC

En résumé, le diagnostic comporte deux étapes :

1° Diagnostiquer la chloro-anémie, et éliminer, en s'aidant d'un examen de sang, l'anémie pernicieuse, les leucémies, l'hémophilie, le purpura.

2° En présence d'un syndrome chlorotique il faut, avant d'admettre le diagnostic de chlorose essentielle, chercher à dépister une des causes que nous avons énumérées.

TRAITEMENT

Outre le traitement étiologique qui, lorsque la cause est connue, est seul efficace, il faudra mettre les malades dans de bonnes conditions hygiéniques (repos, aération, alimentation convenable) et employer les préparations ferriques; l'opothérapie, ovarienne en particulier, sera souvent indiquée.

Bibliographie. — 1° BERGÉ. *Traité de médecine*, t. II; 2° *Précis de pathologie médicale*, t. IV, Masson, édit.; 3° *Journ. des prat.*, 22 mars 1924.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 100. — SAMEDI 13 DÉC. 1924. 97e ANNÉE. SAMEDI 13 DÉC. 1924. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 9 décembre. — Questions données : « Examen clinique d'un hémiplégique. — Symptômes et complications des kystes de l'ovaire. »

Mlle Vasseur (Nelly), 18; MM. Auclair (Jean), 9; Goldberg (Roger), 20; Gouvenot (Paul), 23; Armingeat (Jean), 26; Derot (Maurice), 20; Frédet (Maurice), 24; Lefèvre (P.), 18; Saint-Pierre (Louis), 17; Ferey (Daniel), 27.

Séance du 10 décembre. — Questions données : « Diagnostic de l'asthme. — Symptômes et complications des kystes hydatiques du foie. »

MM. Vibert (Jacques), 26; Guérin (Philippe), 17; Cohen (René), 23; Renard (Pierre), 22; Thirion (Jean), 18; Vanbockstael (Pierre), 25; Guérin (Paul), 27; Mirallié (Ch.), 21; Moret (Marcellin) et Fouquet (Jean), 19.

— Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — Composition du jury : MM. Papillon, Babinski, Bruhl, Ravaut et Flandin.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Composition du jury : MM. Sébileau, Moure, Cunéo, Lapointe et Cathala.

— Concours pour le prix Civiale. — Composition du jury : MM. Vaquez, Lesage, Barbier, Rieffel, Mauclaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira le lundi 22 juin 1925 devant la Faculté de medecine de Montpellier pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'Internat des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Magnant, Broustet, Mahon, Guinaudeau, Guérin, Mailhe, Mlle Le Demnat, Barrau, Cueille, Gré.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Création d'un office national d'hygiène sociale. — Par décret en date du 4 décembre, il est créé à Paris un établissement public dénommé office national d'hygiène sociale. Cet office a pour objet :

1° De recueillir et de tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire de la France ;

2° De centraliser et de mettre à la disposition des services publics, nationaux et locaux du corps médical, des hygiénistes et du public, tous les documents français et étrangers et tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie ;

3° D'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public, en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, à la lutte contre les maladies sociales et à la préservation de la race ;

4° D'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées, afin de coordonner tous les efforts faits en vue de protéger la santé publique.

L'office national d'hygiène sociale est rattaché au ministère chargé de l'hygiène publique. (*J., O.*, 9 déc. 1924.)

GUERRE. — M. le médecin-major de 2e classe Chaumet (Georges-Joseph), du gouvernement militaire de Paris, détaché à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, est nommé professeur agrégé du Val-de-Grâce et est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire d'électro-radiologie et de physiothérapie. (*J. O.*, 9 déc. 1924.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 6 décembre 1924, est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. Jean-Louis Faure, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante, dans la section de chirurgie et accouchements, par suite du décès de M. Richelot. (*J. O.*, 10 déc. 1924.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Le bureau pour 1925 a été ainsi constitué : président, M. Ranwez; premier vice-président, M. Cousot; deuxième vice-président, M. Gallemaerts.

LA REMISE DE LA GRAND'CROIX DE LA LÉGION D'HONNEUR AU PROFESSEUR BERGONIÉ. — Le 14 décembre aura lieu la remise officielle de la grand'croix de la Légion d'honneur au professeur Bergonié, à Bordeaux. La remise

sera faite par le maréchal Pétain, accompagné de M. Justin Godart, ministre, représentant le gouvernement.

Une délégation officielle sera composée de MM. le professeur Fernand Widal et les professeurs agrégés Robert Proust et Gustave Roussy. M. Paul Strauss accompagnera la délégation à titre d'ami personnel.

VIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. (Rome, 7-8-9-10 avril 1926.) — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Rome les 7, 8, 9 et 10 avril 1926.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes : 1. Curiethérapie du cancer utérin; 2. Thérapeutique des tumeurs cérébrales; 3. Chirurgie de la rate; 4. Abcès du foie; 5. Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne.

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan (1er avril), Padoue (2 avril), Venise (3 avril), Bologne (4 avril), Florence (5 avril), Gênes (13 avril), Pavie (14 avril), Turin (15 avril).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur L. Mayer, secrétaire de la Société internationale de chirurgie, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

MONUMENT AU PROFESSEUR LACASSAGNE. — Un Comité s'est constitué à Cahors sous la présidence de M. Jean Rougier, président du Syndicat médical du Lot pour élever par souscription un monument à la mémoire du professeur Lacassagne.

Le président du Conseil, M. Herriot, maire de Lyon a excepté la présidence d'honneur du Comité.

INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES VICTIMES DE LA GUERRE. — Le *Journal officiel* du 5 décembre 1924 publie un décret instituant un examen spécial pour les infirmières et infirmiers victimes de la guerre visés au décret du 27 juin 1922 qui, exerçant en fait d'une manière permanente la profession d'infirmiers ou d'infirmières professionnelles n'ont pas cependant antérieurement subi les épreuves d'un examen ou d'un concours.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. Hôpital Saint-Louis (professeur : M. Jeanselme). — *Leçons de dermatologie*, par MM. Schulmann, chef de clinique; Hufnagel et Fouet, chefs de clinique adjoints; Marcel Bloch, Giraudeau, Georges Lévy, chefs de laboratoire; Sézary et Touraine, médecins des hôpitaux; P. Chevallier et Burnier, anciens chefs de clinique et de laboratoire.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique, leçon avec projections et présentation de malades.

LIVRES NOUVEAUX

Medicus 1925, *guide-annuaire des praticiens* (1).

Ce guide-annuaire d'une documentation des plus soignée est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties, divisées en chapitre, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table des matières détaillés, en font le guide-annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Paraissant régulièrement chaque année — en octobre-novembre — il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser, car tout ce qui touche, de près ou de loin, à la profession médicale se trouve dans *Medicus*.

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *Medicus* a su s'adjoindre, tant en France qu'aux colonies, elle est aussi exacte que possible. L. G.

(1) Un vol. in-8° raisin, relié pleine toile, 1.500 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Aimé Rouzaud, 41, rue des Ecoles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 15 DÉCEMBRE AU 20 DÉCEMBRE 1924)

THÈSES

Lundi 15 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Gosset, Dechambre, Bourdelle, Moussu. — M. CORMIER. Le cheval berrichon et limousin. — M. BEN-DAMOU. Etude de l'industrie pastorale en Algérie et au Maroc.

Mardi 16 décembre. — Jury : MM. Carnot, président; Sergent, Marfan et Duvoir. — M. RENOUS. Etude sur l'emploi du babeurre dans l'alimentation. — Mlle PARMENTIER. Analyse fractionnée du contenu gastrique au moyen des tubes à petit calibre. — M. PRÉVOST. Les streptocoques anaérobies. — M. ROCHAS (J.). La pancréatite syphilitique avec rétropéritonite calleuse. — M. AUBER (Léon). Ressources climatiques et thermales d'une colonie française. — M. BOUDRY. Le traitement du paludisme à la Bourboule.

Jury : MM. Lejars, président; J.-L. Faure, Duval et Mondor. — M. EURIN (A.). Etude de la rétraction ischémique de Volkmann. — M. EMERIT (J.). Etude de la sérothérapie antigangréneuse. — M. DERMER (I.). — Etude de l'anesthésie locale dans la chirurgie du tube digestif. — M. PELCOT (G.). Des métrorragies symptomatiques des kystes.

Jury : MM. Gilbert, président; Sicard, Nobécourt et Claude. — M. DUCROT (Eugène). Essai de détermination par les rayons X des facteurs qui concourent à réaliser la ptose de l'estomac. — M. CHRISTON PANAGHIOTIS. Etude sur le rachitisme expérimental. — M. CUEL (Jean). La maladie de d'Alzheimer. — M. YOVANOVITCH (K.). Délire de persécution à forme intermittente. — M. NADAL (René). Le traitement actuel des nævo-carcinomes.

Jeudi 18 décembre. — Jury : MM. Bernard, président; Letulle, Bezançon et Lian. — M. ROUX. L'hypothermie, symptôme d'azotémie. — M. BRIAULT Etude de la sérothérapie dans la gangrène du poumon. — M. GUYONNAUD. A propos de la déminéralisation chez le tuberculeux. — M. CAMINO. Localisations pulmonaires de la tuberculose. — M. WOLFSOHN. Les villages de tuberculeux en Angleterre.

Jury : MM. Jeanselme, président; Teissier, Ménétrier et Achard. — M. DAMEUVE (M.). Un cas de dysthyroïde familiale à forme d'instabilité. — M. CHAVANY. Etude de la contracture pyramidale. — M. COURTIN. A propos de quelques cas de mycosis. — M. DERVILLE (M.). De l'hydrorhée non gravidique.

Vendredi 19 décembre. — Jury : MM. Delbet, président; Sebileau, Heitz-Boyer et Cadenat. — M. HÉREM (Jean). Etude de l'ostéomyélite de croissance de l'extrémité du radius. — M. HUDE. Les suppurations de l'oreille moyenne chez les diabétiques.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — L'*Agenda P.-L.-M. pour 1925* vient de paraître. Relié sous couverture rouge, noir et or, il renferme des contes, nouvelles, chroniques rétrospectives et d'actualité, un roman inédit, 600 compositions et croquis de paysages, 16 illustrations hors texte en couleurs, 12 cartes postales héliogravées. Véritable Agenda du touriste, d'une conception originale et d'une réelle utilité.

Prix : 7 francs, à l'Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux et bibliothèques du réseau, etc. Envoi recommandé à domicile contre mandat-poste (8 fr. 90 pour la France et 10 fr. 75 pour l'étranger (adressé au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

LA SYPHILIS DE LA RATE

Par L. PELLISSIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

La syphilis de la rate, parmi les manifestations multiples de la syphilis viscérale, est une des plus rarement signalées. Il est pourtant logique d'admettre que « regorgeant de sang, agissant silencieusement sur la composition de ses humeurs et de ses éléments figurés, la rate avant tout autre organe doit réagir à l'infection syphilitique ».

Elle réagit, en effet, à l'infection syphilitique, mais il se trouve que la réaction splénique habituelle est si minime qu'elle passe inaperçue, la lésion élective, évidente de la rate restant exceptionnelle.

Nous étudierons :

1° La rate hérédosyphilitique;

2° La rate dans la syphilis acquise : *a.* Syphilis primo-secondaire; *b.* syphilis tertiaire de la rate; *c.* syndromes spléno-hépatiques.

3° Le rôle de la rate dans les altérations sanguines de la syphilis et dans la réaction de Bordet-Wassermann sera brièvement envisagé, comme aussi le diagnostic et l'anatomie pathologique de la syphilis splénique.

Ce sont là, faits des plus disparates : la plupart témoignent seulement que la rate est touchée au cours de l'infection syphilitique, comme beaucoup d'autres organes : le splénite n'est qu'un signe parmi bien d'autres.

Seule, la lésion tertiaire mérite vraiment le nom de syphilis de la rate.

I. La rate hérédosyphilitique. — Historique. — Deux points de repère dans l'histoire de la rate hérédosyphilitique :

En 1864 : Baerensprung découvre la splénite de la syphilis héréditaire précoce.

En 1886 : Fournier signale des lésions semblables dans la syphilis héréditaire tardive.

Clinique. — *A.* La rate dans l'hérédosyphilis précoce. — C'est la splénomégalie hérédosyphilitique qui est la plus connue des formes de la syphilis splénique.

Elle compte, en effet, au nombre des grands stigmates de la syphilis héréditaire, au même titre que les stigmates cutanés, nasaux, osseux, hépatiques.

La *fréquence* de cette lésion de la rate seule est discutée :

Pour les anciens auteurs : on la trouve chez 50 p. 100 des nourrissons hérédo-syphilitiques.

Pour Marfan : elle existe dans les trois quarts des cas.

Cliniquement, elle se traduit par la *splénomégalie.* La grosse rate s'apprécie uniquement « *à la main* », mais non pas à la percussion. Toute rate *palpée* est une grosse rate.

Cette grosse rate hérédosyphilitique est d'ailleurs un stigmate de valeur différente suivant les cas :

Parfois, il s'agit d'une syphilis majeure, à manifestations multiples; la splénomégalie n'est qu'un signe parmi tant d'autres. Elle prend valeur de confirmation.

Parfois, au contraire, il s'agit d'une syphilis discrète, monosymptomatique, où jointe à l'aspect malingre du nourrisson, la splénomégalie acquiert une importance bien plus grande et prend une valeur d'orientation.

Signes associés. — L'anémie accompagne toujours la splénomégalie du nourrisson syphilitique. Elle peut être *légère* — ou *grave*, avec altérations globulaires, et formule myéloïde — ou même donner le tableau de l'*anémie splénique du type von Jacksch-Luzet.*

La forme hépato-splénique (Chauffard) joint à la grosse rate un foie hypertrophié, et souvent de l'ictère.

Evolution. — *Traitée*, cette splénomégalie hérédosyphilitique s'améliore.

Pourtant ces nourrissons restent fragiles : ils succomberont souvent à des infections intercurrentes.

Peut-être cette splénomégalie sera-t-elle aussi l'amorce de lésions spléniques ultérieures.

Non traitée, elle comporte le pronostic fatal de l'hérédosyphilis abandonnée à elle-même. S'ils survivent, ces nourrissons ne dépassent pas la deuxième année.

B. La rate dans l'hérédosyphilis tardive. — La lésion de la rate dans l'hérédosyphilis tardive a été beaucoup moins bien étudiée. Fournier en a cependant réuni 15 cas indiscutables.

Et cette atteinte splénique plus tardive présente aussi un intérêt réel, dans les cas d'hérédosyphills à signes légers. C'est dans les hérédosyphilis dystrophiantes que le constat d'une grosse rate deviendra un signe de tout premier plan.

Aussi y aurait-il avantage à rechercher l'état de la rate chez tout enfant porteur de quelque signe ou stigmate suspects.

Cliniquement, il s'agit encore d'une *splénomégalie.* Mais cette fois la rate sera *percutée*, et bien rarement palpée. Il est inutile d'insister sur la difficulté de cette percussion chez l'enfant. Elle apprécie une rate percutable sur deux, trois travers de doigt, voire davantage.

Evolution. — Cette splénomégalie tardive semble tenace. Elle cède assez mal au traitement spécifique. Mais le pronostic est lié aux autres lésions de la syphilis bien plutôt qu'à l'atteinte splénique.

Toutefois, cette splénite pourrait bien être à la base de certaines lésions spléniques ou sanguines ultérieures.

En résumé. — La rate dans l'hérédosyphilis est touchée au prorata de la généralisation syphilitique. Mais il ne semble pas y avoir de lésions hérédosyphilitiques électivement fixées sur la rate.

II. **Syphilis acquise de la rate. — Historique.** — Ce sont les auteurs français qui ont surtout étudié l'atteinte de la rate au cours de la syphilis acquise.

Lancereaux, dès 1866, découvre la splénomégalie syphilitique.

Plus tard, Weil montre que la lésion de la rate est surtout contemporaine de la roséole.

Avec Quinquaud et Nicolle, on voit affirmer la constance et l'importance de cette splénite secondaire.

Au contraire, De Beurmann fait de la splénite l'apanage des seules syphilis malignes.

Enfin, plus récemment, on a constaté que la splé-

nite syphilitique peut être plus précoce encore, préroséolique, et même préchancreuse.

Nous étudierons les variétés suivantes de la syphilis de la rate :

1. La rate dans la syphilis primo-secondaire.
2. La syphilis tertaire de la rate.
3. Les syndromes hépato-spléniques de la syphilis acquise.

I. La rate dans la syphilis primo-secondaire. — 1. Dans la syphilis primaire. — Que la rate soit touchée par la primo-infection syphilitique, on n'en peut plus douter.

Les *preuves* en sont :

1° Le constat, chez des sujets atteints de chancre, d'une splénomégalie cédant au traitement.

2° La reproduction expérimentale, chez le singe, de lésions spléniques contemporaines du chancre, le précédant même parfois.

3° Les résultats nécropsiques, à la vérité fort peu nombreux.

Cliniquement, la lésion splénique se traduit encore par une *splénomégalie*.

Sa date d'apparition :

Avant le chancre : le précédant de quelques jours (Robert, *Th. de Paris*, 1905).

Avec le chancre (Gastou).

Après le chancre : le suivant de cinq à huit jours (Quinquaud et Nicolle).

La *splénomégalie primaire* est peu importante. C'est donc une splénomégalie de percussion. Il faut donner au sujet la position de choix : il est couché sur le côté droit, le bras gauche relevé sur la tête, les genoux pliés, en relâchement total.

La *percussion* se pratique sur les deux lignes classiques :

Une verticale, joignant le creux axillaire à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Une perpendiculaire à celle-ci, passant par l'appendice xiphoïde.

On obtient une matité de 5, 8 centimètres $\times$ 4, 7 centimètres.

D'ailleurs cette percussion donne des résultats diversement appréciés : pour certains, toute rate percutée est pathologique; d'autres exigent deux à trois travers de doigt de matité pour affirmer la splénomégalie. Dans les cas douteux, la phonendoscopie, la radiologie peuvent être utiles.

Valeur de cette splénomégalie. — Cette atteinte précoce de la rate traduit simplement l'atteinte précoce du système lymphatique. Il n'y faut voir qu'une *réaction de défense* : il y a splénomégalie comme il y a adénopathie.

La valeur clinique de cette splénomégalie est du reste variable :

Si le chancre est typique, le constat de la splénomégalie n'aura d'autre intérêt que théorique et pathogénique.

Si le chancre est de nature douteuse : la splénomégalie pourra peut-être devenir un argument important en attendant « l'éclosion » du Wassermann.

Enfin, l'on a voulu faire de la splénomégalie primaire un signe de gravité, mais rien n'est moins prouvé.

2. Dans la syphilis secondaire. — C'est avec l'efflorescence des accidents secondaires que l'atteinte de la rate devient la plus fréquente.

Atteinte constante, disent les uns. « C'est le véritable symptôme initial de la période secondaire. » (Quinquaud et Nicolle).

Lésion fréquente, sans plus, corrigent les autres (De Beurmann, Soukernik).

Causes prédisposantes. — En effet, la splénite secondaire nécessiterait des lésions antérieures de la rate. L'alcoolisme, le paludisme sont maintes fois notés.

Cliniquement, il s'agit d'une *splénomégalie*.

Elle apparaît avec les autres signes de la série secondaire : roséole, céphalée, syphilides cutanéo-muqueuses, etc.

C'est une splénomégalie modérée, que décèlera seule la *percussion* : on délimite un ovoïde mesurant 10 centimètres $\times$ 6, 8 centimètres.

Aucun trouble fonctionnel n'attire l'attention du malade vers la région splénique. Parfois la percussion serait douloureuse, et l'on signale une splénodynie provoquée. Mais cette splénodynie, nécessitant des lésions de périsplénite intense, est un signe d'exception.

Signes associés. — La splénomégalie secondaire comporte un ensemble de troubles qui lui sont associés :

1° *Des altérations sangines.* — *Anémie* : Diminution du taux de l'hémoglobine d'abord.

Puis du nombre des globules rouges.

L'anémie est maxima quand éclatent les grands accidents secondaires.

Hématies altérées parfois : anisocytose, poïkilocytose, hématies granuleuses.

Hyperleucocytose. — Fréquente avec éosinophilie.

2° *L'asthénie, la fatigue* dont on a voulu faire le signe d'une intoxication où la rate joue le premier rôle.

Formes cliniques. — L'atteinte splénique secondaire réalise d'ailleurs des aspects cliniques différents.

1. *La forme hépato-splénique* n'est pas rare. Chevallier a récemment insisté sur ces faits, avec ictère précoce, pré-roséolique, gros foie, grosse rate, anémie marquée.
2. *Des formes évolutives* varient avec la disparition plus ou moins rapide de la splénomégalie.
3. *Une forme pseudo-typhoïde* peut même se rencontrer, où l'abattement, la prostration, la fièvre, accompagnés de splénomégalie, accusent la ressemblance avec la dothienentérie.
4. *Une forme simule l'anémie pernicieuse.*
5. *La forme avec ictère hémolytique associé* se voit dans les syphilis sévères, causant une insuffisance splénique avec hémolyse.

Evolution. — Sur l'avenir de cette splénomégalie, l'accord est loin d'être fait. Les éventualités qui suivent semblent indiscutables :

1. L'*existence* de la splénomégalie survit aux accidents secondaires. La splénomégalie reste « étale » jusqu'au sixième mois environ après le chancre. Au huitième mois, elle donne encore deux travers de doigt de matité. Elle a devancé les symptômes d'infection générale : elle poursuit, à côté d'eux, une évolution cyclique.
2. La *disparition* de la splénomégalie s'amorce vers le dixième mois. Elle décroît progressivement, et proportionnellement à la gravité de la syphilis causale, encore que ce point reste des plus contestés. Après le onzième ou le douzième mois, la rate n'est plus percutable.

3. La *persistance* de la splénomégalie est sans doute de mauvais présage; elle persistera jusqu'à l'étape tertiaire de la syphilis. C'est surtout le cas des syphilis méconnues, non traitées, ou des syphilis mal traitées.

Valeur de la splénomégalie secondaire. — Noyée parmi les autres symptômes secondaires, beaucoup plus apparents, cette splénomégalie fait figure de « parente pauvre » et l'on peut se demander quels enseignements en tirer.

a. *Est-ce là signe banal.* — C'est l'opinion de Quinquand et Nicolle. La splénomégalie, pour eux, n'a rien à voir avec le nombre, le siège, la durée, l'étendue des accidents syphilitiques, non plus qu'avec l'intensité des troubles fonctionnels ou généraux.

b. *Est-elle signe de gravité.* — Apanage des seules syphilis précocement malignes? Il n'en faut pas douter, selon De Beurmann et Dentillac. La splénomégalie secondaire ne se verrait que — s'il existe des lésions généralisées — si l'anémie est importante, si la syphilis n'est pas traitée. Ne voilà-t-il pas une mesure de l'infection syphilitique? La rate, selon le mot de Fournier, deviendrait le *thermomètre* de l'infection syphilitique.

Malheureusement, la splénomégalie est souvent notée dans des syphilis bénignes; elle manque souvent dans des formes malignes. Le seul signe sur quoi l'on puisse compter, c'est peut-être la *persistance* de la splénomégalie secondaire, seul argument plausible en faveur de la malignité.

En tous cas, la splénomégalie secondaire indique une réaction de défense. Elle traduit essentiellement un syndrome hémato-splénique réactionnel. Et si l'on veut à tout prix que cette splénomégalie mesure quelque chose, c'est la déglobulisation de défense qu'elle mesure le mieux.

II. **Syphilis tertiaire de la rate.** — La lésion tertiaire de la rate affecte une allure toute différente. Alors que, minime, elle peut passer inaperçue, elle devient parfois importante au point de mériter vraiment le nom de syphilis de la rate. C'est en effet une lésion autonome, qui fait la preuve histologique de sa spécificité.

HISTORIQUE. — Ce sont des gommes de la rate qui ont été signalées les premières, par Rendu.

Les faits épars de splénite tertiaire n'ont été rassemblés qu'en 1900, par Guérin.

On est revenu récemment sur cette lésion tertiaire de la rate, avec les travaux de Queyrat, Caussade, Menetrier, Timbal, Grenet, et les thèses de Saint-Laurens, R. de Gennes et Rousseau.

FRÉQUENCE. — 1. *La splénite tertiaire est exceptionnelle* pour les classiques. Fournier ne la mentionne même pas parmi les manifestations du tertiarisme syphilitique.

2. *Elle est constante* pour De Beurmann et Dentillac, mais elle passerait inaperçue, puisqu'elle ne serait importante qu'au cas de syphilis maligne ou insuffisamment traitée. C'est, une fois encore, la conception de la rate, *thermomètre* de l'infection syphilitique.

3. *En réalité.* — Il faut distinguer :

La simple splénomégalie chez des syphilitiques tertiaires : peut-être plus fréquente qu'on ne croit.

La syphilis tertiaire de la rate proprement dite — au sens anatomo-histologique et clinique du terme — et qui est une rareté.

Une seule réserve. — On ne classe dans cette syphilis tertiaire de la rate que de grosses rates scléro-gommeuses. Or, elles sont exceptionnelles. Mais l'autopsie de nombreux syphilitiques montre une rate petite. La sclérose atrophiante ne serait-elle pas en cause, comme elle l'est pour le foie, et n'y aurait-il pas de petites rates comme il y a de petits foies syphilitiques?

Causes prédisposantes. — La rareté même de la syphilis tertiaire de la rate a fait chercher des causes prédisposantes :

L'alcoolisme n'a pas grande valeur; ce n'est qu'un facteur sclérosant surajouté.

Le paludisme est beaucoup plus important. On le retrouve assez souvent, et il n'est pas illogique d'admettre que la grosse rate paludéenne est spécialement disposée à devenir la grosse rate scléro-gommeuse en cas de syphilis surajoutée.

Cliniquement. — La syphilis tertiaire de la rate est caractérisée par une volumineuse tumeur splénique. Faute de signes associés typiques, on n'en fait souvent le diagnostic que parce qu'il s'agit d'une grosse rate chez un syphilitique, et par élimination des autres causes de tumeurs de la rate.

Le sujet. — En effet, on voit apparaître cette tumeur splénique chez des sujets d'âge mûr, chez qui l'on retrouve une syphilis ancienne datant d'une dizaine d'années environ, cinq ans et trente-cinq ans dans les cas extrêmes.

Ce sont des polyscléreux, entachés de stigmates :

Viscéraux : hépatiques, rénaux...,

Ou artériels : artério-sclérose, aortite, hypertension artérielle isolée...,

Ou encore nerveux : signe d'Argyll-Robertson, altérations des réflexes, voire signes de tabes fruste ou d'atteinte cérébro-méningée.

Début. — Ces différents accidents sont ceux qui le plus souvent décident le malade à consulter. La grosse rate est une surprise d'examen.

Parfois, des troubles d'emprunt attirent l'attention : troubles digestifs allant jusqu'à simuler un néoplasme (Timbal), troubles urinaires, douleurs dans les membres...,

Exceptionnellement. la rate traduit d'emblée sa souffrance : douleur, gêne de l'hypochondre gauche, anémie croisssante, pâleur et fatigue à l'effort.

L'*examen*, à ce moment, ferait trouver une rate moyennement hypertrophiée, percutable sur trois ou quatre travers de doigt.

En règle générale, on ne pense pas à la rechercher, et cette splénomégalie reste inconnue.

Période d'état. — Pourtant la rate grossit peu à peu. La symptomatologie d'emprunt initiale s'efface, les autres stigmates syphilitiques passent au second plan. La grosse rate dès lors emplit à elle seule le cadre clinique de l'affection.

Signes fonctionnels. — Tout symptôme fonctionnel manque d'habitude. La *splénodynie*, classiquement signalée, fait presque toujours défaut. La gêne, la lourdeur, la tension au niveau de l'hypochondre gauche sont plus fréquentes, mais seulement lorsque la rate est énorme.

Des troubles digestifs apparaissent aussi, mais d'ordre banal : constipation, lenteur des digestions, ballonnement...

Signes physiques. — Aussi est-ce surtout par hasard qu'on découvre la *grosse rate*, ou bien elle

est devenue une volumineuse tumeur, qui a fini par inquiéter le sujet. Elle est assez grosse pour ne nécessiter aucun artifice d'examen, on la percute, on la palpe, on la voit même.

A l'inspection, en effet, on note, une dissymétrie abdominale. Le malade debout, l'hypochondre gauche est légèrement bombé, déjeté en avant.

Le malade couché, la voussure s'étale, soulevant le flanc gauche.

Signes négatifs très importants. — La peau est d'aspect normal, il n'y a pas de circulation veineuse collatérale.

La *palpation* apprécie facilement la rate.

Très fréquemment, c'est une masse volumineuse, débordant largement les côtes, emplissant même l'hypochondre. Cette rate, qui s'encastre entre le gril costal et la crête iliaque, pour dépasser d'autre part l'ombilic, simule parfaitement la rate leucémique.

L'hypertrophie est *totale* et *égale* : la rate a conservé sa forme générale, mais elle est d'une dureté pierreuse typique.

Le bord inférieur est facilement accroché par la main recourbée en crochet.

Le bord antérieur offre la sensation caractéristique de ses saillies inégales et de ses incisures.

La mobilité de cette tumeur splénique est d'ordinaire conservée. Le palper est rarement douloureux ; parfois, enfin, il apprécie des froissements de périsplénite.

Dans certains cas, la rate est moins grosse. Il faut recourir à la palpation profonde qui, déprimant la paroi en relâchement, va sous les fausses-côtes à la recherche du bord inférieur de l'organe.

La *percussion* ne devient utile que dans ce dernier cas. On peut se contenter de mesurer la matité splénique sur la ligne mamelonnaire, en comptant soit la hauteur totale, soit la hauteur dont elle déborde le gril costal.

Un tracé approximatif pourra être relevé en combinant les limites fournies par la palpation, la percussion et au besoin par la phonendoscopie.

Accessoirement, l'auscultation peut faire entendre un souffle splénique sans valeur aucune.

La radiologie n'est utile que dans les cas douteux, prouvant la splénomégalie après insufflation des côlons, voire après pneumopéritoine.

En réalité, la grosse rate est facilement perceptible : elle constitue le seul signe important. Des signes négatifs sont à noter : Il n'y a pas d'ascite, pas de circulation collatérale, pas d'adénopathies. Enfin, le foie est le plus souvent normal, mais il peut être légèrement hypertrophié. En tout cas, il n'y a pas d'ictère.

Signes généraux. — Quant à l'état général, il est indemne ; ou bien s'il est touché les signes en sont rattachables à bien d'autres atteintes viscérales plutôt qu'à la lésion splénique.

L'*anémie* seule appartient en propre à la symptomatologie splénique. Si elle est marquée, elle s'accompagne d'asthénie, de fatigue rapide, de dyspnée au moindre effort. En général, elle est d'intensité moyenne. Il y a :

Diminution des globules rouges (4.000.000, 3.000.000, 1.700.000 dans un cas de Grenet et Peignaux).

Diminution de l'hémoglobine (70, 50 p. 100).

Pas ou peu de malformations globulaires, à la différence de l'anémie secondaire.

L'anémie de la splénite tertiaire est une lésion de cicatrice. Le taux n'en variera pas : on a trouvé des rates entièrement altérées avec une formule immuable. Des suppléances semblent alors s'être produites, comme chez les splénectomisés (R. de Gennes).

Les globules blancs sont en nombre normal ; rarement, il y a leucocytose ou leucopénie, avec éosinophilie.

Enfin, il faut remarquer que la réaction de Bordet-Wassermann est positive chez ces malades, et qu'elle demeurera positive malgré le traitement, même intensif.

Evolution. — La syphilis tertiaire de la rate va évoluer de façon variable.

Traitée, elle peut s'améliorer. Mais il ne faut pas s'attendre à la guérison totale : Le malade restera porteur d'une rate augmentée de volume. L'échec du traitement est fréquent. Selon R. de Gennes, ce serait le cas habituel, et l'on ne saurait attribuer au traitement la valeur pierre de touche qu'il a fréquemment par ailleurs.

Non traitée, la rate syphilitique tertiaire peut persister très longtemps. Des accidents surviendront, capables d'emporter le malade, qui ne seront pas dus à la splénite. Toutefois, à la longue, apparaissent des troubles hépatiques. Des syndromes hépato-spléniques s'organisent, sur lesquels nous reviendrons. L'évolution s'accélère : l'ictère, l'ascite se surajoutent, l'anémie progresse. Au terme d'une évolution de quelques mois à quelques années, la mort survient, après un syndrome terminal d'insuffisance hépato-splénique.

FORMES CLINIQUES. — L'allure clinique de la syphilis tertiaire de la rate peut varier en raison de l'état anatomique des lésions.

1. La *forme scléro-gommeuse* donne le tableau que nous avons décrit, et qui est le cas habituel.

2. La *forme gommeuse pure*, qui est exceptionnelle, ne se révèle pas cliniquement : la gomme est trouvaille d'autopsie.

3. La *forme amyloïde* n'a guère d'intérêt : il s'agit de vieux syphilitiques cachectiques qui meurent d'amylose viscérale généralisée, et l'atteinte de la rate fait partie de cette amylose sans lui imposer une symptomatologie spéciale.

4. La *forme sclérosante pure* n'a pour ainsi dire pas été étudiée. Elle existe pourtant, plus fréquente sans doute qu'on ne croit, et ce point appelle vérification.

Valeur de la syphilis tertiaire de la rate. — Cette splénite tertiaire a une tout autre valeur que la splénomégalie primo-secondaire. Ici, il n'est plus question d'une simple réaction de défense. Il s'agit d'un stade terminal. C'est une lésion cicatricielle. Voilà pour expliquer la résistance fréquente au traitement.

Fort rare, la splénite tertiaire ne se verrait — qu'après des lésions spléniques primo-secondaires intenses — qu'au cours de syphilis malignes et mal traitées.

Sans doute, le Bordet-Wassermann ne cède guère aux médications diverses, mais il ne semble néanmoins pas que la splénite tertiaire soit plus particulièrement facteur de gravité. Des syphilis polyviscérales graves ne la comportent pas ; son évolution reste parfois fort bien tolérée ; parfois elle cède admirablement aux traitements spécifiques.

III. **Syndromes spléno-hépatiques.** — A côté de la splénite isolée, nous retrouvons, comme à l'époque secondaire, des syndromes spléno-hépatiques.

Connus d'assez longue date, signalés par Hanot, Hayem, Gilbert, ils ont fait l'objet de travaux récents, résumés dans les thèses de R. de Gennes et de Saint-Laurens.

Classiquement. — L'atteinte de la rate était toujours secondaire à une lésion antérieure du foie : la rate n'était que le « ganglion du foie ».

Chauffard a eu le mérite de mettre en valeur les hépatites d'origine splénique. La rate, entrepôt de toxines qu'elle atténue, peut bien se laisser submerger; le foie, au débouché de la route splénique, sera la première victime.

Rate et foie seraient touchés en même temps pour d'autres auteurs. Chevallier en voit la preuve dans l'existence des syndromes hépato-spléniques précoces dans l'ictère contemporain du chancre, dans la rareté de l'atteinte isolée de la rate à la période tertiaire.

Cliniquement. — Le cas habituel réalise une *cirrhose hypersplénomégalique avec anémie*, dont les premiers cas, rapportés avec précision, furent ceux de Caussade et Milhit et de Menetrier.

Des malades sont considérés comme porteurs de cirrhoses alcooliques ou de syphilis scléro-gommeuse du foie.

Ce sont, en effet, d'anciens syphilitiques, qui ne sont du reste pas toujours porteurs d'autres lésions tertiaires révélatrices.

C'est le foie qui attire l'attention : tantôt petit, il est pris pour un foie atrophique type Laënnec; tantôt gros foie bosselé, ou raviné, il est rapporté à la vérole ancienne.

La *rate*, cependant, frappe bientôt par sa taille. Elle est proportionnellement bien plus grosse que le foie ; elle est toujours très dure, et souvent douloureuse à la pression.

L'*ascite* manque d'ordinaire, ou bien reste minime.

L'*anémie* ne fait jamais défaut, donnant la note particulière à ce syndrome. Elle est souvent intense, mais ne s'accompagne que rarement d'altérations globulaires.

L'*état général* est vite altéré ; l'insuffisance hépatique ne tarde pas à causer de graves désordres.

L'*évolution* sera donc et grave et rapide : la syphilis hépato-splénique avec anémie devient mortelle en un délai variable de quelques mois à quatre ou cinq ans. Le traitement restera inactif, les résultats n'en étant que passagers et inconstants.

Autres formes cliniques. — Ces syndromes spléno-hépatiques offrent une multitude de variétés cliniques, où la lésion de la rate peut n'apparaître qu'accessoire.

1. Le *syndrome de Banti syphilitique* est très intéressant, car la rate y joue le rôle primordial. On sait qu'il évolue en trois phases :

Une *phase splénomégalique d'abord* avec anémie, durant un à quatre ans.

Une *phase intermédiaire* avec apparition de troubles digestifs, durant quelques mois.

Une *phase cirrhotique*, enfin, donnant tout le tableau d'une cirrhose de Laënnec.

Il faut y joindre un *syndrome hématologique* qui comporte, du moins dans la description de Banti lui-même ;

Diminution des globules rouges.

Nombre normal de globules blancs.

Formule leucocytaire normale.

Avec aussi : poïkilocytose, diminution de l'hémoglobine et de la valeur globulaire.

Ce syndrome de Banti reconnaît à coup sûr des causes nombreuses. Mais la syphilis semble être souvent à son origine. Banti lui-même et les Italiens le signalaient ; Queyrat, Caussade et Lévy-Frænkel l'ont confirmé. Les auteurs américains sont proches d'assigner aujourd'hui à la syphilis le rôle prédominant, sinon exclusif, dans l'étiologie de ce syndrome de Banti.

2. La *cirrhose de Hanot syphilitique* était signalée déjà par Hanot. Le gros foie, la rate plus grosse encore, l'absence d'ascite, l'ictère la caractérisent. Surtout, on sait son évolution par poussées successives, fébriles, accentuant l'ictère, faisant apparaître l'insuffisance hépatique à la fin. Ces poussées, s'étageant au cours d'une évolution très longue, qui atteint souvent une dizaine d'années, aboutissent tardivement à la cachexie hépatique.

Ici encore, on est en présence d'un syndrome dont les causes sont diverses. Mais la syphilis prend de plus en plus d'importance dans son étiologie. Avec Castaigne, on s'accorde à penser que la forme hypersplénomégalique de la cirrhose de Hanot est presque toujours d'origine syphilitique.

3. Les *ictères chroniques splénomégaliques*, signalés par Hayem, étudiés par Gilbert et Chabrol, ne constituent parfois qu'une variante du syndrome de Hanot. Il est des cas où la splénomégalie est primitive; il s'agit d'une véritable *splénomégalie hémolytique*, décrite par Banti, en 1912.

Il ne faut pas confondre cet ictère par splénomégalie avec l'ictère hémolytique banal ; dans celui-ci, l'hémolyse vient d'abord, la grosse rate ensuite.

La rate est le témoin et non la cause de l'hémolyse.

Dans l'ictère par splénomégalie hémolytique, les globules rouges ne sont pas fragilisés, mais ils sont détruits par une rate en déséquilibre fonctionnel. La grosse rate vient d'abord : l'hémolyse lui est secondaire.

La syphilis joue un rôle fort important dans la genèse de pareils ictères, qui sont améliorés par le traitement spécifique. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1924)

Modifications du sang au cours du choc anaphylactique. — MM. Léon Blum, Maurice Delaville et Van Caulaert ont observé un phénomène qui jette un jour nouveau sur le mécanisme du choc anaphylactique.

Le plasma d'un sujet atteint d'asthme anaphylactique renferme le matin à neuf heures 59 p. 100 de calcium ultrafiltrable ; douze heures plus tard le malade fait une crise d'asthme provoquée par l'ingestion d'albumine animale : le taux du calcium ultrafiltrable est de 100 p. 100.

Par sa netteté et sa constance cette modification du calcium ultrafiltrable paraît aux auteurs être un critérium du choc anaphylactique permettant de le différencier d'états voisins dont il était impossible de les séparer jusqu'ici.

« Mais, ajoutent-ils, ce qui fait l'intérêt tout particulier de ce phénomène c'est qu'il nous renseigne sur les changements que subit le complexe colloïdal (protéinique) auquel le calcium non ultrafiltrable est lié. Le départ du calcium de ce complexe révèle un changement de la réaction du colloïde. La modifica-

tion physico-chimique du calcium nous mène ainsi à la conclusion qu'au cours du choc anaphylactique, il se produit un changement de la réaction des colloïdes protéiques ou du moins de certains d'entre eux. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 9 DÉCEMBRE 1924)

M. SOUQUES, secrétaire annuel, après son rapport sur l'ensemble des récompenses décernées par l'Académie, a, selon la tradition, rendu un pieux hommage aux membres décédés pendant le courant de l'année : Vallin, Gariel, Kauffmann, Jalaguier, Richelot et Rochard. Il a ensuite souhaité la bienvenue aux nouveaux collègues élus pendant ces derniers mois : MM. Claudius Regaud, Lejars, J. Renault, Jean Camus et J.-L. Faure.

Prix décernés en 1924. — M. LE PRÉSIDENT a donné lecture du palmarès. (Voir plus loin.)

Eloge de Paul Broca. — M. ACHARD a prononcé ensuite un fort bel éloge de Paul Broca.

« C'est une bonne fortune pour un médecin, dit-il, de prononcer l'éloge d'un chirurgien. Il est assuré de s'y instruire. »

M. Achard s'est ensuite un peu mis en contradiction avec lui-même en insistant beaucoup plus particulièrement sur l'anthropologiste que sur le chirurgien. Mais il nous a fait un beau portrait de ce travailleur acharné, de cet homme de sciences simple et désintéressé, de ce novateur qui a bien su « fouiller le champ fertile de l'anatomie pathologique, faire non seulement de la clinique et de la thérapeutique, mais de la pathologie chirurgicale et même de la pathologie générale. Pour satisfaire son inlassable curiosité, il a jeté ses regards au delà du malade et de l'individu et a fondé vraiment l'anthropologie, cette physiologie de l'humanité ».

En 1848, Broca s'enflamme pour la République. Garde national, il refuse un grade d'officier et, simple soldat, monte la garde, « portant d'un côté son fusil et, de l'autre, un livre à sa main, attitude peu réglementaire, sans doute, mais combien symbolique ».

A la fin de son beau discours, revenant sur l'anthropologie et le passionnant problème de l'origine de l'humanité, M. Achard élève sa pensée vers les plus hauts problèmes de l'humanité et du monde et rappelle cette belle réflexion de Ranvier que « le globule blanc qui roule obscurément dans notre sang n'est pas un objet de moindre importance pour l'étude que l'astre étincelant qui se meut dans l'immensité des cieux. Microscope et télescope sont égaux au service de la science ».

Après un regret ému que des deux fils de Broca, qui ont si bien suivi la tradition paternelle, l'un nous ait été ravi si subitement, il y a quelques semaines. M. Achard termine ainsi son discours qui a été chaleureusement applaudi :

« Mais pourquoi faut-il qu'après s'être délivré de tant de dangers qui le menaçaient, l'homme n'ait encore de pire ennemi que son semblable? N'est-ce donc que dans les mots qu'humanité est presque synonyme de bonté? Ayons néanmoins l'espérance et la foi que cette marche au progrès qui se poursuit depuis tant de milliers d'années, ne saurait s'arrêter, et travaillons à hâter la venue du jour où définitivement s'établira la paix parmi les hommes. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1924

PRIX DE L'ACADÉMIE (1.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Hébert (de Nantes).

PRIX APOSTOLI (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Stéphen Portret (de Paris).

PRIX ARGUT (800 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24.000 fr. de rente). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX BAILLARGER (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice Ducosté, médecin chef de la 3e section de l'asile de Villejuif.

PRIX DU BARON BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Rieux, médecin principal de 1re classe, hôpital militaire du Val-de-Grâce.

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente). — L'Académie partage les arrérages de cette fondation en accordant : 1.546 fr. à M. le Dr Champy (de Paris) et 1.546 fr. à M. le Dr Albert Peyron (de Paris).

PRIX CHARLES BOULLARD (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Jacquelin (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Jean Firket (de Liége).

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M le Dr Georges Bourguignon (de Paris).

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (2.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX CAPURON (1.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Mathieu, médecin consultant à Brides-les-Bains (Savoie).

PRIX MARIE CHEVALLIER (9.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs A. Boquet et L. Nègre, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur (Paris).

PRIX CHEVILLON (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs A. Chalier (de Lyon) et H. Mondor (de Paris).

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Monéry, médecin-major de 1re classe (Paris).

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 500 fr. à M. André Larsonneau, docteur en pharmacie (Paris); 500 fr. à MM. les Drs Roubaud, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur (Paris) et Descazeaux, professeur de bactériologie au service de l'industrie animale à Santiago (Chili); 250 fr. à MM. les Drs Pic, professeur de thérapeutique, et Bonnamour, chargé de cours de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon; 250 fr. à M. le Dr Marcel Robineau, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales. Une mention honorable est accordée à MM. les Drs J. Gaté et G. Papacostas, de l'Institut bactériologique de Lyon.

PRIX GEORGES DIEULAFOY (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Sicard et Forestier (de Paris).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés, à titre d'encouragement à M. Jean-Lucien-Hippolyte Meyer (de Paris).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé, en 1924, à MM. les stagiaires : une récompense de 500 fr. à M. Lanos pour son rapport sur les eaux de Beaucens en 1923 et une somme de 1.500 fr. pour sa mission à Uriage; une somme de 1.500 fr. à M. Barreau, pour sa mission à Bourbon-Lancy; une somme de 1.500 fr. à M. Renault, pour sa mission à Royat.

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 750 fr. à MM. les Drs Reverchon et Worms, professeurs au Val-de-Grâce; 750 fr. à M. le Dr R. Monceaux (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Hanns (de Strasbourg) et André Plichet (de Paris).

PRIX PIERRE GUZMANN (un titre de rente de 2.000 fr.). — L'Académie décerne à titre de prix les arrérages de cette fondation à M. le Dr Charles Fouquet (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Ivan Bertrand, chef de laboratoire de la clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière.

PRIX ITARD (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Savy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Une mention honorable est accordée à M. le Dr A. Aimes, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

PRIX LABORIE (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale, et Charles Dunet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie décerne

le prix à M. le médecin inspecteur général Lasnet, chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin. Une mention honorable est accordée à M. le Dr Hamet, professeur à l Ecole de médecine navale de Brest.

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie décerne, à titre d'encouragement, la somme de 1.200 fr. à M. Léon-Auguste Huet, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LEVEAU (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Tiffeneau (de Paris).

PRIX CLOTILDE LIARD (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr G. Ramon (de Garches).

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Daniel Santenoise (de Paris).

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Siffre (de Paris),

PRIX MAGNAN (3.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Arsimoles, médecin-directeur, et Caïn, médecin assistant à la maison de santé de Hoerdt (Bas-Rhin). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Etienne Gay, chef de clinique neuro-psychiatrique, à Toulouse.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr E. Escat, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 500 fr. à M. le Dr Bouffard, médecin principal de 1re classe, des troupes coloniales; 500 fr. à M. le Dr E. Jamot, médecin-major des troupes coloniales (Paris); 250 fr. à MM. les vétérinaires-majors de 2e classe Henri Velu et Jean Barotte, du service de l'élevage, à Casablanca (Maroc); 250 fr. à M. le Dr Peyrot, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé colonial, à Marseille.

PRIX OULMONT (2.800 fr.). — Deux concours distincts des prix de l'internat ont été ouverts en 1924 : *Premier concours* : un prix de 1.400 fr. est décerné à M. Pierre-Charles-Paul Moulonguet, interne d'avant-guerre, n'ayant terminé son temps d'internat que le 15 février 1924 en raison des années de service militaire accomplies entre sa réception à l'internat et le 1er août 1914 ; — *Deuxième concours* : un prix de 1.400 fr. est décerné à M. Paul-Georges Lemariée, interne de la promotion de 1920 dite « militaire » et dont les quatre années arrivaient à expiration le 31 mai 1924.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr E. Wollman, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur (Paris).

PRIX POTAIN (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lutembacher (de Paris).

PRIX SABATIER (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Gabriel Bidou (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Aimé Mouchet. professeur à la Faculté de médecine de Constantinople. Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Philippe Bellocq, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; A. Bujadoux (de Lyon); E. Gaujoux (de Nîmes); René Giroux (de Paris); Charles Lefèvre (de Toulouse); Schauenberg (de Genève) et Kotzareff (de Constantinople).

PRIX SAINTOUR (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Noël Fiessinger (de Paris). Une mention très honorable est accordée à MM. les Drs Louis Brin et Léon Giroux (de Paris).

PRIX STANSKI (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Hauduroy, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX TARNIER (4.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris. Une mention honorable est accordée à M. le Dr Paul Bouquet (de Brest.

PRIX VAUTRIN-GEORGE (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Liot, docteur en pharmacie, préparateur au laboratoire de l'Institut supérieur de vaccine (Paris).

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie partage le prix en accordant : 400 fr. à M. le Dr Henri Lorion (de Paris), et 400 fr. à M. le Dr Maurice Boigey, médecin-chef de l'Ecole d'éducation physique de Joinville, à Joinville-le-Pont.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant les années 1922-1923.

1922. — 1° *Médailles de vermeil*, à : MM. les Drs Barthe, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Basserres (François-Pierre), médecin-inspecteur général, directeur du Service de Santé de la XVe région; Briau, ancien directeur du Bureau municipal d'hygiène au Creusot; Lasnet, médecin-inspecteur général du Service de Santé de l'armée d'occupation en Rhénanie; Lévy, médecin principal de 1re classe, professeur d épidémiologie au Val-de-Grâce; Loir, directeur du Bureau d'hygiène du Havre.

2° *Rappel de médaille de vermeil*, à : M. le Dr Ginestous (Etienne), membre du Conseil départemental de la Gironde, médecin des épidémies.

3° *Médailles de bronze*, à : MM. les Drs Balland (Loir-et-Cher); Bolot (Haute-Saône); Cuisset (Nord); Despeignes (Savoie); Dujardin (Nord); Guillaud (Savoie); Grand (Tarn); Lasserre (Basses-Pyrénées); Mayoly (Hautes-Alpes); Monges (Bouches-du-Rhône).

1923. — 1° *Rappel de médaille d'or*, à : M. le Dr Bauzon (Jules), médecin des épidémies de Chalon-sur-Saône.

2° *Rappels de médailles de vermeil*, à : MM. les Drs Ginestous, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bordeaux; Paquet, inspecteur départemental de l'Oise, à Beauvais.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 1er décembre 1924, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1923, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

1° *Médailles de vermeil* à : MM. le Dr L.-A. Amblard (de Vittel).

2° *Médailles de bronze*, à : MM. les Drs Alquier (de Vichy); Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie thérapeutique et climatologique à la Faculté de médecine de Strasbourg; H. Gaehlinger (de Châtel-Guyon); L. Porcheron (de Marseille); Maurice Léonardon, docteur en pharmacie (de Paris); Société des médecins de Châtel-Guyon (de Châtel-Guyon).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1923 :

Médailles d'or d'honneur à : M. le Dr Fillassier (de Paris).

Rappels de médailles de vermeil à : M. le Dr Gourichon (de Paris).

Médailles de vermeil à : MM. les Drs Chastanet (de Paris), Gilbert-Lasserre (de Bordeaux), Holtzmann (de Strasbourg) et Tanon (de Paris).

Médailles d'argent à : MM. les Drs Aublant (de Montpellier), Bourdier (de Paris), Carrié (de Saint-Martin-de-Londres), Céard (de Colomb-Béchar) (Sud-Oranais), Dubreuil (de Bordeaux), Dujarric de la Rivière (de Paris), Gresset (de Paris), Legendre (de Lattaquié) (Syrie), Ronzier-Joly (de Clermont-l'Hérault), Sebillotte (de Paris), Soulagnes (de Pézenas), Villejean (de Cherbourg).

Médailles de bronze à : MM. les Drs Chardin (de Montreuil), Chevé (de Paris), Dermer (de Saint-Denis), Doucet, Fénard, Finot (de Paris), Genevray (de Nouméa), Hischmann, Lafond, Lévy, Oppenheim (de Paris), Rancurel (de Villemomble), Tertois (de Bagneux), Vauthier (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

Médailles de vermeil à : M. le Dr Gaujoux, médecin accoucheur des hôpitaux (de Nîmes).

Médailles de bronze à : MM. les Drs Boivin (de Bruz), Bourdoux (de Villenave-d'Ornon), Deseuche (de Saint-Aignan-sur-Roé), Duchenne (de Gournay-en-Bray), Henrot et Knoeri (de Reims), Le Coz (de Pont-Labbé), Lehmann (de Nevers), Le Roy (de Paris), Margain (de Thiais), Mouézy (d'Argentré), Ravon (de Saint-Etienne).

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1924)

Traitement de l'occlusion intestinale aiguë. Utilité des fistules intestinales temporaires. — M. PAUCHET. Le succès de l'opération dépend de la précocité de l'intervention.

M. Pauchet vient d'observer, en un mois, cinq cas d'occlusion intestinale, de causes variées, terminées par la guérison et qui étaient totalement différentes dans l'état des lésions constatées.

a. Un cas de cancer colique gauche, traité par l'anus cæcal.

b. Une coudure de la dernière anse de l'iléon, tympanisme énorme. Section de la bride provoquant la coudure.

c. Un volvulus du cæcum, autour d'une bride iliaque de Lane. Section de la bride. Appendicostomie. Fermeture spontanée de la fistule.

d. Un cancer de la sigmoïde. Colectomie totale d'emblée. Abouchement des deux extrémités à la paroi ; entérotomie. Fermeture secondaire.

e. Une agglutination des anses secondaires à une pétitonite tuberculeuse de l'enfance. Section d'une bride. Fermeture de l'abdomen.

Ces exemples ont pour but de démontrer que, chaque fois que l'intestin a été distendu, il faudra, dans tous les cas, faire une fistule. L'intestin parésié par la stercorémie est incapable de revenir sur lui-même. Le malade meurt intoxiqué.

L'opérateur ferme la fistule secondairement, ou elle se ferme seule.

Traumatismes par accidents d'automobiles. — M. THÉVENARD, à la suite de la communication de Léo, croit devoir insister sur la grande importance que peut prendre dans les accidents l'attrition, le plus souvent considérable, des parties molles ; leur gravité immédiate par le rôle qu'elles jouent dans les phénomènes de schock, leur gravité secondaire par nécrobiose des tissus lésés. Enfin M. Thévenard remarque le retard de consolidation, la tendance à la pseudarthrose dans les fractures résultant de ces grands traumas, comme si la vitalité des tissus osseux eût été ébranlée.

Tumeur inflammatoire du cæcum. — M. LEURET communique un cas de tumeur inflammatoire du cæcum par corps étranger (morceau de bois) implanté dans le cæcum. Le début des accidents remonte à vingt-deux ans. Une résection partielle du cæcum a été pratiquée. La malade a guéri. L'histoire de la malade était celle d'une appendicite à crises répétées. C'est le diagnostic qui avait été fait.

Occlusions intestinales de cause double. — M. BARBET. Dans les deux cas présentés, la clinique et la radioscopie indiquent un obstacle du côlon sigmoïde. On incise à gauche et on trouve, la première fois, un énorme lipome sous-péritonéal, le deuxième un étranglement du côlon par bride salpingienne. Or, les accidents d'occlusion reprennent quelques jours après et une laparotomie ultérieure révèle chez le premier malade un cancer du sigmoïde qui est extériorisé et guéri ; chez la deuxième un cancer du cæcum. D'où nécessité dans tous les cas d'occlusion de faire une laparotomie médiane exploratrice.

Du traitement des gros papillomes vésicaux. — MM. Jack MOCK et J. DORE décrivent la technique qu'ils emploient depuis plusieurs années avec succès. Ils emploient une méthode conjuguée. Après taille hypogastrique, ils font l'ablation de la ou des tumeurs et fulgurent la base d'implantation. Il semble que par ce procédé les résultats soient meilleurs et qu'on soit plus à l'abri des récidives rapides. A l'appui ils apportent un certain nombre d'observations.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924 (1)

10. Deléglise. — De l'état de l'œil au cours de l'épithélioma palpébral.
122. Delioux. — Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires fermées.
1. Desfour. — Résultats anatomiques du traitement des fractures du col du fémur par la méthode du vissage.
110. Desplans. — Tuberculose et gangrène pulmonaire.
32. Deumier. — Contribution à l'étude des calculs du confluent.
102. Didier. — Sur une forme rare d'hématomyélie spontalie avec hémorragie méningée et évolution à rechutes.
28. Dreyfuss. — Du bégaiement.
46. Druelle. — Le chancre syphilitique du cuir chevelu.
115. Dufour. — Contribution à l'histoire de la médecine. Nostradamus (1503-1566).
29. Duhart. — De l'anesthésie par la butelline en oto-rhino-laryngologie.
41. Dumollard. — Etude critique de l'autohémothérapie en dermatologie.
78. Edouard. — Un syndrome méningé dans les cirrhoses.
125. El Adhari. — Exophtalmie et exophtalmométrie.
146. El Melik. — La paraplégie spasmodique d'origine médullaire et de cause syphilitique chez l'enfant.
143. Enselme (Jean). — Recherches au sujet de l'action exercée par l'insuline sur différents hydrates de carbone.
144. Enselme (Mme), née Monier. — Sur quelques formes de la syphilis des os longs observées dans la première enfance.
152. Escallon. — Etude pharmacologique de l'huile de foie de morue.
59. Escoffier. — Sur un cas d'encéphalite épidémique avec hémiplégie.
52. Farjon. — La fistule pleuro-bronchique au cours du pneumothorax.
85. Favier. — La tension veineuse au cours du pneumothorax thérapeutique.
148. Gaillard. — Du traitement des calculs de l'uretère par les méthodes endoscopiques.
38. Galaup. — Contribution à l'étude des sarcomes de la conjonctive sclérale.
15. Garrigues. — Contribution au diagnostic de la sclérose en plaques.
119. Gaudon. — De l'hypernéphrome métastatique.
65. Gignoux. — Contribution à l'étude des accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse supérieure.
126. Giorgi. — La restauration des paupières à la suite des grands délabrements.
105. Girardot. — Une épreuve d'exploration fonctionnelle du poumon et du foie par l'ail dans la tuberculose pulmonaire.
101. Gotteland. — Contribution à l'étude clinique du traitement de la néphrite infectieuse aiguë.
93 Gourier. — Le traitement du prolapsus utéro-vaginal par le cloisonnement élargi du vagin combiné à la périnéorraphie.
99. Griveaud. — Contribution à l'étude des teignes doubles du cuir chevelu.
22. Guérin. — Le choc vasculo-sanguin dans les asphyxies traumatiques et toxiques.
145. Hérès (Mlle). — Des ostéo-arthrites du tarse antérieur.
113. Hollard. — Du choléperitoine sans perforation des voies biliaires.
50. Husson. — La colique hépatique vésiculaire sans lithiase.
120. Isnardi. — Traitement des arthrites tuberculeuses du pied chez l'enfant et l'adulte.
66. Jacquet (Joseph). — Considérations sur le traitement des pyélonéphrites par la vaccinothérapie.
97. Jacquet-Francillon (Charles). — La tuberculose de la bourse séreuse sous-deltoïdienne.
56. Jalet. — Des complications cornéennes du goitre exophtalmique.
71. Jouffrey. — La butelline en rachianesthésie.
55. Joussim. — Contribution à l'étude des malformations génitales chez la femme.
141. Lakhdari. — La pratique ophtalmologique chez les Arabes.
98. Layral. — L'ophrioplastie.
106. Lebeuf. — La vaccinothérapie antigonococcique.
90. Lemaistre. — L'épithélioma térébrant du limbe scléro-cornéen.
95. Le Scolan (Mlle). — Malformations et subluxations congénitales de la hanche.
123. Levet. — Des injections intraveineuses de cacodylate de soude à hautes doses dans le traitement des affections broncho-pulmonaires chroniques.
131. Lour. — Traitement de la fièvre typhoïde par les injections intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine.
132 Luiggi. — De l'hémiplégie chez les tuberculeux pulmonaires.
130 Lyon. — Le spasme de torsion.
76. Maitrejean. — Les luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant.
42. Martin (Georges). — Les pleurésies pulsatiles droites.
34. Martin (Victor). — Le col fémoral dans l'ostéochondrite déformante de la hanche.
39. Mathieu. — De l'extraction à l'électro-aimant géant des corps étrangers intraoculaires à pénétration ancienne.
64. Meyer (Auguste). — Contribution à l'étude des méthodes actuelles de traitement des fractures de cuisse.
2. Meyer (Eugène). — Contribution à l'exploration radiologique des sinus accessoires de la face.
86. Meyer (Jean-Hubert). — Considérations anatomo-cliniques sur l'atrophie et l'hypertrophie du foie dans les cirrhoses.
69. Mélin. — L'insuffisance surrénale aiguë dans la tuberculose caséeuse des surrénales.
3. Michaud. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose rénale par les corps immunisants de C. Spengler.
111. Millien. — La prophylaxie du paludisme dans les pays à anophèles costalis et funestus.
94. Monnery. — La pratique de l'hygiène sociale et l'action médicale en Tunisie.
147. Mounaud. — Contribution à l'étude des formes cliniques du cancer primitif de la vésicule biliaire.
49. Mourot. — Contribution à l'étude de l'uretéropyélite gonococcique.
136. Murat. — Contribution à l'étude des cardiopathies envisagées dans leurs rapports avec l'accouchement et les suites de couches.
61. Neidhart. — Dystocie gémellaire par accrochement des têtes dans la présentation des sommets.
138. Oriez (Mme), née Ferrenc. — Les fièvres syphilitiques du postpartum. Infections puerpérales et novarsénobenzol.
81. Pargoire. — De la séméiologie et du diagnostic de la grossesse tubaire d'après 35 observations.
12. Petit. — L'ostéochondrite envisagée au point de vue du service militaire. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 95, p. 1575.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations des médecins des hôpitaux. — La liste provisoire de mutations que nous avions publiée dans le n° 97 est ainsi modifiée :

Hôtel-Dieu : M. Sainton; Broussais : M. Laubry; Hérold : M. A. Delille; Ambroise Paré : M. Herscher; Tenon : MM. Paisseau et Lian; Andral : M. I. de Jong; Broca : M. Lœderich; Sainte-Périne : M. Darré; Bicêtre : MM. Monier-Vinard et Fiessinger.

— Concours de l'internat. — Séance du 11 décembre. — Questions données : « Signes, évolution et diagnostic de la pneumonie du sommet. — Formes cliniques et traitement du tétanos. »

MM. Weill (Léon), 22; Sicard (Robert), 20; Mollaret (Pierre), 25; Georges (Maurice), 19; Topart (Pierre), 20; Vuillième (Jean), 21; Lemoyne (Jacques), 23; Levassor (Robert), 19; Pinoche (Claude), 20; Cossa (Paul), 19.

Séance du 13 décembre. — Questions données : « Signes, diagnostic des cancers du foie. — Symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. »

MM. Pétrignani (Roger), 22; Ganem (Victor), 19; Querneau (Jean), 18; Baron (Pierre), 23; Lacroix (René), 18; Racine (Maurice), 14; Guedé (Marcel), 20; Dupuy (Raymond), 24; Buisson (Jean), 23; Roy (Louis), 16; Jubé (Victor), 23.

Séance du 14 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. — Signes, diagnostic et traitement de la rupture traumatique de l'urètre périnéal. »

MM. Ravier (Jean), 24; Barthes (Maurice), 19; Pichard (Henri), 22; Baize (Paul), 23; Vadon (Henri), 20; Martin (Henri-Victor), 24; Breuillé (Gabriel), 22; Bouillié (Maurice), 20; Vermorel (Maurice), 16; Sourdille (Gabriel), 21; Mlle Baudry (Colette), 20.

— Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Mézard, Bachman, Bufnoir, Marot, Baussan, Audemar, Roquejoffre, Aubin (André), Guibé (Pierre), Bonnard (R.),

11. Blanquine, Laussel, Boquien, Ardin, Maison, Contiadès, Roulin, Mlle Desgruelles, MM. Billet (H.-R.), Attal,

21. Lacaze, Le Rochais, Hamon, Aubert, Vaudour, Devaux, Lecourt, Benaerts, Douvry, Chennevière (André),

31. Terrenoire, Masson (P.-E.), Pouey (André), Desbuquois, Lelourdy, Mlle Versini, MM. Bruneton (J.), Porin (J.), Petit (P.-P.-J.), Palmer,

41. Battesti, Aidan, Capandji, Marceau, Rébérol, Lapeyre, Mlle Petibon, MM. Adida, Lardennois, Labesse,

51. Amid, Beuzard, Bourguignon, Mlle Lassery, MM. Le Moniet, Guillemin, Bernard (E.-C.), Marugni, Nicolas (E.-P.), Reyt,

61. Comar (Michel), Mlle Wesbecher, MM. Puyaubert, Lebis (A.-E.), Joseph (M.-R.), Dufour, Lepage (F.), Kreyts (P.-S.), Mlle Moutet, MM. Gaudin,

71. Hepp, Bonnet (G.-R.), Lévy-Klotz, Soleillant (Jean). Louvet, Guillain (P.-J.), Duvernoy, Hayon, Martin (J.-T.-J.), Gandy,

81. Caïn, Zucman, Bréhier, Bolgert, Piccarda, Beaume (Marcel), Jouanneau (M.), Chomet, Trial, Mérigot (R.-S.-L.),

91. Maës, Fabre, Saraudy, Mlle Chevillon, MM. Antonelli, Pillière de Tanouarn, Lionnet (J.-P.), Mlle Ducoste, MM. Toubiana (M.), Dessirier,

101. Coumétou (M.), Hage, Mlle Roux, M. Verboud (A.-G.), Mlle de Montauzon, MM. Chapon, Merle (G.), Moricart, Joly, Vandenbossche,

111. Baratoux, Baudelot, Lebel, Perachon (Jean), Dorel (M.), Franco (L.), Dufet, Mlle Henry, MM. Miget, Guilloux,

121. Cautru, Delange (Jean), Moline, Mlle Le Diouron, MM. Leroy (Rob.), Léry (Emm.), Hesse, Champeval, Motz, Cornier,

131. Pichon, Mlle L'Hair, MM. Marian, Auperin, Mlle Girardeau, MM. Bermal (Pierre), Blanchard, Boureau, Lardat (Marx), Fort,

141. Bessot (Lucien), Enriquez, Farah, Ballard (Pierre), Dansaert (Pierre), Postel, Ribadeau-Dumas, Taquet (Léon), Benech, Devaux (Ch.),

151. Lefranc (Jacq.), Mlle Picot, Mme Zucman, MM. Hennion, Pajot, Huret (G.), Vaissié (R.), Fau (R.), Mlle Simone Lemaire,

161. MM. Gorecki (Jean), Collin (P.), Vial, Martin (René), Martin (Horace), Bauch, Friedmann (H. R.), Delattre (Jean), Patte, Durel,

171. Vialle (Pierre), Sang, Bourret (Jean), Menillet, Buisson (L.-J.), Luthereau (G.), Lemoine (J.-M.), Tschudnowsky, Sterbini, Mlle Le Maux,

181. MM. Jame, Megnin, Delorme (Jean), Grosset, Messimy, Battesti, Stérianos, Bonnet (Ray.), Fabre (Alb.-G.), Mlle Develay,

191. M. Richard, Mlle de Peretti, MM. Maraval, Roy (L.), Mlle Colombu, MM. Paul, Salomon (Jean), Cottet (Pierre), Marie (Rob.), Lecomte,

201. Thiboumery, Royer de Véricourt, Anglade, de Palma, Sainto, Regaud, Rubat du Mérac, Mlle Polowski, MM. Fauvert, Fischbacher,

211. Poinceau, Bonnahon, Amiart, Feuillastre (L.), Sautet, Mlle Munier (Gab,), MM. Fromont, Casalis, Boger, Lecadre,

221. Puccinelli (Alb.), Mlles Berger (Marg.), Jacob (Elisabeth), MM. Poilleux (Félix), Métais (Pierre), Hirsch, Leculier, Mlles Gillart, Trousson, Sentis (Odette),

231. MM. Moussa, Rivière (Jean), Coste, Koang, Muffang (G.), Rœder (J.), Mlle Parent (M.-M.), MM. Abrahamian, Bergenstein, Savigny,

241. Robin (Paul), Mlle Espinosa, MM. Lazerme (Jean), Faudel, Soleil, Pruneau (Jacques), Moyse, Fichet (Paul), Arsonneau (Pierre), Lapiné,

251. Nouail (Paul), Louvet (Eugène), Pigache, Schalck (Maurice), Farell O'Reilly (Ph.), Moussette (Jean), Mathan, Spatzierer, Mlle Gobert (Marg.), M. Amaraggi (Jacq.),

261. Deléage, Mlle Champagne (Marg.), MM. Bretey, Lacaille (Adrien), Gordon, Natier (Pierre), Laurent (Michel), Mlles Meinier, Sylvestre, M. Terrade.

271. Phalippou (G.), Pierron (Jean), Coulogner, Mlle Hallard (Germ.), MM. Landrieu (Rob.), Delaffond, Brisset (J.-P.), Graffin, Alvares de Azevedo, Carlotti,

281. Vetillard, Halphen, Castels. Potiquet (Henri), Mlle Chrétien, MM. Fraenkel (Mich.), Thevenin (Henri), Gallot (H.), Raymond (A.), Hermann.

291. Roussier, Schatz (Eug.), Viollet (H.-P.), Bidegaray (H.), Mlle Bescond), MM. Denurleau (J.), Hodanger (M.). Mlle Chuit, MM. Thoizon (Marcel), Paille.

301. Peuteuil, Giorgi, Trocmé, André (Dan.). Dupuy-Dutemps, Mlle Lebois, MM. Clément (Yves), Chabrol (Pierre), Vernier (Pierre), Ficonetti (Louis),

311. Zaliouk, Besseyrias (Ant.), David (Jean), Salmon (Jean), Mlle Moreau, MM. Lardier, Agostini, Bruneval, Ortiga, Dubois (Jean).

321. Mlle Urcat (Aug.), MM. Cajet, Barthélemy, Chepot, Noirot (Jean), Morchain, Patry (A.), Léguinot, Lebovits, Thiercelin,

331. Alivisatos, Breton, Mlle Menneret M. Aymard (G.), Mlle Maire (Lucette), MM. Auclair, Piollet (A.). Collart (P.), Hyronimus (Ray.), Soria (de),

341. Ripert (Jean), Darnis (Fréd.), Benzaquen, Sergent, Mlles Le Parquier, Grand, MM. Ronzaud (P.), Lelièvre (Jean), Cohen, Buy,

351. Perrault, Artin, Jampolsky, Devin, Charapanowsky, Balmelle (Henri), Logeat (Marcel), Schlesinger, Barré (Paul),

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante (*J. O.*, 14 déc. 1924).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours s'ouvrira le mardi 16 juin 1925 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rennes.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à deux places de chef de clinique à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 12 janvier 1925, à 8 h. 1/2 du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 heures à midi, jusqu'au 31 décembre 1924.

— Le *Journal officiel* du 14 décembre publie un décret rattachant à la première section du Conseil supérieur de l'Assistance publique le Conseil supérieur de la protection de l'enfance.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. le professeur Roger : les jeudis et samedis, à 17 h. (petit amphithéâtre de la Faculté).

M. Garnier, agrégé : conférence complémentaire les mardis (à partir du 6 janvier 1925), à 17 h. (petit amphithéâtre).

Objet du cours : Programme de l'examen de troisième année.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. — M. le professeur Fernand Widal commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale le mardi 16 décembre 1924, à 11 h., et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

HOPITAL LAENNEC. — Tous les samedis, à 11 h., dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Laënnec, conférences cliniques (avec présentation de malades), par M. le docteur H. Grenet.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DE L'ENFANCE. — M. le docteur Leredde fait les dimanches, à 10 h. 1/2 du matin, à son dispensaire 54, rue Saussure (XVIIe), métro Villiers, une série de leçons sur la syphilis héréditaire de l'enfance et son traitement.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT BIOCHIMIQUE DES RHUMATISMES CHRONIQUES (1)

Dans une intéressante lettre parue dans la *Presse médicale* du 20 septembre, le docteur Bascompte (de Barcelone) recommande comme thérapeutique des rhumatismes chroniques l'emploi d'une teinture d'iode atténuée et glycérinée.

L'efficacité de l'iode est depuis longtemps connue dans le traitement des rhumatismes chroniques ; la difficulté réside dans le mode d'administration ; il ne semble pas que la forme préconisée par l'éminent praticien de Barcelone soit la forme idéale.

Nous avons depuis longtemps en France préconisé des composés iodés d'une efficacité plus grande parce que d'un métabolisme plus complet et n'ayant pas les inconvénients souvent sérieux de l'iodisme. Tel est le corps obtenu avec l'iode et l'urotropine en liaison benzométhylée (42 p. 100) d'iode) connu sous le nom d'iodobenzométhylformine (ou iodaseptine) qui permet l'administration de doses élevées en injections intraveineuses, sans redouter jamais aucun phénomène d'iodisme, ni aucun choc sanguin. R. G.

(1) *Presse méd.*. n° 80, 4 oct. 1924.



A propos du livre récent de M. le Professeur HUTINEL

LES DYSTROPHIES DE L'ADOLESCENCE

ÉTUDES CLINIQUES (1)

Par M. L. BABONNEIX.

Mais comment fais-tu donc, vieux maître,
Pour renaître?
Car tes vers, en dépit du temps,
Ont vingt ans.

Alfred DE MUSSET.
Réponse à Charles Nodier.

Les dystrophies de l'adolescence ont longtemps été mal connues. Comment établir une relation entre des symptômes aussi disparates que céphalée, scoliose et albuminurie intermittente? Comment admettre qu'ils doivent être rapprochés et groupés? Plus longtemps encore on n'a pas su les interpréter, les auteurs proposant, pour chacune d'elles, une explication spéciale, sans comprendre qu'elles reconnaissent toutes mêmes causes, même pathogénie. Ignorance doublement fâcheuse : et parce qu'elles introduisent, dans l'esprit des médecins, quelques idées fausses de plus, et, surtout, parce qu'elles conduisent au « négativisme » thérapeutique!

Rien de plus simple, pourtant, qu'une conception générale de ces dystrophies, si l'on adopte la séduisante conception du professeur Hutinel. Elles ne diffèrent pas essentiellement de celles qui frappent le tout petit enfant. Chez le nourrisson comme chez le grand enfant, la nutrition ne se fait-elle pas suivant des lois déterminées? Pour les bien comprendre, un chapitre préliminaire : *Vue d'ensemble sur les dystrophies du premier âge. Evolution et dystrophies*, celles-ci pouvant être définies des vices d'organisation, des perturbations évolutives dont il reste à décrire les caractères généraux comme à préciser le mécanisme.

Nous voici ainsi amenés à l'étude clinique des *dystrophies de l'adolescence*. Elles peuvent présenter les aspects les plus variés.

Les unes sont — ou paraissent — d'origine *uniglandulaire*.

De toutes, les plus importantes sont les dystrophies *thyroïdiennes* : hypertrophie passagère de la glande se produisant au moment de la puberté, goitre simple, kystique ou exophtalmique, ou, au contraire, état myxœdémateux plus ou moins typique, parfois développé chez une fillette dont la mère a souffert de maladie de Basedow, rhumatisme chronique, manifestations d'ordre sclérodermique. N'est-il pas intéressant, à ce sujet, de rappeler que les mêmes phénomènes morbides peuvent s'observer à la ménopause? Tant il est vrai qu'il n'y a point deux pathologies propres l'une à l'enfant, l'autre à l'adulte!

Passons aux dystrophies *hypophysaires*. Ici, le terrain est moins solide. Les travaux les plus récents ne tendent-ils pas à dépouiller l'hypophyse de toute importance, à lui dénier tout rôle physiologique ou pathologique, à la considérer comme nulle et non avenue? Et pourtant, « il est impossible de passer sous silence des dystrophies comme l'acromégalie, produite dans tous les cas par un néoplasme de l'hypophyse, comme le gigantisme, le nanisme ». D'ailleurs, dans nombre de ces cas, la radiographie ne montre-t-elle pas un agrandissement manifeste de la selle turcique? Force est donc, jusqu'à nouvel ordre, de ranger parmi les syndromes hypophysaires l'acromégalie de P. Marie et le gigantisme comme certains cas de nanisme et d'infantilisme, de syndrome adiposo-génital.

Mêmes incertitudes au sujet des dystrophies *épiphysaires*. Le syndrome de macrogénitosomie est moins en rapport, semble-t-il, avec le siège qu'avec la nature de la lésion! Autrement dit, sa condition première, c'est l'existence d'un tératome qui, d'ailleurs, se cantonne d'habitude à l'épiphyse.

Aux dystrophies d'origine *surrénale* ressortissent certains cas d'hypotrophie, d'infantilisme ou de nanisme sénile décrits sous le nom de *progeria*, et, aussi, le syndrome génito-surrénal de Gallais, lequel frappe surtout les petites filles et affecte deux types : pseudo-hermaphrodisme surrénal, virilisme ou hirsutisme, et paraît dépendre d'une tumeur localisée à l'écorce surrénale.

Gros chapitre que celui qui a trait aux dystrophies des *glandes génitales*! Ces glandes n'ont-elles pas une double sécrétion, interne et externe? Parmi les dystrophies testiculaires rentrent l'eunuchisme, lié à la castration pratiquée avant la puberté, et l'état opposé, ou hyperorchidie. Des dystrophies ovariennes, les plus importantes sont les dysplasies, avec leurs troubles caractéristiques de la menstruation, qu'il est peut-être trop simple de répartir en deux groupes : méno et métrorragies, liées à l'hyperovarie, aménorrhée, liée à l'hypoovarie.

Au reste, il est bien exceptionnel qu'une glande vasculaire sanguine soit seule atteinte. Même dans les cas purs en apparence : myxœdème, maladie de Basedow, l'ensemble du système endocrinien est lésé. Dans la majorité des cas, on se trouve en présence de *syndromes pluriglandulaires*, les plus intéressants, chez l'adolescent, portant sur l'apparence générale : infantilisme, modifications de la taille et du poids; d'autres, telle la chlorose, ont été classées parmi les maladies du sang; en réalité, leur pathogénie est complexe et méconnaître, dans leur apparition et dans leur développement, le rôle de l'élément ovarien serait commettre une lourde erreur.

L'étude de ces syndromes, uni ou pluriglandulaires, conduit tout naturellement à la description des *dystrophies communes de l'adolescence*. Moins diffuses que celles qui frappent la petite enfance, plus limitées, elles sont plus nettement aussi en rapport avec un trouble endocrinien, encore qu'il ne soit pas toujours facile de dire si c'est telle ou telle glande vasculaire sanguine qui est en cause. Elles affectent trois types principaux : un premier, où les sujets ont grandi trop vite, si bien que les proportions n'y sont plus; chez eux, l'élément hypophysaire est prépondérant; un second, où poids et taille sont inférieurs à la moyenne (Nobécourt); un troisième, où le symptôme dominant est la scoliose. Non moins curieuses sont les modifications de l'habitus : anomalies de la taille; acromégalie passagère, de l'embonpoint : adiposité. Chez d'autres, le signe capital, ce sont les déformations osseuses : rachitisme tardif, scoliose, pied plat, genu valgum. Il en est chez qui les troubles circulatoires frappent aussitôt l'attention : acrocyanose, instabilité du pouls, troubles du rythme cardiaque, dilatation et ptoses cardiaques, hypotension artérielle. Non moins

(1) V. HUTINEL. In-8 de 232 pages. — Prix : 16 fr. — Paris 1924, Masson et Cie.

fréquentes sont les méiopragies d'ordre respiratoire : allongement du poumon, favorisant peut-être le développement de la tuberculose ; digestif : troubles dyspeptiques, constipation ; urinaire : albuminurie orthostatique ; nerveux : céphalées de croissance, bien connues depuis R. Blache (1883), état vago ou sympathicotoniques.

Ces divers symptômes, au premier rang desquels il faut placer les troubles de l'ossification, peuvent se grouper diversement, de façon à constituer des *formes cliniques* variées, mais ce qu'il importe le plus de se rappeler à leur sujet, c'est que, pour la plupart d'entre elles, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves, l'hérédo-syphilis est souvent en cause.

Ces considérations aident à comprendre l'antique donnée des *diathèses*, liées surtout à des troubles endocriniens, nerveux et humoraux ; elles aident à établir un *diagnostic* exact ; elles permettent, surtout, d'instituer un *traitement* efficace. Si, VRAIMENT, la plupart des dystrophies de l'adolescence sont sous la dépendance d'un trouble endocrinien déterminé, lui-même, par l'hérédo-syphilis, quelle meilleure thérapeutique que celle qui, avec méthode et patience, associe médication spécifique et opothérapie et qui renforce leur action par une hygiène bien comprise ?

Telle est, en quelques lignes, l'ordonnance de cet ouvrage où le professeur Hutinel nous donne, d'un des chapitres les plus controversés de la pathologie infantile, une si magistrale étude. Comment ne pas l'en remercier ? Arrivé à l'âge où il pourrait aspirer au repos — *otium cum dignitate* — il ne songe qu'à faire profiter les autres de son immense expérience. Voilà longtemps que le sujet le passionne. Ne lui a-t-il pas, dès 1889, consacré une leçon entière ? Depuis il ne s'en est jamais désintéressé. Peu d'années où, soit seul, soit avec l'un de ses élèves, dont surtout Maillet et Nadal, il n'ait trouvé l'occasion d'y revenir, retouchant, complétant, perfectionnant sans cesse. C'est ainsi que, de l'analyse, il a su s'élever à la synthèse et brosser largement une de ces fresques auxquelles se complait son vigoureux talent. Espérons que, dans sa studieuse retraite, il continuera longtemps encore à rédiger quelques-uns de ces beaux mémoires, modèles de clinique française. Espérance bien légitime ! Le vieux maître n'excelle-t-il point à se reposer du travail par le labeur ? Ne reste-t-il pas toujours aussi jeune d'esprit que de cœur ?

Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, 2e fascicule : *Fosses nasales. Naso-pharynx. Cavités accessoires*, par E. J. MOURE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Membre correspondant de l'Académie de médecine, G. TIÉBAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital-école Heine Fould, et G. CANUYT, Chargé de cours et Directeur de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Un volume in-8 (16 × 25,5) de 542 pages avec 324 figures dans le texte. — Prix : 55 fr. — Paris, G. Doin.

Maladies de l'appareil respiratoire, t. II du *Précis de pathologie médicale*, par MM. F. BEZANÇON, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et S.-I. DE JONG, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 566 pages avec 82 figures et 2 planches en couleur. Collection de Précis médicaux. — Prix : broché, 20 fr. ; cartonné toile, 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'ÉPREUVE
DE LA
SÉDIMENTATION DES GLOBULES ROUGES

Par le docteur ARTHUR GRIMBERG.

Si l'on mélange le sang à la sortie des vaisseaux, avec une solution citratée, les globules rouges se sédimentent plus ou moins rapidement, laissant surnager le plasma clair et dépourvu de globules. La vitesse de sédimentation varie dans des proportions assez faibles chez l'individu sain, mais s'accélère considérablement dans certains états physiologiques (grossesse, menstruation) et pathologiques (infections, tuberculose, cancer, etc.).

Etudiée par de nombreux auteurs depuis quelques années, la recherche de la vitesse de sédimentation constitue actuellement une épreuve de la plus grande utilité pour l'établissement du diagnostic et surtout du pronostic de certaines maladies.

* * *

Fahraeus, le premier, a montré au *Congrès de chirurgie et de gynécologie de Stockholm* du 1er décembre 1917 que les érythrocytes du sang des femmes enceintes sédimentent beaucoup plus rapidement que ceux des femmes non enceintes. Cette découverte fut ensuite appliquée aux différentes affections gynécologiques, médicales et chirurgicales. Il n'est pourtant pas sans intérêt de remarquer que déjà Hunter, en 1797, avait observé que dans les affections inflammatoires les éléments figurés du sang se sédimentent rapidement formant la *crusta phlogistica*.

* * *

Technique. — La vitesse de sédimentation peut être recherchée par deux procédés : le procédé de *Linzenmeier* et celui de *Westergren*.

1° *Procédé de Linzenmeier.* — Méthode simple facile à exécuter, mais nécessitant beaucoup de temps.

Prendre un tube de verre de 5 millimètres de diamètre et de 8 centimètres de hauteur, fermé à une de ses extrémités. Verser dans le tube 1 centimètre cube d'eau et marquer par un trait de lime la limite supérieure atteinte par le liquide. Marquer un second trait 18 millimètres au-dessous du premier.

On aspire dans une seringue 0cc2 d'une solution de citrate de soude à 5 p. 100, puis par ponction veineuse 0cc8 de sang. On mélange plusieurs fois dans la seringue, puis on verse le sang ainsi citraté dans le tube antérieurement préparé. On note le moment où cette opération est terminée. Le tube est laissé au repos, et bientôt les globules se sédimentent et une nappe de plasma translucide se forme à la partie supérieure du tube. On note le moment où la partie inférieure de la nappe de plasma atteint le second trait de lime.

2° *Procédé de Westergren.* — Prendre un tube gradué, de 1 à 200 millimètres, du diamètre de 2mm5 et de 3 centimètres de hauteur. Recueillir par ponction veineuse 0cc3 de sang dans 1 centimètre cube d'une solution à 3,8 p. 100 de citrate de soude. Verser le mélange dans le tube gradué jusqu'à la première graduation. Lire au bout d'une heure le niveau inférieur de la nappe de plasma. La lecture

au bout de deux et de vingt-quatre heures n'est pas utile.

La plupart des auteurs ont utilisé le procédé de Linzenmeier, mais on tend de plus en plus à utiliser celui de Westergren qui demande moins de temps.

La correspondance des chiffres donnés par les deux méthodes est la suivante :

Westergren au bout d'une heure en millimètres.	Linzenmeier à 18 millimètres en minutes. Hommes.	Femmes.
2 mm.	800′	700′
4 mm.	450′	400′
6 mm.	350′	300′
8 mm.	275′	225′
10 mm.	225′	175′
12 mm.	175′	150′
15 mm.	135′	115′
20 mm.	100″	85′
30 mm.	70′	60′
40 mm.	50′	45′
50 mm.	35′	
70 mm.	20′	
90 mm.	15′	
110 mm.	10′	

* * *

La vitesse de sédimentation chez l'homme normal. — Les chiffres donnés par les auteurs, comme étant normaux, sont un peu variables. (La vitesse de sédimentation est environ deux fois plus grande chez la femme que chez l'homme.)

	Linzenmeier H.	Linzenmeier F.	Westergren H.	Westergren F.
Linzenmeier	600′	300′	—	—
Westergren	—	—	1-3 mm.	3-7 mm.
Frisch et Starlinger	—	182′	—	—
Westergren et Katz	—	—	—	7 mm.
Graefe	—	250′ / 350′	—	5 mm.
Dreyfus et Hecht	—	300′	—	—
Roffo	—	—	4 mm.	10 mm.
Löhr	1.200′	800′	—	—
Freund et Henschke	400′	270′	—	—

Nous avons trouvé chez vingt individus apparemment bien portants les moyennes suivantes :

	Linzenmeier	Westergren
Hommes	600′	3 mm.
Femmes	300′	6 mm.

Ces moyennes concordent avec celles de la plupart des auteurs.

Chez le même individu la vitesse de sédimentation varie peu. Toutefois il y a une accélération en période digestive (Josephowicz).

Cette accélération est probablement due au passage dans le sang, à la faveur de la digestion, de faibles quantités de produits de désintégration des protéines. En effet, l'injection de protéines étrangères provoque une accélération de la vitesse de sédimentation (Papielski).

* * *

La vitesse de sédimentation à l'état pathologique. — La vitesse de sédimentation est accélérée dans de nombreuses maladies. Ainsi, dans la syphilis active, l'artériosclérose, l'ictère catarrhal (Abderhalden), rhumatismes (v. Löhr), dementia præcox (Plaut). Les applications les plus importantes de cette épreuve se trouvent toutefois dans la grossesse et les affections gynécologiques, la tuberculose pulmonaire et les tumeurs malignes.

* * *

Grossesse. — Fahraeus, le premier, constata l'augmentation nette de la vitesse de sédimentation dans la grossesse. Gueissaz, sur 150 examens de femmes enceintes, donne le tableau suivant (procédé de Linzenmeier) :

Mois de la grossesse.	Nombre des examens.	Moyenne de la V. S.
Ier	4	175′
IIe	5	190′
IIIer	6	147′
IVe	9	119′
Ve	7	160′
VIe	8	63′
VIIe	5	51′
VIIIe	9	43′
IXe	17	46′
Xe	80	34′

La vitesse de sédimentation est donc nettement accélérée pendant la seconde moitié de la grossesse. Cette constatation est intéressante au point de vue biologique, mais bien peu utile pour le clinicien qui, à ce moment, possède tous les éléments nécessaires pour faire son diagnostic.

* * *

Dans les affections fébriles postpartum, la vitesse de sédimentation est très accélérée, mais sans rapport avec la gravité de l'infection.

En pratique donc, la recherche de la vitesse de sédimentation ne présente que peu d'utilité en obstétrique (Gueissaz, Geppert, Linzenmeier).

* * *

Affections fébriles et inflammatoires. — Toutes les affections fébriles s'accompagnent d'une accélération notable de la vitesse de sédimentation. Chez 120 malades fébriles, Gueissaz trouve une vitesse de sédimentation moyenne de 23 minutes. Gaenssle trouve des valeurs comprises entre 13 minutes et 47 minutes. La vitesse de sédimentation s'accélère dès le début de l'affection, de 12 à 24 heures après l'éclosion du processus inflammatoire, reste ainsi pendant toute la durée de la maladie et se prolonge plusieurs jours ou même des semaines après la défervescence.

Il faut insister, d'une façon toute particulière, sur ce phénomène. On sait que la courbe thermique ne peut suffire pour renseigner sur le degré de refroidissement d'une collection purulente appendiculaire ou salpyngienne. L'étude de la formule sanguine pourra donner des renseignements d'autant plus intéressants que la recherche de la vitesse de sédimentation donnera un résultat concordant. D'une façon générale la collection s'est montrée toujours refroidie quand la vitesse de sédimentation est redevenue normale.

* * *

Tuberculose pulmonaire. — L'épreuve de la sédimentation des globules rouges a été très étudiée dans la tuberculose pulmonaire aussi bien au point de vue diagnostic que pronostic.

La vitesse de sédimentation est nettement accélérée dans les tuberculoses actives. Toutefois, il y a

des tuberculoses en activité qui ne s'accompagnent pas d'accélération de la vitesse de sédimentation. La vitesse de sédimentation est ordinairement plus élevée chez le tuberculeux crachant des bacilles que chez celui qui ne présente pas de crachats bacillifères.

Schmidt donne le tableau suivant de 422 cas de tuberculose ouverte examinés :

Classification en périodes de Turban-Gerhardt. Procédé de Linzenmeier.

V. S. en minutes	Première période			Deuxième période			Troisième période			Total
	Temp. norm.	Sub. fébr.	Fébr.	Temp. norm.	Sub. fébr.	Fébr.	Temp. norm.	Sub, féb.	Fébr.	
1-30	—	—	—	2	4	10	9	25	55	105
30-60	—	2	—	7	15	13	24	44	42	147
60-100	1	6	2	8	17	8	15	28	17	102
100-200	3	4	—	6	18	7	5	17	2	62
200-300	2	—	—	—	4	—	—	—	—	6
	6	12	2	23	58	38	53	114	116	422

Malgré la netteté de l'accélération de la vitesse de sédimentation dans tous les cas de tuberculose active et grave, cette réaction ne peut avoir que très peu de valeur au point de vue du diagnostic, vu le très grand nombre d'affections donnant une accélération de la vitesse de sédimentation. Il est, d'autre part, évident que la vitesse de sédimentation ne peut avoir de valeur que lorsque l'accélération est déjà assez marquée, les différences étant importantes chez l'homme normal.

Il n'en est pas de même au point de vue de l'établissement du pronostic. L'accélération de la vitesse de sédimentation dénote toujours une aggravation de l'état du malade. Au contraire, chez un malade qui a présenté une vitesse de sédimentation rapide et qui revient petit à petit à la normale dénote une amélioration certaine.

La recherche périodique de la vitesse de sédimentation est donc du plus grand intérêt chez les tuberculeux pulmonaires. Cette recherche a même une valeur plus grande que l'examen attentif de la courbe de température, les modifications de la vitesse de sédimentation précédant celle de la température et se prolongeant après que celle-ci est redevenue normale.

Nous avons suivi un malade qui présentait une vitesse de sédimentation à peu près normale (vitesse de sédimentation = 215). La température oscillait entre 37°1 et 37°8. Brusquement la vitesse de sédimentation se mit à s'accélérer et devint en quelques semaines de 100 minutes. A ce moment le malade fit un bloc de pneumonie caséeuse. Cette aggravation n'a été annoncée par aucun autre signe que l'accélération de la vitesse de sédimentation.

La vitesse de sédimentation permet donc « de serrer la vérité de plus près en mesurant le degré de défaillance ou de résistance » (Delhaye). Elle donne « une idée exacte de l'activité momentanée de la tuberculose pulmonaire et du caractère anatomique du processus (Freund et Henschke).

Enfin, la vitesse de sédimentation peut renseigner le médecin sur la valeur d'une thérapeutique antituberculeuse, la vitesse de sédimentation se ralentissant au fur et à mesure de l'amélioration.

*
* *

Tumeurs malignes. — Le cancer s'accompagne le plus souvent de destructions tissulaires donnant naissance à des modifications du sang telles que la vitesse de sédimentation est presque toujours accélérée. Cette constatation a d'autant plus de valeur que la vitesse de sédimentation est normale dans les tumeurs bénignes. Roffo trouve, chez les malades atteints de cancer, des vitesses de sédimentation de 30 à 50 millimètres (procédé de Westergren). De même dans un cancer de l'utérus, 100 millimètres, dans un lymphosarcome, 107 millimètres. Toutefois, dans les cancers localisés sans atteinte de l'état général (cancer de la peau), l'auteur trouve des chiffres à peu près normaux : 10 millimètres dans une tumeur du sillon naso-génien, 8-16 millimètres dans un carcinome de la langue, 10-37 millimètres dans un cancer de la main. Ces résultats se modifient quand la tumeur évolue, quand l'état général est atteint et quand il y a des métastases.

Après l'extirpation chirurgicale de la tumeur, la vitesse de sédimentation revient à la normale. L'accélération se produit à nouveau quand il y a *récidive*. Ce fait peut avoir une grosse importance pour le diagnostic de la récidive.

*
* *

L'accélération de la vitesse de sédimentation a été attribuée à différentes causes. Pour certains auteurs il s'agirait d'une augmentation de la viscosité par suite d'une plus grande teneur du sang en globulines et en fibrinogène. Pour d'autres auteurs, il se produirait des modifications de la charge électrique des globules, ce qui aurait une influence sur le volume de la cellule et sa faculté de s'agglutiner.

*
* *

Résumé. — L'épreuve de la vitesse de sédimentation, réaction facile à exécuter, fournit des renseignements utiles, surtout au point de vue du pronostic. Elle reflète l'état du milieu intérieur souvent encore troublé longtemps après la disparition de tout signe clinique.

Pour le chirurgien, la vitesse de sédimentation peut donner des renseignements au point de vue du degré de refroidissement d'une collection, elle peut contribuer au diagnostic des tumeurs malignes. En obstétrique, les renseignements sont tardifs et le plus souvent sans intérêt. En médecine, la recherche de la vitesse de sédimentation peut donner des renseignements très importants, surtout au point de vue du pronostic de la tuberculose pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alder. *Zeit. f. Tub.*, 1919, t. XXXI, h. 1.
2. Altertum. *Klin. d. Tub.*, Bd LV, h. 3-4.
3. Asal und Falkenheim. *Münch. med. Woch.*, 1923, t. III.
4. Batzold (G.). *Münch. med. Woch.*, 1923, t. XXXIII.
5. Benninghof. *Münch. med. Woch.*, 1921, t. IV.

6. BURCKHARDT-SOCIN. *Schw. med. Woch.*, 1924, t. VII.
7. BURKER. *Münch. med. Woch.*, 21 avril 1922.
8. DEHOFF. *Deut. med. Woch.*, 1923, t. XVIII.
9. DELHAYE. *Revue de la tub.*, déc. 1923.
10. DREYFUS und HECHT. *Münch. med. Woch.*, 1923, t. XXI.
11. FAHRAEUS. *Bioch. Zeit.*, 1918, Bd LXXXIX.
12. FAHRAEUS. *Acta med. Scand.*, 1919, t. XXXVIII-XXXIX.
13. FREUND und HENSCHKE. *Deut. med. Woch.*, 1924, t. I-II.
14. FRISCH und STARLINGER. *Med. Klin.*, 1921, t. XXXVIII-XXXIX.
15. GAENSSLE. *Münch. med. Woch.*, 1922, t. XVI.
16. GEPPERT (F.). *Berl. klin. Woch.*, 1921, t. X.
17. GIRARD (P.). *C. R. de la Soc. de biol.*
18. GRAEFE (E.). *Klin. Woch.*, 1922, t. XIX.
19. GRAEFE und REINWEIN. *Beit. z. Klin. d. Tub.*, t. LVI, h. 4.
20. GRAGERT. *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, t. I-XII.
21. GUEISSAZ. *Revue méd. de la Suisse romande*, 43e année, n° 15.
22. GYORGY (P.). *Münch. med. Woch.*, 1921.
23. HASELHORST (G.). *Deut. med. Woch.*, 1922, t. XXXIII.
24. JOSEPHOWICZ. *Med. Klin.*, 1922, t. XL.
25. KATZ (G.). *Zeit. f. Tub.*, t. XXXV, h. 6.
26. KREUTZHOFF. *Klin. d. Tub.*, Bd LV, h. 3-4.
27. LEENDERTZ. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1921, t. CXXXVII, h. 3-4.
28. LEY (R.). *Zeit. f. experim. Med.*, t. XXVI, h. 1-2.
29. LINZENMELER. *Pflüg. Arch.*, t. CLXXVI-CLXXXI.
30. LINZENMEYER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1920, t. XXX.
31. LINZENMEYER. *Arch. f. Gyn.*, t. CXIII, h. 3.
32. LINZENMEYER. *Deut. med. Woch.*, 1922, n° 30.
33. LÖHR. *Ref. Centralbl.*, t. XVIII, h. 3-4 et 5-6.
34. MORAL. *Deut. med. Woch.*, 1923, t. III.
35. PAGNIEZ. *Presse méd.*, 21 mai 1921.
36. PETERS. *Zeit. f. Tub.*, t. XXXV, h. 3.
37. PLAUT. *Münch. med. Woch.*, 1921-
38. RUNGE (W.). *Münch. med. Woch.*, 1920, t. XXXIII.
39. ROFFO. *Prensa med. Argentina*, juillet 1924.
40. SCHMIDT. *Arch. de med. cir. y espec.*, juin 1923.
41. SCHMIDT. *Klin. d. Tub.*, Bd LV, h. 3-4.
42. SCHURER und EIMER. *Berl. klin. Woch.*, 1921, t. XLII.
43. STARLINGER. *Bioch. Zeit.*, t. CXIV, h. 3-4.
44. TILLMANN. *Beit. z. Klin. d. Tub.*, t. LIV, h. 4.
45. VORSCHÜTZ. *Med. Klin.*, 1923, n° 9.
46. WEICHSEL. *Münch. med. Woch.*, 1923.
47. WESTERGREN. *Beit. z. Klin. d. Tub.*, t. VI, h. 2.
48. WESTERGREN. *Deut. med. Woch.*, 1923, t. VII.
49. WESTERGREN. *Brauers Beit.*, t. XLVI.
50. WESTERGREN. *Klin. Woch.*, 1922, t. XLIV.
51. WESTERGREN. *Acta med. Scand.*, 1921, t. LIV.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1924)

Pseudotuberculose pulmonaire et péritonéale. Présence d'un saccharomyces. Absence de bacilles de Koch. — MM. BOIDIN et POTRON, à l'occasion de la récente communication de MM. Philibert et Cordey rapportent une observation recueillie en 1916 qui plaide en faveur du rôle pathogène possible d'un saccharomyces dans la détermination d'accidents simulant la tuberculose. Le malade présenta pendant cinq mois des troubles abdominaux et pulmonaires avec cachexie progressive. Jamais on ne put déceler de bacille de Koch dans les crachats, mais présence constante dans l'expectoration, les vomissements, les fèces d'un saccharomyces dont les caractères sont détaillés dans l'observation.

A l'autopsie constatation de grosses nodosités péritonéales simulant un néoplasme; granulations pulmonaires parfois conglomérées et abcédées. L'examen histologique permit d'éliminer à coup sûr le cancer. Les nodosités avaient une structure tuberculoïde avec cellules géantes. Pas de bacilles de Koch sur les coupes mais présence de levures altérées dont la cuticule était encore parfaitement reconnaissable.

Syphilis nerveuse simulant la sclérose en plaques. — MM. SÉZARY, DESSAINT et JONESCO présentent un malade chez lequel une paraplégie spasmodique, du nystagmus, du tremblement intentionnel, de l'adiadococinésie, de l'atrophie des muscles d'une cuisse, des paresthésies, l'abolition du réflexe abdominal, auraient pu en imposer pour une sclérose en plaques, si des troubles marqués de la sensibilité superficielle, insolites dans cette affection, ne les avaient déterminés à pratiquer une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien présentait les anomalies caractéristiques de la syphilis nerveuse : hyperleucocytose, hyperalbuminose, réaction de Bordet-Wassermann. Malgré l'absence de tout antécédent et de tout stigmate syphilitiques, le traitement bismuthique fut institué et amena progressivement la régression presque totale des troubles observés.

Cette observation s'ajoute à celles que l'on connaît déjà pour confirmer l'existence d'une forme de syphilis nerveuse simulant la sclérose en plaques. Cette forme est surtout intéressante à connaître parce qu'elle est accessible au traitement. Les auteurs insistent sur l'importance de la ponction lombaire qui est seule capable de préciser le diagnostic.

Sur un cas de tabes avec sclérodermie. — MM. Georges GUILLAIN et GELICE présentent une malade chez laquelle on constate la coexistence d'un tabes typique (douleurs fulgurantes, légère ataxie, abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll Robertson bilatéral) avec une sclérodermie très accentuée des membres supérieurs. Au sujet de cette présentation ils rappellent que la sclérodermie paraît très rare parmi les troubles trophiques cutanés éventuels du tabes. Si, entre le tabes et la sclérodermie, il ne paraît pas y avoir de relation de causalité directe, leur observation toutefois permet d'envisager pour leur malade l'origine syphilitique commune et du tabes et de la sclérodermie. MM. Guillain et Celice signalent un certain nombre d'observations où l'origine syphilitique de la sclérodermie a été mentionnée chez des sujets présentant une réaction de Wassermann positive et ayant bénéficié du traitement spécifique; ils pensent que l'histoire clinique de leur malade apporte un argument en faveur de l'origine syphilitique de certains cas de sclérodermie, mais il est loin toutefois de leur pensée de soutenir que la sclérodermie reconnaît toujours une origine syphilitique.

M. LÉRI dans un cas de sclérodermie a noté des lésions diffuses d'ostéite syphilitique à la radiographie.

Hypochondroplasie héréditaire. — M. André LÉRI et Mlle LINOSSIER montrent une mère et sa fille qui ont toutes deux un raccourcissement congénital du quatrième doigt aux quatre extrémités; ce raccourcissement est dû au défaut de développement en longueur du métacarpien et du métatarsien. La même difformité porte aussi sur une troisième génération (grand-père).

Cette « brachymélie métapodiale » fait partie des altérations fréquentes de l'achondroplasie. Or, en examinant les deux malades de parti pris, on constate qu'elles ont bien d'autres caractères de l'achondroplasie : petite taille, grosse tête, enfoncement de la racine du nez et étalement de la base, doigts courts et carrés avec petits ongles élargis, enselture lombaire avec ventre proéminant, membres supérieurs un peu courts, écartés et en pronation, surélévation de la tête du péronée. Deux seuls signes manquent, la prédominance rhizomélique du raccourcissement des membres et la main en trident; mais ces signes sont précisément fort inconstants dans l'achondroplasie la plus avérée.

Tous les autres signes de l'achondroplasie sont atténués; ce n'est ni une achondroplasie fruste, ni une achondroplasie latente, ni à plus forte raison une achondroplasie partielle, c'est une achondroplasie atténuée, dont le diagnostic ne s'impose pas, une « hypochondroplasie » si l'on veut.

Une remarque intéressante, c'est que cette affection est héréditaire. Une autre remarque intéressante, c'est qu'une hyperostose de la table interne du crâne et le résultat obtenu par le traitement spécifique sur des céphalées persistantes semblent indiquer que l'hérédo-syphilis est en cause chez ces malades.

Un cas de bronchectasie juxta-diaphragmatique guérie par la phrénicotomie. — M. RIST rapporte l'observation d'un jeune homme atteint de bronchectasie juxta-diaphragmatique avec hémoptysies guéri par la phrénicotomie droite pratiquée après pneumothorax artificiel et résection costale postérieure.

Exploration clinique des capillaires sanguins, cutanés et muqueux de l'homme. — M. GUILLAUME présente un appareil pour l'exploration clinique des capillaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1924)

Fracture de l'épine du tibia. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation adressée par M. Courty (de Lille) : Il s'agit d'un homme qui, après une chute, souffrait en marchant et qui ne pouvait pas effectuer des mouvements de latéralité. La radiographie montrait un corps étranger dans l'articulation de la jambe. L'épine du tibia était effacée. M. Courty fit une arthrotomie, enleva le fragment osseux qui n'était autre que l'épine antérieure du tibia. Suites simples, bon résultat fonctionnel.

Les fractures de l'épine tibiale sont rares. M. Rouvillois n'a pu en réunir que trois cas.

MM. ALGLAVE, BASSET et MOUCHET apportent des faits analogues.

L'incision transversale pour aborder les tumeurs rénales. — M. Pierre BAZY, à propos de la communication de M. Abadie sur ce sujet, fait remarquer que, tout en admettant l'incision transversale pour cetains cas, M. Legueu a peut-être un peu exagéré en disant qu'avec l'incision oblique on pouvait faire tout ce qu'on voulait. M. Bazy cite l'exemple d'un malade de soixante-dix ans qu'il opéra d'un néoplasme du rein et que, dans ce cas particulier, l'incision antérieure lui a rendu un grand service. Il est également partisan de cette incision pour les néphropexies.

Fractures du coude. — M. MOUCHET analyse trois observations de fractures de coude adressées par M. Gay-Bonnet.

Dans le premier cas, il s'agissait de cette variété de fracture que M. Mouchet a désignée du nom de décollement du condyle huméral. Par une incision externe M. Gay-Bonnet enlève le fragment. Résultat imparfait. Une radiographie montre l'existence d'un second fragment. On l'aborde par une incision épicondylienne, paralysie radiale consécutive.

Deuxième cas : Gros fragment condylien, prolifération osseuse et formation d'un volumineux ostéome, amélioré par la radiothermie.

Troisième cas : Fracture marginale de la tête radiale avec fracture du coroné.

M. TUFFIER estime que, dans les fractures du coude avec fragment libre, le meilleur procédé est l'extraction du fragment.

M. BASSET, dans un cas de fracture du coude avec fragment radial a enlevé le fragment et obtenu un résultat fonctionnel parfait.

Action des rayons X sur les hydatides. — M. ARCE, après avoir répété la communication qu'il a faite la veille, à l'Académie, sur ce sujet, fait passer une longue série de fort beaux films destinés à l'enseignement de la médecine opératoire.

Fistule vésico-vaginale. — M. ABADIE communique un cas de large fistule vésico-vaginale qu'il a opérée avec une grande facilité, grâce à la position ventrale, infléchie, proposée par Depage.

Infection post-abortum. — M. ALGLAVE, après avoir été très interventionniste pour ces cas d'infection post-abortum, l'est devenu beaucoup moins. Il s'abstient même du curetage utérin. Il s'abstient de toute intervention et soumet simplement les malades au repos absolu et aux injections sous-cutanées d'huile camphrée. Il attend ainsi le refroidissement naturel des lésions. Sur 300 malades ainsi traitées dans son service ou en ville, il n'a eu à déplorer que deux décès.

Il conclut donc que, d'une façon générale, l'abstention est préférable à l'intervention et que le traitement médical amène plus sûrement la guérison que le traitement chirurgical.

M. J.-L. FAURE estime, au contraire, qu'en présence d'accidents infectieux post-abortum, le premier soin du chirurgien doit être de débarrasser la cavité utérine des débris placentaires infectieux qu'elle contient. Donc le curetage s'impose.

Quand la température est très élevée, quand l'utérus saigne et qu'il y a des pertes fétides, on ne doit pas hésiter à débarrasser l'utérus.

M. CUNÉO est entièrement de l'avis de M. Faure et procède comme lui, en ajoutant qu'il est inutile de multiplier les curetages, mais qu'un seul suffit et est indispensable.

M. ALGLAVE admet que le curetage peut être indiqué le second jour. Mais passé le quatrième jour, il devient inutile et M. Alglave le prouve par ses propres résultats.

Traitement de la pleurésie purulente. — M. Anselme SCHWARTZ présente un malade qui a été rapidement guéri par une simple ponction au point déclive et, consécutivement, par la gymnastique respiratoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1924)

M. FAURÉ-FRÉMIET présente une note de M. SÖKOLOFF intitulée : **Contribution à l'étude de l'anarchie cellulaire.** Les phénomènes physiques, qui jouent un rôle si considérable dans la vie normale de la cellule, interviennent aussi dans le déterminisme de l'anarchie cellulaire.

Cœur et carence en facteur A. — MM. BAUDE et DEGLAUD.

Un nouveau procédé d'homogéinisation du bacille tuberculeux. — M. DEVILLER signale une nouvelle technique fondée sur l'emploi de l'hypobromite et de l'hyposulfite de soude.

Election. — M. J. LHERMITTE est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1924)

Les cultures secondaires après filtration dans le phénomène de d'Hérelle. — M. Paul HAUDUROY montre que si l'on filtre une culture de B. de Shiga, par exemple, lysée par le bactériophage, on voit souvent le filtrat se troubler au bout d'un certain temps. Il y a là un phénomène extrêmement important et qui n'a pas encore été étudié.

Le trouble qui apparaît après la filtration est formé d'éléments microbiens vivants, repiquables, ayant une morphologie spéciale mais qui peuvent revenir au type B. de Shiga classique. Il est donc possible de voir apparaître sous l'influence du bactériophage des formes bactériennes nouvelles et assez petites pour traverser : les filtres de porcelaine.

M. MESNIL. Ce phénomène n'est pas propre au bactériophage. Il a été signalé par divers bactériologistes, pour d'autres germes, et, incidemment, pour le bactériophage, par M. d'Hérelle lui-même. Ce qu'il y a de remarquable dans les faits que nous rapporte aujourd'hui M. Hauduroy, c'est le retour de ces petits éléments à la forme primitive de Shiga.

Le bactéroïde de la blatte. — M. J. WOLFF (présentée par M. PRENANT).

Bacillus asthénogènes en anaérobie. — M. BERNARD (présenté par M. MESNIL).

Chronaxie du cœur inhibé. — Mme LAPICQUE et Mlle WEILL. La chronaxie du cœur est diminuée quand on excite le vague, fait déjà signalé par M. L. Fredericq. Le phénomène est plus marqué pour le faisceau de His que pour le ventricule.

Procédé rapide pour obtenir les filtrats microbiens. — MM. R. GOIFFON et A. JAUBERT. Pour obtenir les « antivirus » préconisés par Besredka, on a généralement recours à la filtration sur bougies des vieux bouillons de culture. Pour éviter cette opération toujours longue, les auteurs préconisent

un procédé de « collage » par addition aux milieux d'une certaine quantité de chlorure de calcium et de phosphate disodique. Le floculat de phosphate de chaux ainsi formé débarrasse le liquide de toutes ses impuretés et de ses éléments microbiens.

M. MARTIN. Le procédé a été écrit, il y a bien longtemps, par MM. Roux et Yersin. Il a, dans le cas actuel, un inconvénient : celui de retenir une certaine quantité d'antigènes.

M. E. ACHITOUV applique à la mensuration des courbures des spirochètes les données résultant de l'assimilation des tours de spire des spirochètes à ceux d'une hélice.

Il choisit comme indice de courbure la fraction $\frac{h}{b}$ (h perpendiculaire abaissée du point culminant de chaque courbe; b tangente représentant le pas de spire). La fraction $\frac{h}{b}$ varie, en effet, entre deux limites finies et conduit à des chiffres plus simples que la fraction $\frac{b}{h}$.

Il démontre, en outre, qu'il n'y a pas d'avantages à pousser plus loin l'assimilation des spirochètes à l'hélice.

— Réunion biologique de Lyon (séances du 20 octobre et du 17 novembre 1924) :

Anaphylaxie digestive expérimentale à des substances non protéiques (sucre, corps gras, médicaments). — MM. F. ARLOING, LANGERON et B. SPASSITCH ont recherché si l'on pouvait sensibiliser et choquer par la voie digestive des cobayes avec des corps non protéiques chimiquement définis. Ils ont administré pendant huit jours 5 centimètres cubes d'une solution de glucose à 25 p. 100 ou bien 3 centimètres cubes d'huile d'olive ou 4 centimètres cubes d'une solution isotonique d'antipyrine, ou enfin 3 centimètres cubes d'une solution isotonique de chlorhydrate neutre de quinine en ajoutant ces doses à la nourriture journalière des cobayes ainsi que 3 centimètres cubes de bile de bœuf. Les repas déchaînants avaient la même composition.

Le glucose est dépourvu de propriétés anaphylactisantes. La quinine donne un choc marqué de première ingestion mais ne provoque pas de sensibilisation, ni de choc anaphylactique. L'huile d'olive a un pouvoir sensibilisant et choquant moyen. L'antipyrine est un peu plus active. Ces deux derniers corps donnent une anaphylaxie digestive comparable à celle des protéiques.

Variations de la concentration du sang en ions hydrogène chez les animaux soumis à l'action du rayon X. — MM. CLUZET et KOFFMANN. De ces premières recherches on peut conclure que chez les animaux soumis à l'action des rayons X la concentration du plasma et du sérum en ions hydrogène paraît varier dans le sens d'une augmentation légère et fugace de l'alcalinité, aussi bien pour des doses et des pénétrations moyennes de rayons X que pour des doses et des pénétrations fortes, de l'ordre de celles qui sont appliquées en radiothérapie profonde. Les auteurs ont observé une diminution précoce et durable de l'alcalinité, seulement dans un cas de dose très forte, administrée sans la filtration habituellement employée; cependant, sous l'influence d'une irradiation faite dans les mêmes conditions (très forte dose, sans filtre) une solution physiologique oxalatée de sang de lapin n'a présenté aucune variation du P^H. Ce dernier fait montre que l'action du rayonnement sur le sang est bien différent, suivant que l'on agit in vivo ou in vitro.

Faits histologiques concernant la signification des nodules de Bizzozero. — M. FAVRE a étudié les petits renflements nodulaires situés sur le trajet des filaments intercellulaires des cellules épidermiques. Ces formations, malgré les nombreuses recherches dont elles ont fait l'objet, sont restées jusqu'ici énigmatiques. L'auteur de la note démontre que la substance de ces nodules se colore électivement par la méthode de coloration mitochondriale. Le nodule de Bizzozero ferait donc partie du système mitochondrial de la cellule épidermique représenté, dans le grand protoplasma périnucléaire, par les filaments spiralés dont la signification cytologique et les rapports avec le chondriome de la cellule malpighienne ont été signalés par les travaux antérieurs de MM. Regaud et Favre.

Sur un cas de rage à incubation prolongée. — M. A. ROCHAIX rapporte un cas de rage chez un individu ayant subi le traitement pastorien et dont l'incubation a dépassé une année. L'incubation du bulbe rabique au cobaye et au lapin a montré qu'il s'agissait d'un virus très actif. Pour expliquer ce cas, l'auteur admet la théorie de Remlinger sur la vie latente du virus rabique dans l'organisme humain.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924 (1)

135. PETITEAU. — Contribution à l'étude de l'isopropylpropényl-barbiturate d'amidopyrine (allonal) comme médicament hypno-analgésique en médecine générale et principalement en stomatologie.
27. PEYRUS. — Essai sur la bismuthothérapie dans la neurosyphilis.
80. PINEY. — Les œdèmes provoqués chez les diabétiques par le bicarbonate de soude.
51. PIVOTEAU. — Les formes appendiculaires de l'hématocèle pelvienne.
133. PORTE (André). — La péricardite tuberculeuse aiguë du vieillard.
16. PORTE (Paul). — Contribution à l'étude de l'ouabaïne.
11. QUANQUIN. — Considérations sur quelques cas d'épithéliomas des premières voies respiratoires et digestives traités par le radium.
121. RACLE. — Contribution à l'étude des kystes épidermiques de la face palmaire de la main et des doigts.
17. RAILLON. — Essai sur une nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamenteuse hypno-analgésique : trichloro-butylalcool-diallylmalonylurate d'éthylmorphine (hemypnal).
91. REBOUL (François). — Contribution à l'étude de l'ulcère syphilitique gastrique.
142. REBOUL (Jean). — Les névrites optiques postrubéoliques.
100. RICARD. — De l'extirpation abdomino-transanale du rectum cancéreux.
128. RIGONDET. — Les formes douloureuses du spina bifida occulta.
53. ROHMER. — Etude sur la pathogénie de l'anencéphalie, spécialement au point de vue des lésions des capsules surrénales.
114. ROSIER. — Contribution cytologique à l'étude des stades initiaux de la cirrhose expérimentale.
36. ROUGETET. — La butelline en ophtalmologie.
35. SANYAS. — Glandes endocrines et syndromes de carence.
129. SAUTRIAU. — Le traitement de la rétraction ischémique de Volkmann par la méthode du tourniquet.
6. SAYER. — La forme hémorragique de la syphilis gommeuse de l'iris.
117. SCHNEIDER. — Contribution à l'étude de la médicamentation arsenicale organique dans la sclérose en plaques.
77. SORS. — Les néphrites aiguës à pneumocoques et l'élimination rénale des microbes.
151. THABOURIN. — Etude des résultats de la néphrectomie particulièrement au point de vue des symptômes vésicaux.
62. THIBIÉROZ. — Contribution à l'étude des anachlorhydries non néoplasiques.
96. TROSSAT. — Exostoses du crâne et tumeurs des méninges. Contribution à l'étude des hémicranioses.
48. TYRAND. — Des poussées pulmonaires tuberculeuses après néphrectomie pour tuberculose rénale.
139. VAGNON. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique.
112. VALENDRU. — Symptômes et diagnostic de l'intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 95, p. 1575, et n° 100, p. 1662.

149. VEILLET. — La diurèse provoquée par ingestion d'eau.
40. VERNE — Tabes hérédospécifique et hérétotabes.
79. VINCENTI. — Le pneumothorax artificiel dans la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant.
60. VINOY. — De l'arthrite sous-astragalienne.
67. VOLLE. — Contribution à l'étude clinique du flutter d'après vingt observations.
8. WAGNER. — Acide salicylique et conservation des matières alimentaires.
83. YVERT. — Technique opératoire de la synostose vertébrale.

II. DOCTORAT D'UNIVERSITÉ (*mention « Médecine »*). — 217. ALADJEMOFF. — Des gliomes cérébraux avec faible hypertension.
213. ALCALAY. — Décalottement du condyle huméral.
198. ANDJELKOVITCH. — L'iritis zostérienne et ses complications.
204. ANDREIS. — Etude anatomique et radiographique sur la spina bifida occulta.
207. ATCHIMOVITCH (Mlle). — L'hydrocéphalie et le spina bifida considérés au point de vue obstétrical.
191. ATCHIMOVITCH (Dragomir). — Les rétrécissements non néoplastiques de l'ampoule de Vater.
195. ATHANASSIADES. — Contribution à l'étude de la séméiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique du nourrisson.
222. ATIJAS. — Radiothérapie et chirurgie dans le traitement des fibromes utérins.
183. BOCHKOVITCH. — Etude sur la formol-gélification des sérums humains dans quelques cas physiologiques et pathologiques.
209. BRATONOJITCH. — La gangrène diabétique des paupières.
205. CHANIOTIS. — Ruptures spontanées d'organes et syphilis.
210. CHRYSSOULIS. — Les métastases orbitaires des tumeurs malignes de la surrénale.
223. DOBOCHAREVITCH. — Contribution à l'étude du cancer anal et ano-rectal.
199. DOSTANITCH. — Des complications chirurgicales du typhus exanthématique et du typhus récurrent.
220. DOUBROW. — Contribution cytologique à l'étude des stades initiaux des tumeurs du sein.
192. GOVEDAROVITCH. — Traitement du prolapsus chez les femmes âgées par le procédé de Le Fort.
218. IVKOVITCH. — Etude critique sur le traitement de l'épilepsie par la castration.
216. KALOMENOPOULOS. — Lésions des vaisseaux iliaques avec gangrène du membre inférieur dans l'appendicite aiguë.
184. KOURBANIS. — Etude du pied creux essentiel et de ses rapports avec le spina bifida oculta.
197. KRITZALIS. — Etude sur un nouvel anesthésique local : la butelline.
221. KRSTITCH. — Expertise des documents écrits : faux par déguisement et imitation libre ; analyse graphométrique.
187. KYRIAKOS. — Le traitement sanglant des fractures de l'extrémité inférieure du radius.
188. MANOUSSAKIS. — Contribution à l'étude expérimentale des échanges calciques : calcium et tuberculose.
189. MIHAÏLOVITCH (Alexandar). — Pronostic et traitement du reflux vésico-urétéral après la néphrectomie pour tuberculose.
212. MIHAÏLOVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude des annexites dans les fibromes utérins.
193. MILITCH. — Des dépôts calcaires intra-iriens d'origine cristallinienne.
190. PAPADOPOULOS. — Contribution à l'étude de la perforation pulmonaire au cours du pneumothorax artificiel.
196. PAVLOVITCH (Mlle). — L'homogénéisation des crachats par l'eau de Javel pour la recherche du bacille de Koch.
194. PÉTROVITCH. — De la torsion des fibromes utérins pendant les suites de couches.
201. POPOVITCH. — Sur quelques cas d'abcès chroniques de la métaphyse tibiale inférieure. (*Voir la suite p. 1678.*)

200. RADOSAVLJEVITCH. — De la réduction primitive dans le traitement des luxations tibio-tarsiennes compliquées avec issue à l'extérieur des os de la jambe.
203. RADOVANOVITCH. — Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes du pied.
224. RISTITCH. — La forme occlusive des papillomes de la vessie.
215. ROUBENOVITCH. — Contribution à l'étude des fibromes de la langue.
211. RUSSO. — Cancer de l'anse sigmoïde propagé à la vessie.
208. SIMITCH (Mlle). — L'urticaire commune de la première enfance.
219. SPASSOIEVITCH. — Lésions acétabulaires dans l'ostéochondrite de la hanche.
185. SYLLAÏDOPOULOS. — Contribution à l'étude de l'envahissement secondaire de l'omoplate au cours de l'ostéoarthrite tuberculeuse de l'épaule.
206. VLADITCH. — Contribution à l'étude des phénomènes douloureux dus aux scaphoïdes accessoires du pied.
186. VOUREXAKIS. — Résultats du traitement du pied bot congénital chez les nourrissons par la méthode non sanglante.
214. YEVTITCH. — Pronostic et traitement de la conjonctivite blennorragique de l'adulte.
202. YOVITCH (Mlle). — Ostéotomies multiples et résection diaphysaire dans le traitement des courbures rachitiques des jambes.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

PLAIES DES ARTÈRES

Les plaies des artères se divisent en deux groupes :

Non pénétrantes. — Elles ne donnent aucun symptôme immédiat, et n'ont d'intérêt qu'au point de vue du pronostic éloigné, c'est-à-dire de la pathogénie des anévrismes.

Pénétrantes. — Elles comprennent :

1° **Les piqûres.** — Ne déterminent que des lésions insignifiantes si la piqûre est fine ; se rapprochent des suivantes dans les autres cas.

2° **Les coupures.** — Peuvent être :

Longitudinales. — Ouverture linéaire; hémorragie peu abondante, hémostase facile.

Transversales. — *Sont incomplètes* : L'orifice circulaire ou même ovalaire à grand axe longitudinal baille largement; hémorragie importante : la plaie est maintenue béante par la rétraction de la tunique musculaire et élastique.

Ou complètes : L'artère est divisée en deux segments indépendants l'un de l'autre ; les deux bouts devenus indépendants se *rétractent* fortement dans leur gaine pour satisfaire à l'élasticité de la paroi qui à l'état normal est en forte tension ; et se *contractent* ; d'où rétrécissement du calibre de l'orifice artériel : facilité de l'hémostase spontanée.

3° **Les plaies par arme à feu.** — Sont très fréquentes, contrairement à l'opinion ancienne de Larrey. Les balles modernes, animées d'une grande vitesse initiale, peuvent sectionner nettement une artère ou l'encocher latéralement : elles déterminent la formation d'hématomes pulsatiles ou d'anévrismes artério-veineux. Parfois, on n'observe d'emblée ni hémorragie sérieuse, ni formation d'anévrismes diffus : *plaie sèche* des vaisseaux, résultant sans doute du rebroussement des tuniques à l'intérieur de la lumière vasculaire : hémostase précaire, exposant à de graves hémorragies secondaires, que doit prévenir la ligature après débridement large.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Une plaie artérielle détermine une hémorragie qui sera mortelle, à moins que ne se produise un ensemble de phénomènes qui constituent l'*hémostase spontanée*. Celle-ci se fait en deux temps :

1° **Hémostase provisoire : Formation du caillot obturateur.** — Après section artérielle complète, rétraction et contraction des deux bouts diminuent l'écoulement du sang et obligent celui-ci à suivre un long trajet pour arriver au dehors : circonstances propices à la coagulation, favorisées également par la diminution de la tension artérielle (parfois annulée : syncope), et par les modifications de la coagulabilité consécutives à l'hémorragie. Ainsi se constitue un caillot en forme de clou, obturant la plaie artérielle.

2° **Hémostase définitive : Cicatrisation de l'artère.** — Le caillot, loin de s'organiser, va dans une seconde phase, de plus longue durée, se résorber et laisser place à un tissu nouveau, né par bourgeonnement de la paroi artérielle. Dans un premier stade (vascularite proliférante : Vaquez), le caillot est envahi par divers éléments : globules blancs et cellules fusiformes, issus des vasa vasorum dilatés. Un second stade est marqué par la pénétration dans le caillot de vaisseaux de nouvelle formation. Enfin se constitue un tissu cicatriciel, dont l'élaboration est achevée du quarantième au cinquantième jour.

SYMPTOMES

Deux cas sont à envisager :

1° **La plaie des parties molles est assez étendue pour que le sang s'écoule facilement à l'extérieur. Signe capital : L'hémorragie.** — Le sang s'écoule sous forme d'un jet rutilant, continu, à renforcement systolique, diminuant ou s'arrêtant par la compression en amont, augmentant par la compression en aval si la plaie est incomplète. Au-dessous de la blessure, le pouls est diminué si la plaie est incomplète, supprimé si la plaie est complète. Parfois le segment de membre sous-jacent est pâle, froid, insensible : ces manifestations sont, en général, momentanées ; la gangrène est relativement rare après les plaies artérielles alors qu'elle est fréquente après les ruptures.

Quand l'hémorragie se prolonge apparaissent des signes généraux : pâleur, sueurs froides, troubles de la vue et de l'ouïe, dyspnée, angoisse, nausées, vomissements.

Si le blessé est abandonné à lui-même, il peut succomber rapidement quand le vaisseau atteint est volumineux. Souvent se produit une syncope, qui favorise la formation d'un caillot obturateur :

2° **Le sang ne peut se faire jour au dehors, et s'infiltre plus ou moins dans le tissu cellulaire. Signe capital : L'hématome.** — S'observe presque toujours après une blessure par balle. L'hémorragie externe, quelquefois nulle, est en général peu abondante, sans jet, de courte durée. Tantôt l'hématome se constitue rapidement; une douleur brusque en marque le début; le gonflement, d'abord localisé, s'étend à tout le membre; l'évolution est rapide et grave. Tantôt c'est au bout de quelques jours que l'attention est attirée soit par des douleurs, soit par des troubles circulatoires, soit par la tuméfaction. L'hématome constitue une tuméfaction tendue, plus souvent dure que fluctuante, animée de battements synchrones au pouls et de mouvements d'expansion; l'auscultation décèle un souffle rude, intermittent, systolique, se propageant sur le trajet de l'artère dans le sens du courant sanguin. Les téguments qui recouvrent l'hématome sont ecchymotiques ; le membre est œdématié et cyanosé. *(A suivre.)*

LIVRES NOUVEAUX

Memento de parasitologie à l'usage des examens (1), par le docteur Félix REGNAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie des sciences.

L'auteur, dans la préface, insiste sur le titre de *memento*. Ce livre n'a pas la prétention de remplacer les traités classiques, mais il sera précieux pour les étudiants qui veulent revoir rapidement les matières étudiées dans les cours.

L. G.

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, 1924, Librairie médicale et scientifique, Marcel Vigne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 16 décembre. — Questions données : « Formes cliniques des localisations ostéo-articulaires de la blennorragie. — Complications des varices des membres inférieurs. »

MM. Weill (Jean), 19; Bucquoy (Maurice), 21; Grandperrin (Pierre), 25; Mornet (Jean), 29; Bidoire (André), 20; Patel (Jean), 29; Corman (Louis), 20; Luzuy (Maurice), 23; Poumailloux (Marcel), 24; Mlle Braun, 20.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Lapeyre, Lonjumeau, Deraux, Lenormant, Mollaret, Layani, Vibert, Lecœur, Baize, Lallemant,

11. Thiroloix, Diamantberger, David, Drouineau, Delalande, Mlle Hébert, MM. Bourgeois, Guérin (P.-J.), Weill (L.-R.), Dessaint,

21. Martin (J.), Mlles Cros, Vogt, MM. Benoist, Worms, Vergez-Honta, Béclère, Launay, Patel, Suzor,

31. Caroli, Mornet, Armingeat, Godel, Lacapère, Perrin, Garnier (G.), Lotte, Mabille, Tambareau,

41. Michaux (L.), Theillier, Wahl, Lévy (Jean), Barbé, Chevereau, Flandrin, Albot, Cohen, Hudelo,

51. Petit, Salmon, Kensinger, Cattan, Mlle Bach, MM. Delafontaine, Chne, Moruzi, Duval, Castéran,

61. Maximin, Kanony, Grandperrin, Fredet, Bordas, Duruy, Taillefert, Vadon, Jubé, Mlle Guérin,

71. MM. Jonesco, Couturat, Delarue, Delagenière, Vanbockstaël, Mlle Vasseur, MM. Bouillié, Bouessée, Leroy, Mlle Fontaine,

81. MM. Arviset, Lichtwitz, Carteaud, Laënnec, Mlle Braun, M. Ferey.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Servel, Grinda, Lemière, Delage, Pascal, Mlle Zimmer, MM. Chaperon, Hurez, Cournant, Meurisse,

11. Willemin, Bidoire, Buisson, Breuillée, Michel-Béchet, Méry, Gerson, Guérin, Sigwald, Corman,

21. Roy, Casaubon, Bagot, Bureau, Bucquoy, Levassor, Frantz, Ripert, Lechaux, Laval,

31. Puech, Grognot, Marmasse, Salavert, Mlle Leblond, MM. Ravier, Petrignani, Beaugeard, Augier, Bompart,

41. Pinoche, Lemoyne, Renard, Cossa, Baron, Merklen, Filliol, Saint-Pierre, Barragué, Gouvenot,

51. Jacquemaire, Van der Horst, Poumailloux, Martin, Robert, Vanier, Dupuy, Barthes, Vuillième, Ganen,

61. Nativelle, Chazel, Busser, Crama, Tournilhac, Lafont, Georges, Fleury, Luzuy, Maximin (René),

71. Mlle Le Filliâtre, MM. Loubeyre, Rossert, Guédé, Weill (Jean), Sarles, Martin (F.-V.-H.), Sazerac de Forges, Tariel, Pichard,

81. Mlle Schoeller, MM. Chomereau-Lamotte, Guillot, André (Georges).

LA SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE vient d'élire son bureau pour 1925. Il est ainsi composé :

Président, M. Herpin; vice-présidents, MM. Bloch et Fichot; secrétaire général, M. Lacronique; secrétaires des séances, MM. Bouvet et Raison; trésorier, M. Daugnet; bibliothécaire, M. Puig.

EXAMENS D'INFIRMIER. — Le *Journal officiel* du 16 décembre publie un arrêté ministériel relatif aux programmes des examens pour les titres d'infirmier, d'infirmière et d'infirmière masseur de l'Etat français.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — *Conférences cliniques et thérapeutiques sur le diabète sucré.* — M. le professeur Gilbert, MM. Rathery, Maurice Villaret, Lereboullet, Baudouin, agrégés, médecins des hôpitaux; M. Etienne Chabrol, médecin des hôpitaux, feront en décembre 1924, janvier et février 1925, à la clinique médicale de l'Hôtel-

Dieu (amphithéâtre Trousseau), les samedis, à 10 h. 3/4, une série de conférences publiques sur le diabète sucré.

COURS DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL. — Le 22 décembre : M. le docteur André Sorel : Radiologie.

Le 12 janvier 1925 : M. le docteur Maurice Delort : Les hémorragies digestives sans lésion macroscopique visible.

Le 26 janvier : M. le docteur Pauchet : Occlusion intestinale aiguë.

POUR LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — A la suite de l'article que nous avons fait paraître ici même sur cette œuvre dont l'utilité n'échappera à personne, le secrétariat a reçu deux souscriptions.

Mme et M. Jean Dalsace, interne des hôpitaux : 1.800 fr.; le docteur Engel : 100 fr.

Nous voulons espérer que ces exemples seront suivis de beaucoup d'autres.

La création du Sanatorium des étudiants est en bonne voie. 1.600.000 fr. ont déjà été recueillis, mais pour la mener à bien, un bon million est encore nécessaire.

Rappelons que tous les dons sont centralisés par M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble. Ils peuvent encore être adressés à tous les recteurs ou à M. Crouzat, secrétaire général de l'œuvre, 13, rue de la Bûcherie, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ad. Nicolas, médecin principal de la marine, décédé à Rochefort-sur-Mer; Charles Vallon, médecin honoraire des asiles d'aliénés, expert près les tribunaux, ancien président de la Société médico-psychologique de Paris, et vice-président de la Société de médecine légale de France.

CHRONIQUE

LES COURS POUR ÉTRANGERS

LE CENTRE MÉDICAL D'INSTRUCTION DU VAL-DE-GRACE

Dans une récente chronique (1), nous avons montré les admirables ressources que la Faculté de médecine de l'Université de Paris met actuellement à la disposition des étudiants et des médecins étrangers désireux de venir suivre des cours de perfectionnement.

Aux moyens d'instruction si étendus qu'offre l'Université de Paris, un nouvel et considérable appoint va venir s'ajouter aujourd'hui.

Déjà le décret de réorganisation de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce avait ouvert les portes de cette dernière aux confrères civils. Ceux-ci peuvent profiter des ressources incomparables qui leur sont offertes par les magnifiques collections scientifiques du musée, fondé au cours de la guerre, en 1916 et par la riche bibliothèque où, journellement, ils viennent puiser la documentation nécessaire à leur instruction et à leurs travaux.

Mais sous l'impulsion toujours si éclairée et avisée de notre ami le médecin inspecteur Dopter, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, membre de l'Académie de médecine, les portes de l'antique et illustre maison du Val-de-Grâce vont s'ouvrir plus grandes encore, en même temps que l'enseignement va s'élargir davantage, à la faveur de deux mesures nouvelles, autorisées par la direction du Service de santé au ministère de la Guerre.

La première consiste dans la reprise des *cliniques du Val-de-Grâce*, cliniques hebdomadaires confiées aux professeurs du Val-de-Grâce auxquels viendront s'adjoindre des maîtres de la Faculté ou des hôpitaux de Paris. Ces cliniques seront ouvertes à tous les médecins. Les leçons seront ensuite rédigées et réunies en un volume qui paraîtra régulièrement tous les deux ans.

(1) Les cours médicaux français pour étrangers, *Gaz. des hôpit.*, 15 nov. 1924, p. 1523.

La deuxième prévoit l'organisation de *cours spéciaux* qui, dès le début de 1925, permettront de traiter les *questions d'actualité médicales et chirurgicales*. Ces cours seront suivis avec le plus grand intérêt par tous les travailleurs soucieux de perfectionner leurs connaissances professionnelles (1).

Ici encore, le professeur Dopter a fait appel à la complaisance et à la compétence des personnalités *civiles ou militaires*, les plus qualifiées pour faire profiter l'auditoire de leur grande expérience personnelle sur les sujets à traiter.

Nous publions aujourd'hui même un premier programme de ces leçons qui montrent bien les nouvelles tendances de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Nous ne doutons pas de leur succès et nous nous réjouissons de voir l'antique maison briller d'un nouvel éclat à la veille de ce Congrès international de médecine militaire qui doit réunir dans ses murs, au mois d'avril prochain, des médecins militaires venus de tous les points du monde.

F. L. S.

ORGANISATION D'UN COURS SPÉCIAL D'ACTUALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES AU VAL-DE-GRACE. — Par dépêche ministérielle en date du 21 novembre 1924, le ministre de la Guerre a autorisé le directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce à organiser un enseignement spécial destiné aux médecins du Gouvernement militaire de Paris et à ceux qui affectés à des corps d'armée de province et de passage à Paris voudraient en bénéficier.

Ce cours spécial sera ouvert également aux confrères civils; il aura lieu deux fois par mois, les deuxième et quatrième samedis, à 17 heures, à l'amphithéâtre des cours au Val-de-Grâce.

Il consistera dans la mise au point de *questions d'actualité*, chirurgicales et médicales, et aura pour but de mettre l'auditoire au courant des progrès réalisés, à la faveur des recherches nouvelles, sur les divers sujets qui seront étudiés.

Ces questions d'actualité seront traitées par les personnalités compétentes, indifféremment *civiles ou militaires*, que leurs travaux désignent plus particulièrement pour venir exposer le résultat de leur expérience.

Cet enseignement spécial commencera le samedi 10 janvier 1925, à 17 heures.

Sujet traité : *Les affections des voies respiratoires consécutives aux accidents causés par les gaz de combat*, par M. le professeur Sergent (de Paris).

Le deuxième cours aure lieu le 24 janvier, même heure : *La vaccinothérapie en chirurgie*, par M. le docteur Louis Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les séances ultérieures et les sujets à traiter seront annoncés en temps opportun.

(1) Les médecins étrangers sont admis après autorisation du ministre de la Guerre (direction du Service de santé).

RENSEIGNEMENTS

M. PAUL HARDY, docteur en pharmacie, ancien interne des hôpitaux, résignant ses fonctions de chef de laboratoire des produits « Usines du Rhône », vient de se rendre propriétaire de la « Pharmacie Du Mail », 100, rue Montmartre (Central 20—45) et garantit l'exécution parfaite, sous son contrôle personnel, de toutes les ordonnances et analyses que M. les docteurs voudront bien lui adresser.

REVUE GÉNÉRALE

LA SYPHILIS DE LA RATE [1]

Par L. PELLISSIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

III. La rate dans les altérations sanguines de la syphilis. — 1. **Rate et anémie.** — Un fait reste constant, dans toutes ces atteintes spléniques d'ordre et de valeur si différents : c'est l'anémie.

L'*anémie primo-secondaire*, à peu près constante, est en proportion de la déglobulisation. Lorsque cette déglobulisation est telle, qu'il s'ensuit une véritable insuffisance splénique, on voit se produire l'hémolyse sous forme d'un ictère hémolytique.

Cette anémie serait due à une réaction de défense de la rate : celle-ci se charge de retirer du sang, les globules rouges altérés. En effet, les macrophages des cordons spléniques sont bourrés d'inclusions ferriques, provenant des hématies résorbées.

L'*anémie tertiaire* est une anémie résiduelle. Aussi ne comporte-t-elle pas d'habitude d'altérations globulaires ni de formes jeunes. Elle est fixée et son taux ne varie plus. Elle ressortit non pas à une défense, mais à une déficience de la rate. Si son taux ne varie plus, c'est que des suppléances s'organisent.

2. **Rate et leucémie syphilitique.** — Depuis longtemps déjà on a recherché le rapport entre la syphilis et certaines leucémies, ou lymphadénies.

Dans les subleucémies. — La syphilis de la rate paraît être parfois en cause. Tel est le cas des *anémies spléniques*, réalisant plusieurs types :

Type myéloïde. — Chez le nourrisson : L'anémie splénique pseudo-leucémique de von Jaksch-Luzet.

Chez l'adulte : La splénomégalie avec anémie et myélémie de Weil et Clerc.

Type lymphocythémique. — Chez l'enfant : Splénomégalie avec anémie et lymphocythémie de Weil et Clerc.

Chez l'adulte : Anémie splénique de Strumpell.

A dire vrai, on ne peut, en pareil cas, parler de syphilis de la rate, d'autant que ces syndromes sont encore mal connus.

Dans les leucémies. — La syphilis de la rate ne paraît guère pouvoir être invoquée. Mlle Majerczak avait noté la syphilis dans les antécédents de sujets leucémiques. Grenet a publié, dans la thèse de son élève Rousseau, deux cas de leucémie chez des sujets sans stigmates syphilitiques — mais à réaction de Bordet-Wassermann positive — et qui furent temporairement améliorés par le traitement spécifique.

3. **Rate et réaction de Bordet-Wassermann.** — Mais il faut bien en venir aux rapports de la réaction de Bordet-Wassermann avec l'atteinte syphilitique de la rate.

En effet, P.-E. Weil aurait constaté que le Bordet-Wassermann est positif dans 58 p. 100 des cas de splénomégalie chronique d'origines les plus diverses. C'est dénier toute valeur à cette réaction comme preuve de la syphilis dans une splénomégalie douteuse.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans l'étude de ces modifications humorales encore si mal connues.

Toutefois, on ne peut s'empêcher de remarquer qu'au moment où la splénomégalie syphilitique secondaire atteint son maximum — où la rate, après avoir retiré du sang les hématies altérées, forme des productions leucocytaires — à ce moment précis, quinze ou vingt jours après le chancre, on voit apparaître les anticorps spécifiques et le Bordet-Wassermann devenir positif.

D'autre part, les malades atteints de syphilis tertiaire de la rate ont tous un Wassermann remarquablement tenace. Le traitement n'abaisse pas cette positivité.

Aussi, ignorants comme nous le sommes de cette réaction, encore qu'elle ne soit spécifique ni par son antigène ni par son anticorps, il n'en reste pas moins qu'elle conserve toute sa valeur dans l'atteinte de la rate au cours de la syphilis.

Diagnostic. — En raison de la multiplicité de ses aspects cliniques, le diagnostic de la syphilis splénique varie totalement d'importance et de difficulté d'un cas à l'autre.

1. **La rate hérédo-syphilitique** est ordinairement facile à reconnaître.

Lorsqu'elle accompagne les autres signes d'imprégnation syphilitique, elle confirme cette atteinte majeure, révélée par les syphilides cutanéo-muqueuses, le pemphigus palmo-plantaire, le coryza, l'ictère, l'aspect vieillot enfin du nouveau-né.

Lorsque les signes d'imprégnation syphilitique sont frustes, chez un nourrisson né avant terme, malingre, qui maigrit, fait des convulsions, des vomissements répétés, du melæna..., le constat d'une grosse rate oriente vers la syphilis : d'où l'importance de la recherche systématique de la splénomégalie chez tout nourrisson suspect.

Y a-t-il des splénomégalies non syphilitiques? Classiquement, on cite :

La dothiénentérie, les maladies infectieuses, mais elles se révèlent d'elles-mêmes.

Le paludisme, le kala-azar, la tuberculose de la rate, mais ce sont faits d'exception chez le nourrisson.

Chez lui, grosse rate est pratiquement synonyme de rate syphilitique.

Dans l'hérédo-syphilis tardive la splénomégalie devient importante lorsque les stigmates sont peu marqués, comme dans les dystrophies hérédo-syphilitiques. Il faut penser à la rechercher.

Chez le grand enfant, il faut éliminer d'autres causes d'hypertrophie de la rate :

Le paludisme, les leishmanioses en pays infesté;

Les infections aiguës;

Les suppurations osseuses prolongées;

La tuberculose de la rate, très rare, puisque Marfan la note une seule fois sur quarante splénomégalies.

Le rachitisme enfin peut comporter une grosse rate; mais avec Marfan on admet que le rachitisme splénomégalique est un rachitisme de nature syphilitique.

2. **La syphilis acquise de la rate** oppose des faits dissemblables.

Le plus souvent, l'atteinte de la rate est d'ordre banal : elle n'est pas reconnue, parce qu'elle n'est pas recherchée.

Parfois, la syphilis se localise électivement sur la

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 100, p. 1653.

rate : le diagnostic est alors très difficile, si la notion de la syphilis antérieure fait défaut.

A. DANS LA SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRE : la splénomégalie est constante, plus marquée souvent dans les formes sévères. L'intérêt est de la rechercher dans certains cas particuliers :

Au moment du chancre initial, la splénomégalie établira cliniquement la nature syphilitique, en attendant la vérification biologique.

Au stade secondaire, la splénomégalie pourra confirmer des signes cutanéo-muqueux discrets, faire aussi redouter l'apparition de nouveaux accidents, et à ce point de vue on peut considérer la splénomégalie comme un des meilleurs signes de la *poussée évolutive* syphilitique.

B. LA SYPHILIS TERTIAIRE DE LA RATE, bien au contraire, ne demande pas à être recherchée, mais interprétée. Or, le plus souvent on n'arrive au diagnostic que par élimination.

a. Les *splénomégalies secondaires à diverses infections* sont assez aisément reconnues :

Splénomégalies des infections aiguës et des septicémies;

Grosse rate des leishmanioses;

Grosse rate du paludisme : diagnostic qui peut être difficile. La rate paludéenne est moins grosse, moins dure, elle s'étale transversalement vers l'ombilic (Rendu). Les accès paludéens antérieurs, l'examen hématologique sont décisifs.

b. Les *splénomégalies primitives* offrent plus de ressemblance,

Les *tumeurs spléniques sans altérations sanguines* sont très rares :

Kystes hydatiques, kystes séreux, dermoïdes;

Cancer secondaire ou sarcome;

Epithélioma primitif de Gaucher.

Les *tumeurs spléniques avec altérations sanguines* sont plus fréquentes :

1. La *leucémie myéloïde* est l'affection dont le diagnostic s'impose le premier. Cliniquement, la différenciation est très difficile. Seul l'examen hématologique prouve la leucémie : anémie, leucocytose massive, formule myélocytaire.

La forme splénomégalique de la leucémie lymphoïde pose le même problème,

2. La *tuberculose primitive de la rate* a une allure clinique voisine de celle de la syphilis tertiaire. Cependant, la rate est inégale, bosselée; l'état général est plus touché que dans la syphilis; la fièvre est habituelle. Enfin, il est exceptionnel qu'une autre localisation tuberculeuse ne vienne éclairer le diagnostic.

3. L'*érythrémie de Vaquez* est exceptionnelle, grosse rate avec polyglobulie, cyanose, douleurs paroxystiques au niveau des membres la font reconnaître.

4. La *splénomégalie primitive de Debove et Brühl* n'est qu'une étiquette sur des faits disparates : les uns font partie des anémies spléniques, les autres, chez des syphilitiques avérés, entrent à coup sûr dans le cadre de la syphilis de la rate.

En pratique la grosse rate syphilitique tertiaire doit être différenciée : d'une rate paludéenne, d'une rate leucémique, d'une rate tuberculeuse.

La syphilis ancienne, avec ses stigmates viscéraux et nerveux, et, quoi qu'on en ait dit, la réaction de Bordet-Wassermann positive sont des arguments valables en faveur de l'origine syphilitique, démontrée parfois par les effets rapides du traitement spécifique.

Anatomie pathologique. — 1. **La rate hérédo-syphilitique.** — Grosse rate : elle pèse 30 grammes à la naissance, au lieu de 10 grammes. Vers le sixième mois, elle atteint 50-60 grammes au lieu de 20 grammes.

Histologiquement : *lésions de sclérose diffuse,* touchant d'abord les vaisseaux (endartérite), puis le tissu splénique. A côté de cette splénite interstitielle diffuse, on a signalé quelques rares gommes de la rate (Rendu, Deguy).

Le tréponème fourmille dans la rate hérédo-syphilitique.

La rate de l'hérédo-syphilis tardive comporte les mêmes lésions que la rate tertiaire.

2. **Syphilis acquise de la rate.** — a. *Rate primo-secondaire.* — Peu d'examens nécropsiques. Rate moyennement hypertrophiée, et surtout molle, dépressible.

Histologiquement : infiltration parenchymateuse (macrophages nombreux, avec inclusions ferriques et débris d'hématies résorbées).

Début de prolifération de la trame fibreuse.

b. *Rate tertiaire.* — Quatre variétés :

1. Splénite parenchymateuse;
2. Splénite interstitielle, qui se succèdent le plus souvent;
3. Gommes;
4. Dégénérescence amyloïde, qui sont très rares.

1. *Splénite parenchymateuse.* — Splénite molle de Virchow.

Rate moyennement hypertrophiée (200-400 gr.). molle, avec placards de périsplénite.

Histologiquement : c'est une lésion pulpaire.

Avec prolifération leucocytaire intense, globules rouges diminués, et lésions vasculaires : endo, méso et péri-artérite.

Cette « rate d'anémie et de leucocytose » n'est que l'expression attardée de ce que fut la splénomégalie primo-secondaire, et l'amorce de la splénite interstitielle.

2. *Splénite interstitielle.* — Splénite fibreuse de Birch-Hirschfeld.

Rate souvent énorme, grisâtre, à surface irrégulière, parsemée de rides, de plicatures qui achèvent la ressemblance avec le foie ficelé. Les placards de périsplénite sont constants.

Exceptionnellement : rate totalement sclérosée, simple noyau adhérent et dur.

A la coupe : bandes rayonnantes fibreuses circonscrivant une pulpe raréfiée.

Histologiquement. — C'est une sclérose à double point de départ :

a. Capsulaire;

b. Péri-vasculaire.

a. *Capsule.* — Epaissie, poussant des travées de sclérose qui s'insinuent dans le tissu splénique et le dissocient.

b. *Lésions vasculaires.* — Elles sont primordiales, car elles signent la nature syphilitique de la sclérose. Les veines sont à peine touchées. Les artères sont très altérées : endartérite surtout, mésartérite fibroïde, péri-artérite formant un épais manchon.

De ce manchon, partent des travées fibreuses qui

infiltrent les éléments du réticulum et finalement étouffent la pulpe rouge.

c. *Pulpe rouge.* — Elle est en effet morcelée par ces travées fibreuses. Les leucocytes sont raréfiés, les cordons de Billroth atrophiés, les corpuscules de Malpighi eux-mêmes sont aplatis et fibrosés.

En résumé, la syphilis de la rate, sous de multiples aspects, est toujours d'un intérêt diagnostique et pronostique considérable.

Si la lésion splénique de l'hérédo-syphilis et de la syphilis acquise primo-secondaire joue le simple rôle de témoin, sans mesurer l'infection, elle donne tout de même d'utiles renseignements. Quant à la rate tertiaire, outre les difficultés de diagnostic qu'elle soulève, elle confirme le rôle important de la syphilis dans les scléroses viscérales.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Rate hérédosyphilitique.** — Barthélemy. Autopsies de mort-nés syphilitiques héréditaires, *Soc. de dermat. et de syphil.*, Paris 1890.

Comby. *Traité de la syphilis héréditaire*, Paris 1898.

David. *Th. de Lille*, 1903.

Gee (S.). Augmentation de la rate dans la syphilis héréditaire, *Soc. roy. med.*, Londres 1867.

Macé. La rate du nouveau-né, *Th. de Paris*, 1897.

Meyer. Die Perisplenitis als prakt. brauchbares Symptom der Kongen Lues, *Berl. klin. Woch.*, 1921, p. 1157.

Péhu. La mégalosplénie de la syphilis héréditaire du nourrisson, *La Médecine*, août 1923.

Rendu. Syphilis infantile. Gommes de la rate et du poumon, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fév. 1870.

Rist et Salomon. Syphilis héréditaire à localisation hépato-splénique, *Revue des mal. de l'enf.*, sept. 1903.

Virchow. Ueber die natur der constitutionnell syphilitischen affectionen, *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, t. XV, p. 262.

2. **Syphilis acquise de la rate.** — Dentillac. La splénomégalie dans les différentes périodes de la syphilis acquise, *Th. de Paris*, 1902.

Furno. Sulla sifilide della milza, *Policlinico*, Roma, 1er mars 1922.

Gennes (R. de). Syphilis acquise de la rate, *Th. de Paris*, 1920-21.

Gubler. *Influence de la syphilis sur la rate*, Paris 1852.

Quinquaud et Nicolle. Etude clinique sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis acquise, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1892.

Robert. Syphilis de la rate, *Th. de Paris*, 1905.

Weil (P.-E.). La syphilis de la rate, *Paris méd.*, 1912.

a. *Syphilis primo-secondaire.* — De Beurmann et Delherm. *IVe Congrès de dermat.*, Paris 1900.

Queirolo. Il tumor d. milza nella sifil recente, *Salute ital. med.*, Genova 1885.

Sorrentino. La splenomeg. nella sifil acquisita, *Giorn. intern. de clin. med.*, Napoli 1903.

Soukernik. La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis, *Th. de Paris*, 1896.

Weil. Ueber das Vorkommen der Milztumors bei frischer Syph., *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Leipzig 1874.

b. *Syphilis tertiaire.* — François Dainville et R. de Gennes. Tumeurs syphilitiques de la rate, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1921.

Grenet et Peignaux. Sur un cas de syphilis de la rate, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 déc. 1923.

Guérin. Syphilis de la rate à forme splénomégalique, *Arch. prov. de méd.*, 1900, n° 2.

Jeanselme et Schulmann. Syphilis tertiaire à prédominance splénique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1914.

Rousseau. Syphilis tertiaire de la rate, *Th. de Paris*, 1924.

Symmers. A variety of syphil. splenomegaly, *Surg., gyn.. obst.*, Chicago 1919, t. XXVIII.

Thomas. Hypertrophie de la rate et du foie d'origine syphilitique, *Bull. de la Soc. de thérap.*, 1897.

Timbal. Syphilis tertiaire pluriviscérale. Prédominance splénique, *Paris méd.*, sept. 1922.

c. *Syndromes spléno-hépatiques.* — Caussade et Lévi-Fraenkel. Un cas de syphilis ayant évolué sous forme de syndrome de Banti, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1914.

Chiari. Ueber morbus Banti, *Prager med. Woch.*, juin 1902.

Marchand. Zur Kenntnis d. Sogen. Bantischen Kraukh., *Münch. med. Woch.*, 1903, p. 684.

Norris, Symmers et Shapiro. Bantis Disease, in *The Amer. Journ. of Med. Sc.*, déc. 1917, t. CLIV.

Schmidt. Ueber Bautische Kraukh. bei heredit. Lues, *Münch. med. Woch.*, mars 1911.

Neuberg. Ueber d. sogen. morbus Banti, *Zeit. f. klin. Med.*, 1912, p. 92.

Queyrat. Syndrome de Banti et syphilis, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 juillet 1914.

Caussade et Milhit. Cirrhose syphilitique métasplénomégalique et à forme hypersplénomégalique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, oct. 1905.

Grenier. Le foie syphilitique hypersplénomégalique, *Th. de Paris*, 1906.

Hayem. De l'ictère infectieux chronique splénomégalique, *Presse méd.*, mars 1898.

Ménétrier. Foie syphilitique. Gommes et cirrhose avec hypersplénomégalie, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1900.

Saint-Laurens. Syphilis hépato-splénique avec anémie chez l'adulte, *Th. de Paris*, 1924.

d. *Rate syphilitique et altérations sanguines.* — Labbé (M.) et A. Delille. Syphilis héréditaire précoce avec splénomégalie et réaction myéloïde du sang, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903.

Majerczak (Mlle). La lymphadénie chez les syphilitiques, *Th. de Paris*, 1902.

Mensi. Essence et nature de l'anémie pseudo-leucémique infantile, *La Pediatria*, Naples, juillet 1922.

Mosler. Syphilis et leucémie, *Klin. Woch.*, Berlin 1864.

Wenworth. Association of anemia with enlarg. of the spleen, *Boston med. and surg. Journ.*, oct. 1901.

L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE TUBERCULEUSE

Par M. M. BRELET,
Professeur de clinique à l'École de médecine de Nantes.

Dans un très important mémoire (1), le professeur Léon Bernard vient de faire une revision des idées jusqu'à ce jour classiques sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, il discute avec une méthode rigoureuse quelques-unes de ces idées et expose les résultats de son expérience personnelle.

Etudiant d'abord l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez l'enfant, le professeur Léon Bernard rappelle l'extrême fréquence de cette localisation aux autopsies d'enfants tuberculeux; les ganglions sont infiltrés, souvent transformés en masses caséeuses et, si l'on recherche la lésion pulmonaire, on la trouve toujours sous forme de nodule caséeux dans le territoire lobaire correspondant; cette concordance topographique est très remarquable, si bien que la tuberculose respiratoire de l'enfant est rigoureusement une lésion ganglio-pulmonaire. Mais, pendant la vie, le diagnostic des lésions ganglionnaires présente de graves difficultés. Parfois les symptômes généraux sont au premier plan; il s'agit d'enfants pâles, anémiques, amaigris, très

(1) Professeur Léon Bernard. *Gaz. méd. de Nantes*, 1923, nos 21 et 22, p. 401 et 425.

souvent d'enfants ayant pendant des semaines et des mois une ascension thermique quotidienne; d'autres petits malades n'ont pas de fébricule, mais sont sujets à des bronchites à répétition, ou à des crises paroxystiques de dyspnée; chez d'autres encore, le seul symptôme est la toux coqueluchoïde. En présence de tels malades, on fait trop facilement le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse; tous ces états pathologiques peuvent être liés à d'autres causes; les fébricules continues de l'enfance relèvent souvent de rhino-pharyngites, d'appendicite chronique, d'infections intestinales; le rachitisme, les anémies de l'enfance peuvent déterminer des altérations de l'état général; les infections bronchiques simples peuvent engendrer les mêmes symptômes thoraciques.

Pour ce qui est des signes stéthacoustiques, M. Léon Bernard a été surtout frappé de l'inconstance de chacun d'eux; il les a très rarement rencontrés en un syndrome complet, caractéristique; très souvent on trouve l'un ou l'autre de ces symptômes sans qu'aucun phénomène clinique attire l'attention vers une réaction pathologique des ganglions thoraciques, alors que chez d'autres sujets l'histoire clinique évoque l'existence d'adénopathies bronchiques, sans qu'on relève aucun signe stéthacoustique. Cela tient à ce que tous ces signes sont en vérité des signes d'emprunt; ils traduisent des modifications du parenchyme pulmonaire et non directement la lésion ganglionnaire.

Mais n'avons-nous pas la ressource de la radioscopie et de la radiographie? N'est-ce pas devant l'écran que nous serons fixés et pourrons dire avec certitude s'il y a ou s'il n'y a pas adénopathie trachéo-bronchique? Beaucoup de médecins l'ont cru et quelques-uns le croient encore. M. Léon Bernard n'a pas « des convictions aussi solides ». Il fait remarquer que, si l'aspect physiologique de l'espace clair médian observé en position oblique est aujourd'hui bien connu, et si les ombres qui s'y dessinent sont, de manière certaine, anormales, on ne saurait en dire autant de la projection radiologique des hiles pulmonaires; la projection normale de ces hiles étant très mal définie, les ombres qui les dessinent sur l'écran constituent « un nid d'erreurs ». Les travaux de Chaperon ont montré qu'à l'état normal la région hilaire est semée de taches, et même de taches très foncées simulant des calcifications, mais que ces taches représentent des vaisseaux pulmonaires. La même étude devrait être faite pour les arborisations péri-hilaires, dont l'interprétation est malaisée. Comme conclusion pratique M. Léon Bernard écrit : « une très grande prudence doit être mise dans la lecture des ombres hilaires et péri-hilaires; pour affirmer un état pathologique, il faut les trouver très nettement volumineuses et multipliées. »

Soit un diagnostic bien posé d'adénopathie trachéo-bronchique. Reste à en déterminer la nature? La clinique et la radioscopie ne peuvent dire si cette adénopathie est de nature tuberculeuse, c'est à la cuti-réaction que l'on doit demander ce témoignage. Sur 194 enfants, chez lesquels on pouvait penser à l'existence d'adénopathies trachéo-bronchiques, la cuti-réaction a été positive 130 fois et négative dans 64 cas. Voici donc de nombreux enfants que la cuti-réaction écarte du champ de la tuberculose, et l'on arrive ainsi à cette conclusion que des causes multiples peuvent provoquer en dehors de la tuberculose, des adénopathies trachéo-bronchiques chez l'enfant. Cette opinion de MM. Léon Bernard et Vitry a été confirmée par les professeurs Marfan et Nobécourt. Cette manière de voir doit pénétrer l'opinion médicale et mettre fin aux abus dans le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. M. Léon Bernard termine son étude de l'adénopathie infantile par les deux propositions suivantes : 1° ne porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique que d'après un ensemble de symptômes incontestables et n'interpréter qu'avec beaucoup de circonspection les images radiologiques; 2° ne penser à la nature tuberculeuse de ces affections que d'après les données des réactions tuberculiniques locales, notamment de la cuti-réaction.

Etudiant ensuite l'adénopathie trachéo-bronchique des tuberculeux adultes, M. Léon Bernard montre qu'elle n'occupe qu'une place à peu près nulle dans l'histoire anatomo-clinique de la tuberculose de l'adulte. Aux autopsies, les lésions des ganglions médiastinaux sont discrètes; on ne trouve jamais le gros ganglion entièrement caséeux tel qu'on le constate aux autopsies d'enfants.

Cette différence dans les réactions ganglionnaires chez l'enfant et chez l'adulte s'explique parce que les lésions pulmonaires de l'adulte sont dues à des surinfections bacillaires, ne provoquant que des répercussions ganglionnaires minimes; au contraire, la primo-infection de l'enfance s'accompagne de réactions ganglionnaires jouant sans doute un rôle très important dans l'immunisation de l'organisme.

Cette pauvreté des lésions ganglionnaires de l'adulte explique la nullité de leur rôle en clinique; elles ne participent en rien à la genèse des symptômes fonctionnels et généraux de la maladie. Quand on trouve à l'auscultation d'un adulte un souffle bronchique para-vertébral, ce souffle est en rapport avec des altérations du parenchyme pulmonaire. Quant aux signes radiologiques, les ombres hilaires et périhilaires se rencontrent chez la plupart des adultes d'apparence saine et il est très important de ne pas porter un diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse sur la foi de ces images radiologiques banales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1924)

Renouvellement du bureau. — M. Ch. Lallemand est élu vice-président de l'Académie pour l'année 1925. MM. P. Appell et L. Guignard sont réélus membres des commissions administratives.

Sur une nouvelle méthode de parthénogenèse expérimentale et son interprétation. — M. Albert Dalcq.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1924)

Vaccine. — M. L. Camus, au nom de la Commission permanente de vaccine, donne lecture du rapport annuel sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en France et en Algérie au cours de l'année 1923. Le service a fonctionné d'une façon plus satisfaisante que les années précédentes. Tous les départements ont envoyé leurs états relatifs aux

opérations vaccinales; presque partout le nombre des opérations est en voie d'accroissement bien que le chiffre des naissances soit, au contraire, nettement en diminution. Les listes communales relatives aux opérations vaccinales qui ont toujours, depuis le début de l'application de la loi du 15 février 1902, donné lieu à des réclamations à cause de leur multiplicité et de leur complexité, ont été réduites et simplifiées par l'administration centrale, conformément au désir de l'Académie. Une seule liste remplace les six listes antérieurement utilisées et cette liste unique se trouve elle-même très simplifiée. Les convocations des assujettis se font maintenant dans beaucoup de départements par des lettres individuelles, accompagnées d'un certificat que les assujettis peuvent retourner à la mairie après signature par leur médecin vaccinateur quand la vaccination a été pratiquée dans la famille. Le pourcentage des succès, d'après la statistique des bureaux municipaux d'hygiène, montre que le vaccin donne entière satisfaction. Les comptes rendus départementaux ne signalent que 16 cas de variole en 1923. Cette menace d'épidémie doit suffire cependant à retenir l'attention et à inciter les départements où la vaccination est insuffisamment pratiquée à améliorer ce service; elle doit aussi engager l'administration centrale à activer l'organisation des vaccinations dans les postes sanitaires frontière qui peut constituer une barrière très importante contre l'introduction des germes varioliques.

— Le rapport de M. Camus est mis aux voix et adopté.

La lutte contre le paludisme et l'organisaton sanitaire en Italie. — MM. Léon Bernard et Marchoux rapportent le résumé des observations qu'ils ont faites, au cours d'une mission en Italie de la Commission du paludisme de la Société des nations. La lutte contre le fléau séculaire de ce pays a été menée de concert entre les autorités sanitaires, le corps médical, les autres administrations publiques intéressées, les groupements agricoles, suivant les directives des savants spécialisés dans l'étude de la question. Les résultats, dus tant aux grands et aux petits travaux d'assainissement qu'au dépistage et au traitement des malades, à la distribution abondante de quinine, ont été remarquables puisque cinq provinces seulement étaient indemnes de paludisme en 1887, 17 le sont en 1923; la mortalité paludique dans le royaume, de 7 p. 1.000, en 1887, est tombée à 0.6 p. 1.000 en 1914. La mortalité générale est descendue de 28 à 16 p. 1.000 en 1923. Le chiffre de la population a triplé depuis 1887.

L'Italie n'a pu enregistrer un tel succès que grâce à deux facteurs : d'une part, la coopération de tous les moyens de lutte antipaludique sous une direction unique, celle de l'hygiène publique; d'autre part, la robuste organisation de celle-ci.

En effet, la Direction générale de la santé publique comprend un personnel nombreux, composé d'administrateurs et de techniciens, avec des cadres solides et permanents et des chefs stables et compétents; tout ce personnel relève de l'autorité de l'administration centrale; il est composé, outre celui qui est réparti dans les cinq sections de cette dernière, d'inspecteurs généraux répondant à toutes les spécialisations de l'hygiène, de médecins de circonscription, de médecins communaux et de délégués. L'ensemble des médecins dépendant de la Santé publique s'élève au nombre de 11.000 chargés de fonctions actives.

Bref, cette organisation, dotée d'un budget suffisant, pourvue d'un ample outillage technique, rappelle sensiblement celle que l'Académie a proposée aux décisions du gouvernement. Le projet adopté par nous est resté lettre morte. L'expérience de l'Italie montre assez cependant les avantages sanitaires qu'on en pourrait attendre pour la vitalité physique de la nation, si étroitement liée à sa prospérité économique, comme à sa puissance politique.

Influence de l'exercice sur le rétablissement des convalescents. — M. Boigey.

Comment apprécier la vitalité d'une commune. — M. René Martial apporte des statistiques d'où il résulte qu'il y aurait lieu de remplacer l'expression de mortalité d'une commune par celui de vitalité dans la loi de 1902 et du projet destiné à la remplacer. Celle-ci décide, en effet, que les communes où, pendant trois ans, la mortalité aura dépassé la moyenne de celle de toute la France, seront soumises à un régime sanitaire spécial. Or, la mortalité ne donne qu'un renseignement incomplet, car elle peut être normale, bien que la commune soit insalubre, car certaines maladies chroniques peuvent n'amener la mort qu'à longue échéance. Enfin, le chiffre de la population, qui sert de base aux statistiques et au pourcentage peut être constamment faussé, d'une part par la mortalité infantile, d'autre part par l'immigration d'éléments étrangers. M. Martial appuie sa démonstration de graphiques se rapportant à une commune suburbaine de Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 5 décembre 1924)

Variations de la glycorrhée dans les méningites microbiennes et dans les réactions méningées aseptiques. Leur signification diagnostique et pathogénique. — M. B.-J. Weissembach, à propos de la communication de M. G. Lemaire, faite le 21 novembre, rappelle en les complétant, les conclusions de ses recherches. La persistance du pouvoir réducteur dans un liquide céphalo-rachidien n'est pas un caractère de la stérilité de ce liquide. A l'inverse, la diminution ou la disparition du pouvoir réducteur n'est pas un caractère de la présence de germes pyogènes dans ce liquide. Dans les épanchements purulents septiques, le germe, si tant est qu'il contribue directement pour une part à la disparition du pouvoir réducteur, agit surtout en provoquant l'afflux leucocytaire, en général, plus massif que dans les épanchements puriformes aseptiques. Pour la détermination du caractère septique ou aseptique des réactions méningées, en général, l'examen bactériologique prime les examens physique, clinique et cytologique. Il est donc indispensable de la pratiquer dans chaque cas, en faisant appel à tous les procédés techniques, examen direct, cultures, inoculation et aussi de répéter ces examens au cours de l'évolution de la maladie. Pour la détermination du caractère septique ou aseptique des réactions méningées à liquide trouble, mais pour celles-ci seulement, à défaut des renseignements positifs fournis par l'examen bactériologique, le signe cytologique reste le seul signe permettant de distinguer les liquides septiques (altération des polynucléaires) des liquides aseptiques (intégrité des polynucléaires du professeur A. Widal).

Anurie mortelle par thromboses multiples des artères glomérulaires, peut-être sous l'influence d'une intoxication par le sublimé. — MM. P. Ménétrier et M. Derville rapportent l'observation d'un cas d'anurie ayant déterminé la mort d'une malade en l'espace de six jours et paraissant, d'après les renseignements commémoratifs, pouvoir être attribuée à une intoxication par le sublimé, la malade ayant quelques jours auparavant pratiqué des injections vaginales avec des paquets de sublimé. De fait, l'examen chimique des viscères a démontré la présence de mercure en quantité notable. plus particulièrement dans le foie. Mais les lésions anatomiques des deux reins se présentant sous la forme d'infarctus multiples en rapport avec le thrombose des artères sus-glomérulaires de la totalité de la substance corticale des deux reins paraissent des lésions inhabituelles dans ce genre d'intoxication. Néanmoins, et élimination faite de l'intervention possible d'une infection causale, les auteurs cherchent à expliquer l'hypothèse d'une intoxication mercurielle en admettant que cet agent toxique a primitivement déterminé la nécrose totale des épithéliums sécréteurs (ce qui d'ailleurs est son mode d'action habituel) mais que les accidents thrombosiques se sont produits secondairement sous l'influence d'une stase leucocytique, l'afflux des leucocytes étant localement provoqué par la nécrose des épithéliums, et le thrombose des artères glomérulaires et sus-glomérulaires en rapport avec le territoire nécrosé étant la conséquence de cette stase leucocytique.

Un nouveau cas de polynévrite consécutive à une injection de sérum antitétanique. — MM. Souques, Lafourcade

et TERRIS présentent un malade ayant reçu une injection préventive de sérum antitétanique. A la suite de cette injection apparaît une réaction sérique généralisée, au cours de laquelle le malade présente un état de parésie des membres supérieurs avec atrophie musculaire généralisée et atteinte, en particulier, du groupe des muscles de la ceinture scapulaire.

Les réflexes tendineux sont affaiblis aux membres supérieurs et inférieurs, pas de troubles de la sensibilité. Les auteurs se demandent s'il ne faut pas rattacher ces troubles de polynévrite à des accidents anaphylactiques, le malade, ayant reçu, huit années auparavant, une injection de sérum antitétanique.

Considérations sur les lois d'hérédité dans les affections à proportions mendeliennes. — M. René BÉNARD rapporte un certain nombre de faits qui lui permettent de compléter les lois de Mendel dans leurs rapports avec la pathologie ou la tératologie humaine. Ce sont, sous les noms de loi d'alternance et de loi d'aînesse, des dispositions qui semblent régler, au cours d'une même génération, l'apparition et le maintien de l'anomalie ou de la maladie familiale.

Présentation d'un brassard brachial compresseur en acier. — M. BOULANGER (présenté par M. Siredey).

Evolution bénigne, chez un sujet atteint de néphrite chronique, d'une scarlatine traitée par l'injection de sang de convalescent. — M. J. WEISSENBACH rapporte l'observation d'un garçon de quatorze ans, atteint de néphrite chronique avec hypertension, albuminurie et azotémie oscillant autour de 1 gramme d'urée par litre, qui contracta une scarlatine grave. Une injection de 25 centimètres cubes de sang total citraté provenant d'un convalescent (cinquième semaine) fut pratiquée aussitôt, soit le troisième jour du début de la maladie. En moins de vingt-quatre heures la température tombe de 40 à 37 degrés pour s'y maintenir, l'état général s'améliore, l'éruption s'atténue et la convalescence se poursuit sans complications. Le fonctionnement rénal reste pendant la durée de la maladie et la convalescence ce qu'il était auparavant et depuis, c'est-à-dire depuis six mois, s'est même amélioré légèrement, L'auteur discute le rôle de l'injection de sang sur l'atténuation de la scarlatine et la prévention des complications rénales. Il conclut que la préexistence de lésions rénales constitue une des indications principales du traitement de la scarlatine par les injections de sang ou de sérum de convalescent, et qu'il faut pratiquer celles-ci très précocement et à doses suffisantes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1924)

Duodéno-jéjunostomie. — M. LAUNAY communique l'observation d'un malade qui, pour des accidents pyloro-duodénaux, avait subi une gastro-entérostomie préliminaire. Il refusa une seconde intervention.

Trois ans après, des accidents d'obstruction apparurent et le 13 novembre 1920, M. Launay intervint de nouveau. Il trouva un duodénum extrêmement dilaté et noirâtre. Il pratiqua une jéjuno-duodénostomie. Guérison.

Infection post-abortum. — M. AUVRAY combat l'opinion de M. Alglave considérant le curettage comme inutile dans les cas d'infection post-partum.

Il apporte l'observation d'une malade qui lui est amenée en plein délire, avec une température de 40 degrés, le pouls petit et fréquent. Il songea d'abord à pratiquer une hystérectomie. Mais devant la gravité de son état et craignant qu'elle ne puisse supporter cette opération, il fit un curettage, enleva une quantité de débris septiques et fit suivre le curettage d'un dakinage presque permanent. Dès le lendemain, transformation complète, cessation du délire, des douleurs, la température tomba d'abord à 38, puis à 37 degrés. Guérison rapide et complète.

M. ALGLAVE croit que la malade de M. Auvray aurait guéri sans curettage. Il rappelle qu'il n'a perdu que deux malades sur trois cents traitées par l'abstention. Il est donc en droit d'en conclure que l'abstention est le meilleur traitement de l'infection post-partum.

M. DUJARIER est de l'avis de M. Auvray. Il considère le curettage comme indispensable quand il y a des matières septiques retenues dans la cavité utérine.

M. TUFFIER estime, comme J.-L. Faure, comme Dujarier, que le curettage est formellement indiqué quand il y a rétention des matières septiques dans la cavité utérine. Il va plus loin et pense que l'hystérectomie vaginale seule, dans certains cas, peut sauver les malades. Il a pratiqué sept fois cette opération dans des cas d'infection post-partum, il a eu quatre guérisons et trois morts.

Le difficile, ajoute M. Tuffier, est de savoir à quel moment on doit intervenir, soit pour le curettage, soit pour l'hystérectomie. Il est un point sur lequel M. Tuffier se trouve d'accord avec M. Alglave, c'est qu'en principe on pratique trop souvent le curettage. Question d'espèces. Il y a des cas où, bien certainement, certaines de ces malades peuvent guérir spontanément.

M. J.-L. FAURE ne peut que répéter que ce qu'il a déjà dit ; dans les cas de rétention de débris placentaires infectés, le curettage s'impose. D'accord avec M. Tuffier il reconnaît qu'il est parfois difficile de saisir une indication précise du moment où il faut intervenir.

M. GERNEZ estime qu'étant donnée l'importance de cette discussion il serait à désirer qu'on apportât des observations plus précises, plus complètes. Ce n'est pas seulement avec l'examen du pouls et de la température qu'on arrivera à poser des indications formelles. Il faudrait, dans les observations, connaître le résultat d'examens bactériologiques complets et répétés, afin qu'on puisse comparer entre eux les différents cas qui peuvent se présenter.

M. CHIFFOLIAU est partisan du curettage aussitôt qu'apparaissent des signes d'infection intra-utérine, signes assez faciles à reconnaître : Mauvaise odeur des lochies, élévation de la température, frissons, etc. Donc en cas de rétention de débris placentaires, il ne faut pas hésiter à faire un curettage et, s'il échoue, à recourir à l'hystérectomie.

M. Chiffoliau partage l'avis de M. Auvray sur les bons résultats que donne le Dakin après le curettage.

— La discussion se poursuit entre MM. Tuffier, J.-L. Faure, Alglave et Auvray, chacun restant sur ses positions.

La vaccinothérapie dans l'ostéomyélite. — M. BRÉCHOT fait un rapport sur une observation adressée par M. Charrier (de Bordeaux). Il s'agit de deux cas d'ostéo-myélite. l'un chez un garçon de vingt ans, l'autre chez un jeune homme de vingt-huit ans, qui ont été guéris par la vaccinothérapie. Un signe qui permet de pronostiquer un bon résultat de la vaccination, c'est la cessation presque immédiate des douleurs, en même temps que la chute de la température.

Toutefois, M. Bréchot n'en conclut pas que la vaccinothérapie soit le traitement de choix de toutes les ostéo-myélites. Il en est qui restent tributaires du traitement chirurgical, soit seul, soit combiné à la vaccinothérapie.

Malformation de la tête radiale. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par M. Jean (de Toulon). Un marin présentait une pronation permanente bilatérale. On croyait à une synostose entre les deux os de l'avant-bras. Elle existait bien d'un côté, mais de l'autre côté la radiographie révèle une malformation telle de la tête radiale que tout mouvement de supination est impossible. Cette malformation est très rare.

Résection du nerf phrénique. — M. PROUST analyse un travail de MM. Maurer, Rolland et Valter sur les indications et la technique de la résection du nerf phrénique. Les indications semblent les mêmes que celles du pneumothorax, mais cette opération peut être pratiquée dans les cas ou la thoracotomie est rendue impossible par suite d'adhérences.

Les auteurs décrivent en détails la technique opératoire. En enroulant le bout libre autour d'une pince on fait des

excisions très étendues, Il faut avoir recours à l'anesthésie locale. Les résultats obtenus et constatés aux rayons X sont assez appréciables,

M. AUVRAY a pratiqué deux fois cette opération qui lui a paru simple et bénigne.

M. LARDENNOIS estime que la thoracoplastie donne de meilleurs résultats et réserverait la phrénicotomie pour les cas ou le pneumothorax est impossible.

M. TUFFIER a pratiqué aussi deux fois cette opération; mais selon lui, il faut toujours la faire concurremment avec la thoracotomie.

Encéphalocèle occipitale — M. VEAU analyse une observation adressée par MM. Combier et Murard (du Creusot). Il s'agit d'une encéphalocèle occipitale opérée vingt-quatre heures après la naissance. Guérison. M. Veau attend généralement trois mois avant d'opérer.

Ostéosynthèse. — M. Anselme SCHWARTZ est partisan, dans une certaine mesure, de l'ostéosynthèse. Mais il n'en dissimule pas les dangers et, selon lui, ces dangers doivent en restreindre beaucoup les indications. Il cite des cas de fractures spontanées consécutives résultant de l'altération du tissu osseux par les plaques.

Pour lui, c'est le résultat fonctionnel qui importe. Il peut être obtenu par d'autres moyens que l'ostéosynthèse. Il faut donc être très prudent dans les indications de l'ostéosynthèse.

Neurotomie rétro-gassérienne. — M. DE MARTEL présente trois malades chez lesquels il a pratiqué cette opération avec succès.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1924)

A propos des anesthésiques. — M. LAIGNEL-LAVASTINE montre la grande utilité des injections intraveineuses de mélange de barbiturates de diéthylamine dans les états d'agitation des psychopathes. Dans certains cas, cette même méthode peut permettre l'étude du subconscient dans la période de relâchement psychique qui suit le sommeil.

Syndrome d'asthénie surrénalienne. — M. LÉOPOLD-LÉVI apporte une observation de M. Sédillot : un cas d'asthénie neuro-psychique postémotive et postfébrile amélioré par le traitement surrénalien. Dans un nouveau cas personnel, M. Léopold-Lévi a noté la transformation de sa malade par des injections de cortico-surrénale. Elle a fait une deuxième grossesse très favorable, alors que la première s'était accompagnée de vomissements incoercibles.

A propos du pneumothorax opératoire. — M. PÉRAIRE ne le considère pas comme dangereux. Il n'a jamais eu d'accidents en le pratiquant. L'ourlage de la plèvre à la peau lui a toujours donné de bons résultats avec guérison sans fistule. Il préfère la position horizontale.

Cancers recto-sigmoïdes. — M. V. PAUCHET.

Cancer du côlon droit. — M. PAUCHET.

Névrite plantaire consécutive à une encéphalite myoclonique. — M. OZENNE apporte l'observation d'une femme de cinquante ans atteinte en janvier 1923 d'encéphalite myoclonique ayant laissé à sa suite de la polynévrite du membre inférieur. Traitements divers pendant une année. En juin 1924, M. Ozenne lui prescrivit sans succès des médicaments. Il lui fit alors localement une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Guérison complète dès la neuvième piqûre.

Syphilis frustes. — M. GALLIOT décrit la syphilis fruste affection évoluant avec le minimum de symptômes malgré un traitement nul ou insuffisant. Elle paraît se rencontrer surtout chez les femmes et se traduit par des troubles de gestation. Malgré cette forme fruste, il faut appliquer le traitement énergique et prolongé.

Climats marins. — M. F. REGNAULT, rappelant ce que dit Léon Bernard, à savoir qu'alors que les climats côtiers sont souvent à éviter pour les phtisiques, les voyages en pleine mer leur conviennent parfaitement, estime que l'idéal pour la cure serait un ponton solidement amarré en pleine mer : cet idéal est réalisé par les îles qui participent d'autant plus du climat marin qu'elles sont plus éloignées de la côte et plus petites.

Tuberculose fistulisée du tarse. — M. GRIMBERG.

Jeûne thérapeutique. — M. NATIER.

Un nouvel acidimètre clinique. — MM. LÉVY-DARRAS, M.-P. WEIL et GILLAUMIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1924)

M. LE FILLIATRE présente à la Société deux observations l'une de **grossesse tubaire rompue et d'appendicite chronique,** l'autre **d'épiploïte consécutive à une hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite.**

M. BARLERIN montre **l'utilité des prompts secours médicaux organisés dans les salles de spectacles de Paris** et proteste contre tout projet de suppression ou de modification de ce service qui priverait le public et les travailleurs du spectacle, des soins immédiats en cas de malaise ou d'accidents. Un vœu dans ce sens a été adopté par la Société et transmis au Préfet de police.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

HERNIE. PRÉDISPOSITION. APPLICATION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898

Aux termes de la jurisprudence, il suffit, pour que la loi du 9 avril 1898 soit applicable dans le cas d'une hernie, que le travail en ait été *l'occasion* : une prédisposition à la hernie ne saurait justifier le refus de l'indemnité. La Cour d'appel de Besançon vient de faire à nouveau l'application de cette jurisprudence dans un arrêt du 15 octobre 1924.

Dans l'espèce envisagée, on ne contestait ni la réalité de l'accident, ni qu'il soit survenu au cours du travail. Il était constant que, le 13 avril 1923, pendant qu'il manipulait des cuirs dans une tannerie et déplaçait en compagnie d'un de ses camarades une pièce de cuir de 70 kilogrammes, D... s'était écrié : « Ouais, je me suis fait mal au ventre »; il put néanmoins continuer son travail et regagner son domicile; mais là, ayant constaté qu'il venait d'être atteint d'une hernie, il se soumit à l'examen d'un pharmacien qui lui appliqua un bandage.

« Considérant que se fondant sur le rapport du professeur X... les appelants soutiennent que D... était un hernieux né; qu'antérieurement il avait été atteint d'une hernie épigastrique n'ayant aucune relation avec le travail et d'une hernie inguinale droite, et que la nouvelle hernie constatée par l'expert le 1er novembre 1923, est une hernie de faiblesse n'ayant pas le caractère légal d'un accident du travail tombant sous l'application de la loi du 9 avril 1898, puisque d'après eux elle ne dérive pas directement d'un effort fait pendant le travail mais d'une prédisposition constitutionnelle;

Considérant qu'à bon droit les premiers juges ont décidé qu'il n'est pas nécessaire que le travail soit la cause unique et exclusive de la hernie pour que l'ouvrier puisse se prévaloir des dispositions de la loi susvisée; qu'il suffit que le *travail en ait été l'occasion*, qu'une prédisposition à la hernie, pas plus qu'une maladie ou infirmité préexistante, ne saurait justifier le refus de l'indemnité; que D... était guéri de la hernie inguinale droite dont il avait été précédemment atteint et qu'en fait, il y a eu en l'espèce une aggravation ou récidive d'une affection herniaire antérieure qui s'est manifestée au cours du travail ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

DOCTORAT EN MÉDECINE. — *Diplôme d'Etat.* — 116. ARNAUD. — Hygiène et prophylaxie des maladies des tribus nomades du Maroc.

27. ASSALI. — De l'arthrodèse de l'épaule dans le traitement de l'épaule ballante paralytique.

98. ATHANÉ. — Les maisons maternelles. Leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile.

33. AUBRY. — Les diaphysites chroniques. De la difficulté fréquente d'en diagnostiquer cliniquement la nature.

78. AUDUBERT. — Les pyométries dans les utérus doubles.

47. AUSTRY. — Le cloisonnement du vagin dans le traitement des prolapsus génitaux.

38. BARBIN. — Helminthes et anaphylaxie.

25. BARRET DE NAZARIS. — Contribution à l'étude des fractures et luxations simultanées de la clavicule.

44. BELGY. — La continence et l'obturabilité des anus artificiels. Le procédé de Lambret.

62. BELOT. — Les troubles respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique.

11. BERGOT. — Contribution à l'étude de la laryngite ulcéro-membraneuse fuso-spirillaire.

20. BLANCHEZ. — Traitement des syndromes parkinsonniens, en particulier par la radiothérapie.

41. BONNET. — Contribution à l'étude de quelques nouveaux anthelminthiques.

77. BONNETBLANC. — Sur quelques propagations des tumeurs de la vessie.

103. BORLIACHON. — Le vin en thérapeutique.

102. BOSC. — De la radiographie du fœtus pendant la gestation. Utilisation des résultats.

94. BOUISSET. — Le syndrome de Garnier et les exhibitionnistes.

88. BOULIN. — De la cancérisation de l'ulcère de l'estomac. Sa fréquence et sa prophylaxie.

1. BOUYGUES. — Contribution à l'étude comparative du chondriome des cellules animales et végétales.

19. BRIAND. — La rachi-anesthésie. Sa valeur clinique.

115. BRIED. — Contribution à l'étude des troubles psychonévropathiques laryngés.

89. BROQUÈRE. — Traitement postopératoire de l'abcès du cerveau.

70. BRUN. — Le diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire.

23. BUFFET. — Les troubles de l'humeur et du caractère et

les modifications de l'attention chez les parkinsonniens postencéphalitiques.

126. CAILLAULT. — Fonctionnement de la clinique obstétricale pendant l'année 1923.

93. CALLEN. — De la rareté des fibromes purs de l'utérus après la ménopause.

108. CARITE. — Les arsénobenzènes en injections sous-cutanées dans le traitement du tabes.

31. CARLIER. — Traitement du cancer primitif de la paroi postérieure du vagin.

63. CASSAIGNE. — Hématomes du scrotum consécutifs à des interventions chirurgicales sur la région inguino-scrotale.

16. CHAPUIS. — Contribution à l'étude de la radiumthérapie pré-opératoire dans l'épithélioma du col.

84. CHASSAIGNE. — Contribution à l'étude des déchirures complètes du périnée et de leur traitement.

76. CHAVANNAZ. — Cent quarante observations de curiethérapie par les voies naturelles pour épithélioma du col de l'utérus.

58. CHEVAIS. — Contribution à l'étude de la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

9. CONDÉ. — A propos de deux cas récents de rupture traumatique de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement.

15. CUDENET. — De l'asepsie du conduit vulvo-vaginal par l'essence pure de goménol.

49. DARRIEUX-JUSON. — De la mortinatalité et de la mortalité fœtale consécutive à l'accouchement à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

12. DEGOUL. — Contribution à l'étude de la dératisation des navires. Soufre, acide cyanhydrique, chloropicrine.

42. DELAGE. — Contribution à l'étude de lésions traumatiques non opératoires des voies biliaires.

61. DELPRAT. — La délinquance chez les tuberculeux.

14. DENEY. — Considérations générales sur l'hydarthrose chronique du genou.

104. DIGNE. — Fonctionnement de la clinique obstétricale pendant l'année 1922.

99. DORBES. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'hydronéphrose.

128. DOROLLE. — Le diagnostic médico-légal de la vie extra-utérine.

68. DUBREUILH (Mlle). — Indications et contre-indications de la radiothérapie des fibromes utérins.

74. DULUCQ. — La démence paralytique est-elle une vraie démence.

91. DUMAS. — Contribution à l'étude de la fonction glycolytique du poumon.

59. DUPAYA. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée associée à la méthode de Fochier.

97. ESPIEUX. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hallux valgus.

35. ETIENNE. — Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule et de son traitement.

86. FAGOUET. — Les accidents de la rachianesthésie.

100. FAYET DE LA TOUR (DU). — Le syndrome hémibradykinétique.

45. FRÉGUEL. — Guy-Crescent Fagon, premier médecin de Louis XIV.

67. GAIN. — Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite orbitaire.

56. GALIACY. — De l'action de la benzine, du thorium X et d'un sérum leucocytolytique sur les leucocytes et la fragilité leucocytaire.

53. GALLAND. — Indications du traitement chirurgical dans les formes ascitiques cloisonnées et fibro-caséeuses de la péritonite tuberculeuse.

69. GALLÉ. — Contribution à l'étude de l'idiotie amaurotique familiale.

50. GAUDARD. — De la dégénérescence cancéreuse des polypes fibreux de l'utérus.

4. GAYNO. — Recherche des causes de l'inefficacité de la quinine préventive à bord des navires fréquentant la côte occidentale d'Afrique.

101. GIBERT. — Du lupus pernis.

34. GILBERT. — Contribution à l'étude de la lithiase sous-maxillaire.

64. GILBERT DES AUBINEAUX (DE). — Des suites immédiates et éloignées de la thyrotomie.

130. GLEIZE. — Sur un cas de communication large inter-auriculaire associé à un rétrécissement mitral.

5. GODAL. — Diagnostic clinique de la paralysie agitante et du syndrome pseudo-parkinsonnien postencéphalitique.

26. GOINET. — Les suites immédiates et éloignées de la laryngectomie totale pour cancer du larynx.

79. GOYAU. — Appendicite et grossesse extra-utérine.

82. GRENET. — Contribution à l'étude de la réaction du benjoin colloïdal dans la paralysie générale et dans quelques psychoses.

7. GUÉRIN. — Gymnastique respiratoire et myothérapie dans le traitement de l'obésité.

30. GUERMEUR. — Grossesse ectopique après le cinquième mois. Intervention immédiate, à terme, après le terme?

83. GUGENHEIM. — Grossesse et accouchement chez les femmes au-dessous de quinze ans. *(A suivre.)*

LIVRES NOUVEAUX

La Santé au foyer (1), par le professeur Marcel LABBÉ, avec la collaboration des professeurs V. Hutinel, P. Merklen, A. Richaud, des docteurs R. Debré, P. Desfosses, L. Devraigne, L. Dufestel, L. Kendirdjy, P. Le Gendre, C. Simon, A. Siredey, et de Mmes D. Ollivier et P. Goujon.

Voici un excellent livre que tous les médecins liront avec intérêt, bien qu'il s'agisse d'un livre de vulgarisation.

Rien n'est en effet plus difficile à écrire qu'un ouvrage de ce genre. M. Marcel Labbé, avec son clair esprit et son grand bon sens, a su éviter tous les écueils, et il offre aujourd'hui au public un véritable guide familial, sincère, précis, d'où il a volontairement exclu « toutes les notions de médecine que les gens du monde n'ont pas besoin de connaître ».

« Le rôle des pères et des mères, ajoute M. Labbé dans sa préface, est fait d'hygiène exclusivement, le diagnostic et la thérapeutique des maladies appartiennent au médecin de la famille. »

C'est donc un livre d'hygiène familiale, hygiène de l'habitation, du vêtement, de l'alimentation, que l'auteur a réalisé magnifiquement, donnant en outre les plus précieuses indications pour l'éducation physique et morale des enfants. C'est aussi le meilleur des guides qui permettra à la mère d'être l'auxiliaire du médecin de la famille au lieu d'être un embarras pour lui.

La liste des collaborateurs que M. Marcel Labbé a su grouper autour de lui pour mener à bien son ouvrage est la meilleure indication de sa grande valeur scientifique.

Edité avec un soin tout particulier par G. Doin, illustré de près de 300 figures, ce beau volume est appelé au plus brillant et au plus mérité des succès. F. L. S.

Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier (2), par MM. A. BRINDEAU, Ed. CHOMÉ, R. CLOGNE, G. DURANTE, G. ECALLE, C. JEANNIN, H. KIEFFER, V. LE LORIER, F. LEQUEUX, M. METZGER, L. NATTAN-LARRIER, R. VANDESCAL.

Il y a quelques années déjà, M. le professeur Bar, eut l'heureuse idée d'instituer des cours du soir à l'usage des praticiens à la clinique Tarnier. Il en confia la direction à M. Brindeau qui, s'entourant des collaborateurs les plus distingués fit un choix de questions d'ordre pratique et mit au point un certain nombre de questions d'actualité. Cet enseignement obtint le plus franc des succès.

Ce sont ces leçons que M. Brindeau présente aujourd'hui en un très beau volume. Nous sommes certains que le volume obtiendra auprès du public médical le même succès que les leçons du jeudi soir. L. G.

(1) Fort in-8. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin.
(2) Un grand vol. in-8°. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — MARDI 23 & JEUDI 25 DÉC. 1924. 97e ANNÉE. MARDI 23 & JEUDI 25 DÉC. 1924. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. — Nous avons donné, dans les nos 97 et 101, quelques-unes des mutations des médecins des hôpitaux. Voici le mouvement complet concernant les médecins, chirurgiens et accoucheurs :

Médecins : MM. Sainton passe de Tenon à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Menetrier, atteint par la limite d'âge; Lian passe de Bicêtre à Tenon; Paisseau prend le service de M. Sainton à Tenon; Monier-Vinard, titularisé, passe à Bicêtre; Armand-Delille passe de Debrousse à Hérold; Sézary, titularisé, passe à Debrousse; Laubry passe d'Ambroise-Paré à Broussais, en remplacement de Bergé, décédé; Herscher passe d'Andral à Ambroise-Paré; Israëls de Jong passe de Broca à Andral; Laederich passe de Sainte-Périne à Broca; Barré passe de Bicêtre à Sainte-Périne; Fiessinger, titularisé, passe à Bicêtre.

Chirurgiens. — MM. Chifoliau passe de la Maison de santé à Saint-Louis; Cauchois, titularisé, passe à la Maison de santé; Bréchot, titularisé, remplace Paul Hallopeau, décédé, à Trousseau.

Accoucheurs. — MM. Rudaux passe de Saint-Antoine à la Maternité; Lévy-Solal passe de la Charité à Saint-Antoine; Levent, titularisé, passe à la Charité.

— Concours pour l'internat en médecine de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye, Hôpital marin de San Salvadour, qui pourront être vacantes le 1er mars 1925 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'asile pour enfants de la ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 4° à l'Hôpital marin de San Salvadour (Var).

Ce concours sera ouvert le lundi 26 janvier 1925, à 9 h., dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de santé), à partir du lundi 5 janvier jusqu'au mercredi 14 janvier, de 14 à 17 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière assemblée, le Conseil de la Faculté a voté le vœu suivant :

« Le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, connaissant le projet soumis aux délibérations du Parlement, de créer par voie d'inscription au budget, une chaire de puériculture, à la Faculté, estime de son devoir de signaler à MM. les membres du Parlement et au gouvernement l'inutilité de cette nouvelle chaire qui ferait double emploi avec celle d'hygiène et clinique de la première enfance, créée en date du 20 octobre 1914 par les pouvoirs publics à l'effet d'enseigner la puériculture ; il ajoute que cette science est encore enseignée, pour les matières correspondantes, par les trois chaires d'obstétrique, par celle des maladies des enfants, par celle d'hygiène et par l'école de puériculture de la Faculté.

A l'heure où l'Université s'efforce de réaliser les économies nécessitées par les intérêts généraux du pays et réclamées par les pouvoirs publics, le Conseil de la Faculté proteste contre la dépense sans objet actuellement envisagée. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique médicale (M. le professeur Bard) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jean Barbier.

Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie s'est terminé par la nomination de M. le docteur René Gaillard.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Pouy.

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Cadiot et Sacquépée.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Les médailles suivantes sont décernées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médaille d'or. — MM. les professeurs Arnozan, Bégouin, Lethes, Moussous et Sigalas (de Bordeaux); les docteurs Ed. Cadénaule et Rocas (de Bordeaux).

Médaille d'argent. — MM. le professeur Abadie, le professeur agrégé Micheleau et le docteur Cabannes (de Bordeaux).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Le bureau pour 1925 vient d'être ainsi constitué : président, M. J.-L. Faure; vice-président, M. Auvray; secrétaire général, M. Lenormant; secrétaires annuels : MM. Robert Proust et Mouchet.

REMISE DE LA GRAND'CROIX DE LA LÉGION D'HONNEUR A M. LE PROFESSEUR BERGONIÉ. — La semaine dernière, au Centre régional anticancéreux de Bordeaux, le maréchal Pétain, délégué par le grand chancelier de la Légion d'honneur, a procédé à la remise solennelle du grand cordon de la Légion d'honneur à M. le professeur Bergonié. Dans une allocution très émouvante, l'illustre soldat a dit combien il était honoré d'être chargé de remettre la plus haute des distinctions au grand martyr de la science qu'est le professeur Bergonié. Son sacrifice ne le cède en rien aux plus beaux actes de courage militaire et les dépasse même. Un tel homme honore la France et l'humanité tout entière.

Après une réponse très brève et trop modeste de l'illustre maître de Bordeaux, des discours furent prononcés par MM. Strauss, Fernand Widal, au nom de l'Académie des sciences; Gley, au nom du Collège de France; Regaud, au nom de l'Institut Pierre Curie; les professeurs Bérard, Roussy, Proust et Sigalas.

M. Philippart, maire de Bordeaux, ferma la série des dissours, qui se terminèrent par une longue ovation au professeur Bergonié.

HOMMAGE A M. STRAUSS. — Samedi, à l'Institut Pasteur, M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a remis à M. Paul Strauss, au nom de ses amis, une plaquette du docteur Paulin représentant les traits de l'ancien ministre de l'Hygiène et portant au revers la devise suivante : *Civium conditionis, non suae, anxius.*

Cérémonie d'une simplicité émouvante qui réunissait une assemblée considérable.

LE SANATORIUM DES PUPILLES DE LA NATION. — La Fédération des pupilles de l'Ecole publique, orphelins et victimes de la guerre, présidée par M. Léon Bourgeois, annonce l'ouverture de l'établissement d'héliothérapie en haute altitude (1.800 mètres) qu'elle a fait construire à Odeillo (Pyrénées-Orientales) pour le traitement des tuberculoses dites chirurgicales. Cette création comble, en France, une lacune car si, depuis longtemps les bienfaits de l'héliothérapie ont fait leurs preuves, en différentes localités maritimes, la cure d'héliothérapie à l'altitude n'avait pu être appliquée chez nous faute d'un établissement approprié.

Aménagé avec tous les perfectionnements de la technique moderne, l'établissement d'Odeillo, avec son personnel médical et infirmier prêt à recevoir les malades, offre actuellement, pour la cure des localisations non pulmonaires de la tuberculose (adénites, ostéites, synovites, arthrites, ostéoarthrites, péritonites, affections génito-urinaires tuberculeuses) toutes les possibilités de traitement.

Construit et aménagé, grâce à un don primitif d'un million de Mme Ernesta Stern, à l'aide des subventions de l'Etat (Loi Honnorat), de l'Office National des pupilles de l'Ecole publique, l'établissement d'Odeillo reçoit des enfants des deux sexes, âgés de six à vingt et un ans.

Les pupilles de la Nation y sont admis par priorité; mais les enfants, proposés par d'autres collectivités ayant contracté un accord avec l'œuvre, peuvent également y trouver place.

Nous avions le devoir de signaler cette initiative qui permettra de guérir tant d'enfants, et avant tout ceux des braves qui se sont sacrifiés pour que la France vive, et dont la sauvegarde est pour la Patrie un devoir sacré.

Le grand exemple qu'a voulu donner l'Ecole publique, avec l'autorité qui lui appartient, mérite d'être applaudi et encouragé par tous, car l'établissement d'Odeillo est appelé à rendre les services que tant de médecins souhaitaient pour la cure sanatoriale des tuberculoses justiciables de l'héliothérapie.

La Commission médicale se compose de MM. les docteurs Léon Bernard, président; Armand-Delille, F. Besançon, G. Brouardel, Mouchet, Ombrédanne, J. Renault, Rist.

P. S. — Les demandes doivent être adressées soit à la Fédération des pupilles de l'Ecole publique : 41, rue Gay-Lussac. Paris (Ve), soit aux Offices départementaux des pupilles de la Nation et tous renseignements seront donnés par la Fédération des pupilles de l'École : 110, rue de Grenelle, escalier B, troisième étage, le *mercredi de 15 à 17 heures.*

Jean CAMUS

Bercez ma douleur; je vous en supplie,
Ne lui parlez pas.
SULLY-PRUDHOMME.

Il y a un mois le bruit se répandait, dans les milieux médicaux, que Jean Camus venait de tomber malade et que, d'emblée, son état donnait des inquiétudes. Nous en étions restés bouleversés. Dès lors, nous avons vécu dans l'anxiété. Hélas! les jours se sont succédé sans que se produisît l'amélioration tant escomptée. Bientôt, sont apparus ces symptômes sur la signification desquels il est difficile de se méprendre. En vain, la tendresse fraternelle de Pagniez a-t-elle voulu espérer contre toute espérance. En vain a-t-il mis, au service de son amitié, toutes les ressources de son esprit subtil. La mort était, depuis trop longtemps, en chemin...

Celui qu'elle frappe ainsi en pleine jeunesse, comment ne pas garder pieusement sa mémoire? Comment ne point dire à son admirable compagne, à ses frères les docteurs Lucien et Paul Camus, à ses enfants adorés, la part que nous prenons à leur immense peine? Nous l'avons toujours chéri, nous le pleurerons toujours. Nul plus que lui n'aimait à aimer. Que de douceur dans son regard, de charité dans ses propos, d'ingénieuse délicatesse et de discrète bonté dans ses moindres actions! Il était l'aménité même. Aux temps lointains où il concourait, ses rivaux voulaient être les premiers à le féliciter, quand il l'emportait sur eux, tant il avait le triomphe souriant et le succès aimable! Aucun d'eux qui ne soit resté son ami. Ses malades lui témoignaient une absolue confiance. N'excellait-il pas, chez eux, à soigner l'âme autant que le corps? Leurs souffrances n'étaient-elles pas les siennes? Quant à ses élèves, ils lui avaient voué un véritable culte. Ne leur ouvrait-il pas, toutes grandes, les portes de sa maison? N'unissait-il pas, à la science du physiologiste, toute la sagacité du clinicien? Ne payait-il pas d'exemple? Il n'était pas seulement le savant dont les travaux faisaient autorité et à qui, l'an dernier, l'Académie de médecine avait accordé ses suffrages. C'était aussi un caractère. La force morale ne lui a jamais manqué; ni jadis, alors qu'il n'était qu'un modeste étudiant et que, pour lui, l'avenir s'annonçait incertain, ni hier quand, avec les médecins accourus à son chevet, il discutait sur son cas, fixant, à quelques heures près, le temps qui lui restait à vivre...

Cette sérénité, il la devait à ses croyances. Heureux qui, comme lui, reste fidèle aux convictions de son enfance! Heureux celui pour qui le Dieu du berceau est aussi le Dieu de la tombe! Il voit sans crainte approcher sa dernière heure. Il va de l'ombre vers la lumière. Il aspire aux félicités promises aux élus. Il sait bien que, parmi ces Edens, ces jardins éternels dont parle Lamartine, il retrouvera dans la joie ceux qu'il a laissés dans les larmes, et qu'il ne les quittera plus.

L. BABONNEIX.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

SCARLATINE

The etiology of scarlet fever. A skin test for susceptibility to scarlet fever. (G. F. DICK et G. H. DICK. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 26 janv. 1924, n° 4, t. XXXII, p. 265 et 301, et 16 fév. 1924, n° 7, p. 644.) — Continuant leurs recherches sur la scarlatine les auteurs (qui avaient réussi à conférer la scarlatine avec un streptocoque hémolytique fermentant la mannite) ont tenté la même expérience avec un autre streptocoque isolé de la gorge d'un scarlatineux mais ne faisant pas fermenter la mannite.

Les deux individus inoculés eurent une scarlatine typique.

Evolution normale. Desquamation le vingtième jour, albuminurie dans un cas.

En utilisant un filtrat de culture de ce streptocoque, les auteurs provoquent une intradermo-réaction positive chez les sujets qui n'ont pas l'immunité à la scarlatine (analogue à la réaction de Schick) et négative chez les individus l'ayant eue.

Le mélange de toxine-sérum de convalescent ne donne aucune réaction; de même l'injection préalable de sérum de convalescent inhibe la réaction.

Dans le cours d'une scarlatine la réaction positive au début devient négative.

Inoculée par voie sous-cutanée à des individus n'ayant pas eu la scarlatine cette toxine provoque un éryihème scarlatineux avec fièvre, nausée, vomissements très peu de temps après l'inoculation. J. PARAF.

The prevention of scarlet fever. (G. F. DICK et G. H. DICK. *Journ. amer. med. Assoc.*, 12 juillet 1924, t. LXXXIII, n° 22, p. 84.) — Après un rappel de leurs précédents travaux, les auteurs sont arrivés à ce résultat que la scarlatine n'est pas due à un virus filtrant siégeant dans le sang (inoculation négative de sang d'homme à homme).

L'inoculation de filtrat de mucus pharyngé ne donne aussi aucun résultat.

La maladie est due à un streptocoque hémolytique dont la toxine se répand dans le sang et cause l'éruption. Dick a eu l'idée d'utiliser cette toxine pour une épreuve analogue à celle de Schick.

Elle est neutralisée par le sérum de convalescents et celui des chevaux immunisés avec cette toxine.

Elle peut servir également à obtenir une immunisation active chez l'homme. L'auteur pratique trois injections à intervalles de cinq jours (il n'injecte que les individus à épreuve cutanée négative).

Sur 125 individus vaccinés, la plupart nurses ou étudiants affectés au service de la scarlatine, ne l'ayant pas eue et ayant un Dick négatif, aucun ne contracta la maladie, tandis que, sur 22 non soumis à ces épreuves, 22 l'attrapèrent.

J. PARAF.

The Dick test on normal persons and on accute convalescent cases of scarlet fever. (A. ZINGHER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 9 août 1924, t. LXXXIII, n° 6, p. 432.) — L'auteur a fait une série de recherches confirmatives des travaux de Dick touchant l'étiologie de la scarlatine.

Comme cet auteur, il inocule 0,1 à 0,2 centimètre cube d'une dilution de toxine à 1 p. 1.000 (liquide de condensation des cultures sur gélose au sang de mouton) ou cultures bouillon sérum de cheval. (On fera toujours une injection de contrôle avec la même toxine chauffée à 100 degrés.)

La réaction se lit dans les douze heures. Positive au début de la scarlatine elle devient rapidement négative (septième au dixième jour). Sur 141 scarlatineux éprouvés au début, 141 réactions.

Sur 170 convalescents, 93 p. 100 résultats négatifs.

En règle générale, si la réaction se montre positive après le dixième jour on peut écarter le diagnostic de scarlatine. Si la réaction est négative au début, il ne s'agit sûrement pas de cette fièvre éruptive.

Au point de vue de l'âge, la réaction de Dick obéit généralement aux mêmes règles que la réaction de Schick à laquelle elle est parallèle.

Comme les Dick, A. Zingher a pratiqué l'immunisation active avec une toxine diluée ou formolée. Excellents résultats. J. PARAF.

Properties of purufied Dick scarlatinal toxin. (HUNTOON. *Proc. of the Soc. of exp. biol.*, 1924, vol. XXI, n° 8, p. 513.) — La meilleure toxine s'obtient par culture de sept jours sur bouillon additionné de sang de cheval.

Cependant il est bon d'éliminer les substances albuminoïdes non spécifiques en précipitant les globulines par le sulfate d'ammoniaque. Pour cela le bouillon sera additionné de 1 p. 100 d'acide acétique dissout dans de l'eau distillée légèrement alcaline, puis dialysé complètement jusqu'à absence de sel.

Cette dilution contient les deux tiers de la toxine du bouillon.

La toxine scarlatineuse est une substance albuminoïde détruite par la trypsine, inactivée par la chaleur (90 degrés), neutralisée par le sérum de convalescent mais non par le sérum normal ou de cheval. J. PARAF.

Specific strepcoccus agglutinins in concentrated scarlatinal serum. (R. D. HEROLD et Ruth TUNNCLIFF. *Journ. of inf. dis.*, mars 1924, t. XXXIV, p. 209.) — Les auteurs ont pu mettre en évidence dans le sérum de lapins traités par des injections de streptocoques hémolytiques d'origine scarlatineuse des agglutinines vis-à-vis des streptocoques souches provenant de scarlatineux et uniquement vis-à-vis de ces variétés.

Il existe également des agglutinines dans le sérum des scarlatineux, mais en quantité plus petite.

Aussi est-il nécessaire de concentrer le sérum (précipitation des globulines par le sulfate d'ammonium saturé et redissolution du précipité).

Alors que dans les onze jours de la maladie l'agglutination n'existe que dans 11 p. 100 des cas, la proposition atteint 92 p. 100 à partir du dix-huitième jour.

Les sérums provenant d'autres malades (diphtérie, rougeole, normaux) n'ont aucune action sur le streptocoque scarlatineux. J. PARAF.

The relation of the Dick test to scarlet fever. (C. F. BRANCH et F. Gil EDWARDS. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 2 avril 1924, t. XXXII, n° 16, p. 126.) — Les auteurs ont pratiqué sur un grand nombre d'individus le test de Dick (1 centimètre cube de filtrat de culture diluée à 1 p. 1.000).

Chez tous les convalescents, réaction toujours négative.

Au cours de la scarlatine la réaction d'abord positive devient négative.

Chez des enfauts âgés de deux à onze ans et n'ayant pas eu la scarlatine, 46 p. 100 de réactions positives.

Pas de parallélisme avec le Schick puisque les sujets convalescents à Dick négatif avaient un Schick positif.

J. PARAF.

The significance of stretococcus hemolyticus in scarlet fever. (A. R. Dochez et L. Schermann. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 16 fév. 1924, t. XXXII, n° 7, p. 543.) — Confirmant les expériences de Dick, les auteurs ont inoculé le strept scarlatinae aux animaux.

Ils ont pu ainsi reproduire l'érythème chez le chien, le porc et le cobaye.

Ils ont, en outre. préparé chez l'animal un sérum antitoxique.

Après six mois d'immunisation ils ont obtenu un sérum peu agglutinant mais produisant le phénomène d'extinction.

J. PARAF.

Sulla etiologia della scarlattina. (Caronia. *Rev. d. clin.*, fed. 1923, vol. XXI, p. 705.)

Aucora sulla etiologia della scarlattina. (Anato. *Rev. d. clin.*, fed. 1924, vol. XXII, p. 109.)

Caronia, réfutant les opinions d'Anato, maintient que dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'établir une relation entre les inclusions décrites par Döhle, Kretschner, Nicoll, Williams, Anato, etc., dans la scarlatine et les recherches actuelles qu'il a entreprises avec Cristina.

Anato réplique dans le numéro suivant en contestant la valeur de l'organisme décrit par Cristina et Carona et les assimile à deux germes isolés antérieurement et qui n'ont pas résisté aux attaques de la critique. J. PARAF.

Sulla presenza dell agente specifico della scarlattina nel liquide cefalorachidiano. (Catteriucia. *Pediatria*, 1924, vol. XXXII, p. 31.) — Catteriucia a pu retrouver le germe décrit par Caronia et Sindoni dans le liquide céphalo-rachidien de scarlatineux.

5 à 10 centimètres cubes de liquide furent centrifugés vingt minutes. Examen microscopique du culot. Le reste est émulsionné dans de l'eau physiologique (1/10) et placé à l'étuve pendant vingt-quatre heures. Coloration au Leishman, bleu de méthylène.

Dans quelques-unes de ces préparations l'auteur retrouva le microbe de Caronia surtout durant la phase aiguë de la maladie. Les cultures sur milieu de Tarzzi Noguchi donnèrent des cultures de cet organisme.

Injecté dans les veines de jeunes lapins ce microbe reproduisit tous les symptômes de la scarlatine, y compris la desquamation en larges plaques.

Pendant la phase aiguë de la maladie l'examen du sang montra de la polynucléose avec éosinophilie, et pendant la desquamation présence d'agglutinines et de sensibilisatrices vis-à-vis du germe isolé. J. PARAF.

Scarlatinal arthritis. (A. Joe. *Edimb. med. Journ.*, 1924, n° 3, vol. XXXI, p. 341.) — Ce travail est basé sur l'observation personnelle de 49 cas de rhumatisme scarlatineux et l'étude de 24.012 cas de scarlatine observés à l'hôpital d'Edimbourg de 1905 à 1921.

Sur les 49 arthropathies, 27,34 p. 100 siégeaient au poignet, 22,2 p. 100 aux articulations phalangiennes, 14,2 p. 100 au genou, 12,8 p. 100 au coude, 72 p. 100 à la hanche.

Dans 50 p. 100 des cas il y avait atteinte simultanée des petites articulations, doigts et poignet. Dans 11 p. 100 des cas l'arthrite se compliqua de myosite.

Sur l'ensemble des 24.012 cas observés, le rhumatisme survint dans 3,76 p. 100 des cas (2,71 garçons, 4,65 filles).

La grosse majorité des enfants atteints étaient âgés de cinq à quinze ans.

Le rhumatisme survient surtout vers le sixième jour de la fièvre.

Extrême rareté de l'endocardite observée seulement dans 61 cas, 2,87 p. 100 des cas d'arthrite.

Le rhumatisme est plus fréquent dans les formes graves compliquées (8,54 p. 100). Il semble que ce soit surtout en février et en août qu'on l'observe. J. PARAF.

Sopra un caso di pleurite purulente scarlattinosa. (Sindoni. *Pediatria*, 1924, vol. XXXII, p. 513.) — Sindoni rapporte un cas de scarlatine chez une fillette de quinze mois qui se compliqua de pleurésie purulente quelques jours après la disparition de l'éruption. L'examen bactériologique montra des diplocoques analogues à ceux décrits par Caroni et Sindoni comme agent de la scarlatine. Mort le douzième jour.

J. PARAF.

MÉLITTOCOCCIE

Diagnostic de la fièvre méditerranéenne par l'intradermoréaction de Burnet. (M. Appietro. *Th. de Montpellier*, 1924.) — L'auteur rapporte vingt-huit observations de fièvre de Malte dont le diagnostic confirmé par l'hémoculture dans la plupart des cas a pu être fait grâce à l'intradermo-réaction de Burnet. Cette épreuve paraît être le procédé de choix, le plus sûr et le plus pratique. Dans aucun cas où cette réaction a été négative ni l'hémoculture, ni l'agglutination se sont montrées positives. Chez 110 malades atteints d'affections variées (non mélitococciques) la réaction est restée toujours négative. J. PARAF.

DIPHTÉRIE

La vaccination antidiphtérique. (Jules Renault et P.-P. Lévy. *Ann. de méd.*, oct. 1924, t. XVI, n° 4, p. 261.) — Dans un intéressant mémoire des *Annales*, J. Renault et P.-P. Lévy qui ont déjà consacré de nombreuses recherches à la vaccination antidiphtérique reprennent l'étude de la question à la lumière de leurs recherches personnelles.

Depuis les premières recherches de Behring, en 1913, tous les auteurs allemands et américains avaient employé un vaccin formé d'un mélange de toxine et d'antitoxine, mais contenant toujours un excès de toxine (au moins 3 doses 4 —).

Cette préparation vaccinale qui nécessite un dosage long méticuleux et avec de nombreuses possibilités d'erreurs n'est pas sans danger et provoque le plus souvent des réactions un peu vives.

Aussi les auteurs ont-ils utilisé un vaccin hyperneutralisé avec un gros excès d'antitoxine (30 fois plus d'antitoxine).

L'injection de ce vaccin d'une préparation facile est complètement inoffensive et cependant efficace, toxine et antitoxine semblant dissociées dans l'organisme.

Les auteurs ont pu ainsi vacciner de nombreux enfants de l'école Lallier et d'autres établissements sans incidents et avec plein succès.

Ils purent vérifier que le Schick devenait négatif et chez 98 p. 100 des vaccinés que lors des épidémies survenant dans les mêmes milieux, les vaccinés étaient réfractaires à la maladie.

La découverte de l'anatoxine, par Ramon, a d'ailleurs simplifié encore la question. Il est hors de doute que, pour les vaccinations habituelles, c'est l'anatoxine (toxine formolée et chauffée) qui est préférable.

Mais les auteurs pensent que le vaccin hyperneutralisé est préférable en période épidémique où il faut agir vite et où on a intérêt à profiter de l'immunité immédiate mais passagère, due à l'antitoxine. De plus, comme ils l'ont montré, ce mélange paraît doué de quelques propriétés thérapeutiques pour le traitement de certaines paralysies diphtériques rebelles J. PARAF.

Microméthode rapide pour le diagnostic de la diphtérie. (Sarakomski. *Publications de l'Institut sérologique d'Etat*, Copenhague, 1924, n° 8.) — Milieu utilisé composé de :

Sérum de cheval	5 parties
Glucose	1 —
Tellurate de Nace 2 p. 100	1 —
Gélose fondue à 50 degrés	4 —

coulé en boîte de Petri.

Après ensemencement, au bout de quatre à six heures d'étuve, on a déjà des bacilles avec granulations de Neisser.

J. PARAF.

Some observations on the Schick test. (KER C. B. and We GARRETY J. *Lancet*, 1924, n° 1101, p. 4.) — Ker et Garrety, pendant dix-huit mois, ont pratiqué 2.176 réactions de Schick, à l'hôpital d'Edimbourg, sur un grand nombre de malades, toutes les infirmières et les étudiants.

Ils ont observé dans la scarlatine 62,1 p. 100 de réactions positives, chiffre à peu près analogue à celui obtenu dans le même hôpital quelques années auparavant par Leete et Ward.

Ce chiffre est très supérieur au 45 p. 100 obtenu par Zingher sur 1.200 scarlatineux de New-York et du chiffre de 47,4 p. 100 de Dickinson à Manchester.

Au cours de la rougeole, également gros chiffre de réactions positives 73,7 p. 100.

Enfin, dans 55 cas de diphtérie aiguë, 54 cas positifs.

J. PARAF.

Diphteria mortality in the large cities of the United States. (*Journ. amer. méd. Assoc.*, 20 sept. 1924, special article, vol. LXXXIII, n° 12, p. 918.) — Les tableaux montrent une large diminution de la mortalité par diphtérie dans ces dernières. C'est ainsi que, dans les états de la Nouvelle Angleterre, dans dix grandes villes, la mortalité (pour 100.000 habitants) moyenne a passé de 68.1 en 1890 à 37,2 en 1900 et 16 en 1921.

A Boston, la mortalité a baissé de 112,2 à 19,8, à la Nouvelle Orléans de 51.3 à 6,9 pour 100.000.

A San Francisco, de 82 à 23.

Les auteurs font remarquer que si importante qu'ait été la défervescence de la mortalité diphtérique elle n'est pas si importante que la baisse de la mortalité par typhoïde de 23,5 en 1910 à 9.

Ils espèrent qu'avec la vaccination la mortalité par diphtérie subira la même chute.

J. PARAF.

The titration of diphteria toxin and antitoxin by floculation methods. (GLENNY A. T. et OXELL. C. C. *Journ. of pothol. and bacteriol.*, 1924, vol. XXVII, n° 2, p. 187.) — Confirmation de la méthode de Ramon pour titrer la toxine et l'antitoxine diphtérique. Méthode rapide et économique. La pratique de cette méthode conduit à créer une nouvelle unité $Lf =$ quantité de toxine suffisante pour déterminer un floculat avec un antisérum et qui n'apparaît pas par d'autres méthodes.

Lf n'est pas influencée par les modificateurs physiques ou chimiques qui altèrent la toxine.

J. PARAF.

Spontaneous recovery of rablit from experimental rabies. (DAUNOY R. *Journ. of infet dis*, 1924, vol. XXXIV, n° 4, p. 425.) — Dans le cours d'une longue expérience, l'auteur n'a vu qu'une fois un lapin guérir de rage, après avoir présenté les symptômes habituels consécutifs à l'inoculation intracranienne du virus fixe. Cependant la salive de cet animal produit, par inoculation intracérébrale (seize jours après l'inoculation), une rage typique avec des corps de Negri. Après quarante jours la salive ne fut plus virulente.

Le sérum sanguin ne présentait aucune propriété antirabique quatre-vingt-dix jours après l'inoculation.

J. PARAF.

ROUGEOLE

La lutte contre la rougeole. Rôle des facteurs sociaux. (R. DEBRÉ et JOANNON. *Ann. de méd.*, oct. 1924, n° 4, p. 309.) — Dans un très intéressant mémoire, les auteurs ont repris l'étude de l'influence du milieu social sur la mortalité dans la rougeole sur lequel insistaient déjà les anciens pédiatres.

A la lumière de statistiques fort démonstratives, ils montrent l'influence du surpeuplement et du taudis. La mortalité est presque exactement proportionnelle à l'importance de l'agglomération.

Ce sont les enfants pauvres, les enfants des ouvriers mal logés qui paient une si lourde contribution à la mortalité de la rougeole. Un autre facteur important est l'âge des petits malades. C'est surtout entre zéro et trois ans que les enfants meurent.

Les auteurs concluent en indiquant une série de mesures destinées à combattre cette mortalité excessive et qui résultent du caractère de véritable maladie sociale que prend la rougeole.

J. PARAF.

Nouvelles recherches sur la prophylaxie de la rougeole. (Jean PARAF. *Ann. de méd.*, oct. 1924, XVI, n° 4, p. 333.) — Poursuivant ses recherches sur la sérothérapie préventive de la rougeole, Jean Paraf a employé systématiquement dans différentes collectivités enfantines les injections préventives de sérum et a fait ainsi disparaître totalement la rougeole qui y régnait endémiquement.

Lors d'une grave épidémie survenue, en 1922, dans les baraquements du boulevard Jourdan, épidémie grave à mortalité élevée. Alors qu'aucune autre mesure d'hygiène n'était possible vu l'aménagement des locaux, l'injection préventive de tous les enfants de moins de cinq ans fit cesser l'épidémie et tomber brusqnement la mortalité à 0.

L'auteur a pratiqué également quelques tentatives de vaccination active (sang de rougeoleux suivi, trois jours après, de l'injection de sérum de convalescents. Ces résultats encore trop peu nombreux, d'ailleurs, lui paraissent encourageants.

BOTULISME

Growth of clostridium botulinum in fermented vegetables. (F. M. BACHMANN. *Journ. of inf. dis.*, fév. 1924, n° 2, t. XXXIV, p. 129.) — L'auteur a pu cultiver le clostridium botulinum et faire produire de la toxine dans des haricots verts fermentés.

Aucun résultat avec des choux fermentés. J. PARAF.

The effect of digestive juices on the potency of botulism toxin. (J. J. BRONFRENBRENNER et M. J. SELBSINGER. *Journ. of exper. med.*, 4 avril 1924, t. XXXIX, p. 509.) — La toxine botulinique résiste à un degré d'acidité comparable à celui de l'estomac même lorsque cette action est prolongée vingt-quatre heures à 37 degrés.

Elle résiste moins aux alcalins.

Pas d'action de la trypsine et de la pepsine. J. PARAF.

The effect of anesthesia and of sedatives in experimental botulism. (J. J. BRONFRENBRENER et H. WEISS. *Journ. of. exp. med.*, avril 1924, n° 4, t. XXXIX, p. 517.) — Les cobayes qui reçoivent par la voie digestive des grandes quantités de toxine botulinique meurent assez rapidement. Si l'injection est intrapéritonéale, les accidents débutent dès la deuxième heure.

Si l'animal est anesthésié à l'éther les accidents débutent plus tardivement. La vie est prolongée d'un temps égal à celui de l'anesthésie.

L'action de l'éther se manifeste également quand l'animal présente quelques signes d'intoxication, mais à un stade avancé.

Il n'y a plus aucune influence.

A ce stade avancé le sérum antibotulinique est également sans action.

Mais si on combine à cette période anesthésie et sérum les résultats sont remarquables.

Le protoxyde d'azote, la morphine, la luminal donnent de bons résultats. J. PARAF.

FIÈVRE JAUNE

Experimental studies on yelow fever in northern Brazil. (NOGUCHI, MULLER, etc. *The journ. of amer. med. assoc.*, sept. 1924, n° 11-13, vol. LXXXIII, p. 820.) — Etudiant dans le nord du Brésil la fièvre jaune, Noguchi et ses collaborateurs ont pu isoler deux races de « Leptospira ictéroïdes », faiblement virulentes pour le cobaye mais susceptibles d'acquérir une virulence par passages successifs. L'infection expérimentale se manifestait par de l'ictère, des hémorragies gastro-intestinales et pulmonaires, de la néphrite, de la dégénérescence du foie.

Deux singes (Cebus macrocephalus) inoculés furent atteints de maladie typique : l'un guérit après traitement par sérum de cheval immunisé. Le jeune chien est également très sensible au virus brésilien.

Cette variété de leptospira est filtrable sur bougie Berkfeld.

Elle est agglutinée par le sérum de malades guéris.

J. PARAF.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

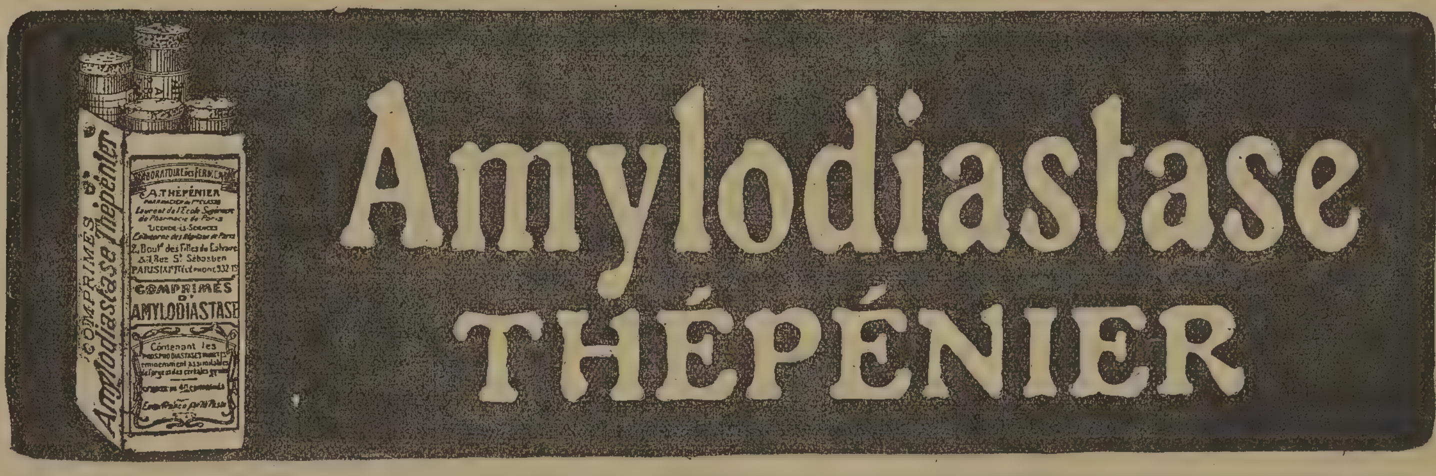
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

GONOCOQUE

The serum constituents usefull in the cultivation of the gonococcus. (C. E. JENKINS. *The journ. of pathol. and bacteriol.*, 1924, n° 2, vol. XXVII, p. 145.) — L'auteur confirme le fait que le sérum stérilisé par la chaleur est inutilisable pour la culture des gonocoques. Les substances spécifiques nécessaires à la croissance de ce germe sont détruites par la chaleur.

Après chauffage à 100 degrés il y a destruction complète. Cette destruction n'est que partielle après chauffage à 65 degrés pendant trente minutes. Aussi l'auteur recommande-t-il la stérilisation par agents chimiques, en particulier le chloroforme en présence d'acide chlorhydrique et neutralisation ultérieure. Le sérum humain ne paraît pas être de qualité supérieure au sérum de lapin.

N. B. — Il y a plus de cinq ans M. Nicolle et nous-mêmes avons montré les avantages du sérum ou de l'ascite formolée pour la culture de ces germes. J. PARAF.

VARICELLE

The prophylaxis varicella with convalescent serum. (A. A. WEICK. *Jour. amer. med. assoc.*, 19 avril 1924, n° 16, vol. LXXXII, p. 1245.) — Reprenant les travaux de Blackfan Peterson et Conroy (publiés dans l'*Ohio med. Journ.*, 19 fév. 1923), Weeck a traité neuf enfants exposés à la contagion varicelleuse par l'injection de 4 centimètres cubes de sérum de convalescents, huit restèrent indemnes. Chez le neuvième, attaque très légère après une incubation très prolongée (vingt-deux jours).

Le sérum avait été prélevé du dixième au vingt-deuxième jours de la maladie. J. PARAF.

Further observations on the phenomens encoutered in attempting to transmit varicella to rabbits. (T. M. RIVERS et W. S. TILLETT. *The journ. of experimen méd.*, 1924, n° 6, vol. XXXIX, p. 777.) — Les auteurs ont inoculé au lapin un virus provenant des bulles varicelleuses d'un malade.

L'injection intradermique de virus produit toujours une réaction locale qui atteint son maximum le cinquième jour. Ce virus passé à travers la bougie Berkfeld N. Il est très sensible à la chaleur étant détruit à 55 degrés en dix minutes.

Une immunité active suit l'injection intra-testiculaire de virus. Un animal ainsi inoculé est réfractaire dès le cinquième jour à une nouvelle inoculation. L'immunité est aussi acquise par injection intraveineuse, intradermique ou intranasale.

Toutes les souches de virus varicellique étudiées étaient identiques au point de vue immunité. Il n'existait aucune relation entre ce virus et celui de la vaccine ou de l'herpès.

Il ne fut pas possible de conférer une immunité passive par injection de sérum d'un lapin immunisé.

Un volontaire qui n'avait jamais eu la maladie fut inoculé et ne présenta qu'une légère réaction locale. J. PARAF.

Experimental human inoculation with filtered nasal secrétion from acute coryza. (R. C. ROBERTSON et R. L. CROVES. *The journ. of infect. diseases*, 1921, n° 4, vol. XXXIV, p. 400.) — La sécrétion nasale de 11 sujets atteints de coryza aigu non compliqué fut recueillie et après dilution et filtration à la bougie Berkfeld inoculée dans les narines de 100 sujets (étudiants ou employés de l'Université d'Illinois).

Dans 95 cas aucun résultat. Sur les 5 cas restants les auteurs signalent 1 bronchite, 1 coryza, 1 influenza et 2 laryngites.

Donc résultats négatifs de cette expérience.

J. PARAF.

ENCÉPHALITE

La contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonnienne. (Georges GUILLAIN, ALAJOUANINE et CELICE. *Presse méd.*, 1er octobre 1924, n° 79.) — Les faits de contagion de l'encéphalite épidémique sont rares. Ils concernent tous (Netter, P.-P. Lévy, Roger) des malades à la phase aiguë. Les auteurs rapportent un fait de contagion de la maladie à la phase parkinsonnienne. Un de ces malades contamina son voisin de lit paraplégique par poliomyélite.

Les auteurs concluent à la nécessité d'isoler les parkinsonniens dans les hôpitaux. J. PARAF.

Nouvelles observations sur la contagiosité de l'encéphalite léthargique. (Georg STEEFLER. *Wien. klin. Woch.*, 21 et 28 août 1924, t. XXXVII, nos 34 et 35.) — Voici les quatre faits observés par Steefler.

Un officier de cinquante ans commence une encéphalite avec troubles oculaires, algies, somnolence, le 20 janvier 1922. Au bout de quelques mois se développe un syndrome parkinsonnien. Son fils âgé de seize ans, qui avait une chambre à coucher commune avec lui, présente le 26 janvier, soit six jours après le père, des symptômes d'invasion analogues. Après disparition des phénomènes aigus, il persiste des troubles graves du caractère.

Un employé de quarante-six ans contracte une encéphalite à forme léthargique en février 1920; puis il présente un léger degré de parkinsonnisme. Le 26 décembre 1922, reviviscence de la maladie, avec fièvre, recrudescence de rigidité, diplopie, troubles de déglutition, salivation extrême, délire, et mort le 10 janvier 1923. Un pupille du malade, âgé de dix-huit ans l'entourait de soins, en particulier lors de sa dernière poussée; il lui donnait à manger, et il allait jusqu'à se servir de son propre mouchoir pour le moucher et pour essuyer la salive qui s'écoulait de ses lèvres. Il se servait ensuite de ce même mouchoir pour son usage personnel. Au milieu de janvier 1923, ce jeune homme tomba malade à son tour : il fit une forme oculo-léthargique, qui laissa au bout de trois semaines, comme seul symptôme permanent, un syndrome oculo-sympathique.

Un garçon de ferme de dix-huit ans présente, à la suite d'une encéphalite datant de février 1920, un syndrome parkinsonnien. Le père du malade raconte que deux autres enfants ont été malades à peu près au même moment et ont dû garder le lit. D'autre part, une jeune fille de vingt ans, qui habite la maison voisine, et que le garçon de ferme voyait souvent, a fait une encéphalite quelques semaines après le jeune homme, et elle présente actuellement un syndrome strié manifeste.

Un employé de trente-huit ans fait, en janvier 1921, une encéphalite léthargique suivie de parkinsonnisme. La fille unique, âgée de dix ans, a une gouvernante de trente-deux ans, qui commence également une encéphalite en mars suivant. La gouvernante présente ensuite un syndrome strié.

Actuellement, Steefler a 12 observations personnelles de contagiosité directe ou indirecte. Cela représente 4,2 p. 100 des cas d'encéphalite dont il a été témoin. L'auteur croit au rôle important des porteurs de germes sains et à la nécessité des mesures prophylactiques (isolement, désinfection de la cavité naso-pharyngée, précautions dans la manipulation du linge des encéphalitiques). J. PARAF.

Sur la présence du virus herpétique dans le sang des sujets atteints d'herpès pendant la période d'éruption et à l'état latent dans les intervalles. (P. BASTAI et A. BUSACCA [de Turin]. *Reforma medica*, 11 mars 1924, n° 11.) — Dans un précédent travail Bastai et Busacca ont montré que, chez des sujets atteints d'herpès fébrile ou de kératite herpétique, on pouvait déceler la présence du virus herpétique dans le liquide céphalo-rachidien, tant pendant l'éruption qu'au cours des périodes intermédiaires, d'où ils avaient tiré cette conclusion que l'infection herpétique est une infection généralisée avec phénomènes locaux secondaires. Restait à savoir si le virus herpétique pénètre également dans d'autres parties de l'organisme et notamment dans le sang. Or, les recherches instituées par les auteurs ont permis de constater le présence du virus herpétique non seulement dans le sérum sanguin de personnes présentant des manifestations d'herpès, mais encore dans les intervalles entre les poussées éruptives, c'est-à-dire à l'état latent. J. PARAF.

Experimentelle. Encephalitis studien. (Fritz SILBERSTEIN. *Wiener klin. Woch.*, 1924, nos 2, 16 et 18.) — Dans une série de très intéressantes recherches poursuivies à l'Institut de pathologie expérimentale de Vienne, l'auteur a étudié l'action de la bile sur le virus encéphalitique.

Dans un premier mémoire il démontra que tandis que le lapin et le singe étaient à des degrés divers très sensibles à l'inoculation intracérébrale de virus, il n'en était pas de même du chien qui se montrait absolument réfractaire.

Par contre, cette résistance ne persiste plus si on a pra-

tiqué aux animaux une fistule d'Eck, si l'on a pratiquement supprimé l'action du foie.

D'où encéphalite expérimentale du chien dont la symptomatologie est régulière et se rapproche plus de celle du lapin que du tableau clinique de la maladie humaine. Cette maladie se termine par la mort.

Dans un autre mémoire s'appuyant sur ces résultats, il a préparé un sérum en utilisant comme antigène un « virus bilié », cerveau virulent ayant eu un contact prolongé avec de la bile et débarrassé ensuite par centrifugation. Il obtient par injections intraveineuses à des moutons un sérum doué de propriétés bactéricides in vitro et préventives in vivo.

Il empêche chez le lapin et le chien l'apparition de la maladie après l'injection de virus actif pour les animaux témoins.

Chez l'homme (communication personnelle de l'auteur), le sérum aurait donné des résultats intéressants à la phase aiguë de la maladie.

N. B. — Nous avons utilisé avec notre maître Sicard les injections d'un sérum aimablement mis à notre disposition par M. Silberstein pour le traitement de parkinsonniens. Nous n'avons obtenu aucun résultat appréciable.

J. PARAF.

Séborrhée faciale comme séquelle post-encéphalitique isolée. (Georges STEEFLER. *Wiener klin. wochensch.*, 3 avril 1924, n° 14, t. XXXVII.) — L'hypersécrétion de sébum sur la face a été fréquemment signalée dans l'encéphalite. Mais généralement elle a été observée dans des syndromes striés, et on pourrait penser que le centre sympathique régulateur de la sécrétion sébacée se trouve dans la région striée.

L'observation de Steefler se distingue, au contraire, par l'absence de tout symptôme strié. C'est celle d'un serrurier de dix-neuf ans, qui fit, en mars 1922, une encéphalite typique, avec fièvre, céphalée, crises sudorales, diplopie, délire professionnel alternant avec de la somnolence. Le malade était complètement rétabli à la fin de juin, mais il commençait à remarquer que son visage prenait un aspect sale et gras, qu'il ne parvenait pas à nettoyer malgré les savonnages les plus minutieux. Plus d'un an après, la séborrhée est encore intense sur le front, sur le nez, sur le menton, avec de multiples comédons. Steefler pense que le centre sympathique de la sécrétion sébacée doit se trouver, comme la plupart des centres sécrétoires, dans le plancher ou dans les parois du troisième ventricule plutôt que dans la région striée.

J. PARAF.

Les troubles psychiques à évolution prolongée dans l'encéphalite épidémique (Gilbert ROBIN. *Journ. méd. franç* (Paris). mai 1924, n° 5, t. XIII.) — Le diagnostic de ces troubles est facile du fait de l'anamnèse et de la coexistence de reliquats organiques de l'encéphalite. Mais il peut ne persister aucun reliquat organique, surtout chez l'enfant, dont la guérison somatique est suivie fréquemment de troubles graves du caractère. M. H. Claude insiste toutefois sur la persistance habituelle de troubles de la convergence.

Chez l'adulte, en dehors de dépression qu'on observe notamment chez les sujets atteints de parkinsonisme post-encéphalitique, on rencontre souvent les deux états suivants :

1° Syndrome confusionnel. Dans les cas simples, il s'agit d'une psychose somnolente persistante (Lhermitte) : le sujet a un air endormi, avec asthénie psychique, fatigabilité, troubles de l'attention et ralentissement psychique, bradyphrénie de Naville. On note souvent le passage très rapide de l'état de dépression à la gaieté et à l'excitation (H. Claude).

A un degré de plus, c'est la confusion mentale confirmée. Ces états confusionnels peuvent s'améliorer et guérir, mais sont éminemment sujets à des rechutes, à intervalles plus ou moins éloignés, pouvant nécessiter l'internement. Le pronostic doit donc être réservé.

2° Syndrome hébéphréno-catatonique, rappelant la démence précoce, mais sans signes de discordance (Lhermitte) Les résultats de la ponction lombaire et la constatation de signes physiques ressortissant à l'encéphalite épidémique trancheront le diagnostic.

Chez l'enfant les troubles du caractère sont de règle : ils sont très polymorphes. Ces enfants sont à la fois des dormeurs et des indisciplinés; les fugues sont fréquentes. L'arriération pédagogique est la règle. Le pronostic est très réservé, bien qu'on puisse voir les troubles s'atténuer à la longue. La conservation de l'affectivité, l'absence d'affaiblissement démentiel, certaines améliorations constatées, partielles ou globales, sont cependant des facteurs atténuant la sévérité du pronostic.

J. PARAF.

PRATIQUE MÉDICALE

AU SUJET DE L'ADMINISTRATION PAR VOIE HYPODERMIQUE DES EXTRAITS D'OVAIRES DISSOCIÉS (1)

Par L. SCHIL.

On trouve dans la littérature de ces dernières années d'assez nombreux travaux ayant trait à l'action de l'opothérapie ovarienne dissociée par les extraits protéïdiques et lipoïdiques (agomensine et sistomensine) ; mais si l'on compulse les observations citées, on se rend compte que presque toutes ne font état que de leur administration par voie buccale. L'auteur ayant trouvé, à l'hôpital comme dans sa clientèle de ville, de fréquentes occasions d'administrer ces deux extraits par voie hypodermique, a noté, pour chacun d'eux, les résultats obtenus. Ses observations, étiologiquement et nosologiquement des plus complètes, apportent une fort intéressante contribution à la connaissance encore un peu sommaire de ces extraits administrés par voie parentérale. L. Schil, bien qu'il se défende, par scrupule scientifique, d'en tirer des conclusions et des affirmations absolues, y trouve matière à considérations et remarques qui valent d'être connues. Parmi celles-ci notons au passage la confirmation de ce fait déjà observé que, dans les insuffisances multiglandulaires, lors même que le symptôme ovarien est dominant, l'opothérapie ovarienne seule est généralement inefficace; il faut agir en même temps sur l'hypophyse, la thyroïde ou la surrénale. De même l'extrait lipoïdique sera-t-il inopérant dans les hémorragies non liées à une suractivité lutéinienne ou folliculaire. Mais ces cas particuliers mis à part, *exceptis, excipiendis*, l'action spécifique des extraits d'ovaires dissociés se retrouve dans l'injection avec les mêmes caractères que dans l'ingestion, c'est-à-dire activante et stimulante pour l'agomensine, frénatrice et régularisatrice pour la sistomensine, mais avec une intensité plus grande et surtout plus de rapidité; ce qui d'ailleurs n'a rien de surprenant car il n'apparaît guère douteux que, aussi bien la molécule protéidique que la molécule lipoïdique, subissent du fait de leur contact avec les sucs digestifs une dégradation partielle qui ne peut qu'amoindrir leurs propriétés spécifiques.

Dans la plupart des cas, d'ailleurs, le traitement ayant débuté par la forme injectable peut être continué par la forme ingérable, qu'il s'agisse d'aménorrhée rebelle indiquant l'usage de l'agomensine, ou au contraire de règles profuses indiquant la sistomensine; le fonctionnement ovarien, dans un cas comme dans l'autre, ayant reçu, par une période de trois mois en général d'injections de l'extrait indiqué, un amorçage ou un coup de frein que maintient ensuite le traitement buccal.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

PLAIES DES ARTÈRES (2)

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution normale d'une plaie artérielle aboutit, au prix de nombreux dangers (mort par hémorragie primitive ou secondaire, gangrène du membre), soit à la guérison avec oblitération du vaisseau, soit à la formation d'un anévrisme artériel.

a. **Complications immédiates.** — 1. MORT IMMÉDIATE OU

(1) *Progrès méd.*, 11 oct. 1924, n° 41.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 101, p. 1678.

très rapide si un gros tronc artériel est lésé dans une plaie béante.

2. Reprise de l'hémorragie. — Il est classique de distinguer les hémorragies primitives, primitives retardées (trois premiers jours), et secondaires. Les *hémorragies primitives et primitives retardées* sont des *hémorragies mécaniques* dues, les premières à la perte de substance de la paroi artérielle, les secondes au déplacement mécanique d'un caillot encore trop mou par un effort intempestif, par l'ablation d'un tamponnement.

Les *hémorragies secondaires* sont toujours engendrées par un *processus septique*, qui a arrêté ou détruit le travail d'hémostase définitive ; ceci à cause des diastases microbiennes amenant une destruction protéolytique du caillot obturant la plaie artérielle. Quant aux dyscrasies (albuminurie, alcoolisme, affections hépatiques), elles agissent surtout en diminuant la résistance de l'organisme à l'infection.

3° Gangrène du membre. — Elle peut résulter de la compression par un hématome volumineux, de la veine et des artères collatérales, par lesquelles la circulation ne peut se rétablir. Elle dépend le plus souvent d'une oblitération artérielle, dans certaines conditions : 1° siège de la lésion : points critiques (Delbet) carotides, fémorale commune, tronc tibiopéronier et partie inférieure de la poplité, axillaire dans la zone située au-dessous de l'origine de la scapulaire inférieure ; 2° divers facteurs encore mal déterminés : valeur des voies collatérales (athérome) troubles de l'innervation vaso-motrice, état du muscle cardiaque, importance de la perte sanguine, septicité du foyer de blessure.

b. **Complications tardives.** — I. Consécutives a l'oblitération artérielle. — 1° *Troubles trophiques*. — Ce groupe englobe une série de troubles moteurs, sensitifs, vaso-moteurs fort variables suivant les cas : les muscles s'atrophient, des œdèmes se constituent, la tension artérielle est nulle ou très faible, les téguments, violacés et luisants, peuvent s'ulcérer. Parfois des douleurs extrêmement vives réalisent le syndrome causalgique lié à une lésion du sympathique périartériel ;

2° *Petits troubles*. — Même en l'absence des troubles précédents, la guérison n'est souvent pas d'aussi bonne qualité qu'on pourrait le croire ; le membre n'est normal qu'au repos ; dès qu'un travail de quelque importance lui est imposé, apparaissent des troubles de la motilité (paresse musculaire, claudication intermittente), des douleurs, des œdèmes.

II. Consécutives a la constitution d'un hématome. — Si, dans quelques cas, l'hématome guérit spontanément, ne laissant à sa suite qu'une petite tumeur fibreuse, sans expansion, sans battements, sans souffle, il aboutit le plus souvent à la constitution d'un *anévrisme artériel*.

Celui-ci a en général une évolution régulièrement progressive : les signes fonctionnels, dus à l'action de l'anévrisme sur les organes voisins, s'accentuent peu à peu : douleurs, troubles de la sensibilité, paralysies, troubles trophiques, œdèmes, rendent le membre inutilisable et douloureux. Diverses complications viennent assombrir encore le pronostic :

1° *Rupture*. — A l'occasion d'un accident minime, l'anévrisme se rompt à l'extérieur, dans une séreuse, ou dans le tissu cellulaire : hémorragie externe, hémorragie interne, ou hématome diffus, graves aux points de vue fonctionnel et vital ;

2° *Inflammation* de la peau et du tissu cellulaire compromis dans leur vitalité par la compression exercée par l'anévrisme : phlegmon circonscrit ou diffus aboutissant souvent à une hémorragie externe formidable ;

3° *Embolies*. — Parties de la poche anévrismale, projetées dans le bout périphérique, et déterminant une gangrène généralement sèche.

FORMES CLINIQUES

Plaie des artères du cou (carotide primitive presque toujours). — Extrême gravité : importance de l'hémorragie, primitive ou secondaire ; graves accidents consécutifs à la ligature : immédiats : hémiplégie, coma, mort ; et tardifs : hémiplégie, diminution de l'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à l'amaurose, paralysie des muscles moteurs de l'œil.

Plaie de la sous-clavière. — Hémorragie très grave, ligature bien supportée.

Plaie de l'axillaire. — Ne serait suivie que rarement de gangrène, contrairement à l'opinion classique.

Plaie de l'humérale, des artères de l'avant-bras. — La ligature ne détermine jamais de troubles circulatoires.

Plaie de la fémorale. — La ligature, non exempte de dangers au niveau de la fémorale superficielle, est grave au niveau des vaisseaux fémoraux communs.

Plaie de la poplitée. — Souvent grave, surtout si la veine est liée en même temps que l'artère.

PRONOSTIC

Dépend de facteurs complexes : importance du vaisseau lésé, abondance de l'hémorragie, septicité du foyer de blessure, valeur de la circulation collatérale.

DIAGNOSTIC

1° Très facile quand le sang coule librement à l'extérieur :

Hémorragie veineuse. — Le sang s'écoule en bavant, de façon continue ; la compression au-dessus de la blessure augmente l'hémorragie, tandis que la compression périphérique l'arrête, le sang est noirâtre et non rutilant ;

2° Quand la plaie est irrégulière, que le sang ne s'écoule qu'en bavant, le diagnostic peut être délicat. Il en est de même si l'hémorragie externe est minime : quand une plaie siège sur le trajet d'un gros vaisseau, et qu'on est amené à la croire profonde, il est indiqué d'intervenir (possibilité de plaie artérielle sèche) ;

3° Quand le sang s'écoule dans une séreuse, les signes sont de deux ordres : signes généraux d'hémorragie interne ; signes locaux : hémothorax par exemple ;

4° Un hématome ne prête guère à discussion qu'avec un anévrisme artério-veineux : souffle continu à renforcement systolique.

TRAITEMENT

1° **Parer aux accidents d'olighémie.** — Injection de sérum artificiel : sous-cutané ; intraveineux. Transfusion sanguine ;

2° **Arrêter l'hémorragie.**

1. Compression. — *Indirecte médiate* (Garrot ; bande élastique ; pelote fixée par un lien circulaire) : procédés très efficaces, mais qui doivent toujours être provisoires, non pas définitifs.

Directe immédiate. : se fait en tassant dans la plaie de la gaze, stérile : moyen simple et puissant, mais sous la réserve d'une stricte asepsie.

2. Forcipressure. — Procédé couramment employé comme moyen d'hémostase provisoire ; dans quelques cas exceptionnels (hystérectomie vaginale), comme moyen d'hémostase définitive : pinces à demeure.

3. Ligature. — Vrai moyen d'hémostase chirurgicale. Condition essentielle : l'asepsie.

4. Torsion. — Bon moyen d'hémostase ; n'est guère employé que pour les petites artères qu'on ne juge pas dignes d'une ligature.

3° **Conserver au vaisseau sa perméabilité.**

Suture. — Ne doit être discutée qu'à propos d'une artère de gros volume, dont la ligature présente un réel danger. N'est applicable que si l'on est certain d'une asepsie absolue (plaie chirurgicale ; rarement plaie accidentelle) : danger de thrombose oblitérant l'artère et exposant à des embolies. Est toujours une opération délicate, qui exige un entraînement préalable.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : M. Jaur (François), Mlle Coulange (Marie), MM. Sesquès (Georges), Chosson (Antoine), Zucolli (Georges), Darcourt (Georges), Brugeas (Fernand), Imbert (Raymond), Giraud (Jules), Bonnal (Robert), Acquaviva (Raymond), Pourtal (Joseph).

Internes provisoires : MM. Assada (Marc), Poursines (Yves), Salmon (Michel), Blanc (Georges), Donati (Charles), Brahic (Jean).

Concours de l'externat. — Sont nommés :

MM. Blanchard (Xavier), Montus (Georges), Empereire (Roger), Mlles Gayraud (Louise), Rivière (S.), MM. Nguyen van Tau, Mathieu (Maxime), Mlle Vanoni (P.), MM. Plasse (Georges), Dor (Jacques), Sanguy (Charles), Pelloux (Jean), Albenois (Roger), Ollivier (Léon), Jullien (Paul), Soumeire (Henri).

HOPITAL ROTHSCHILD. — Un concours pour deux places d'interne à l'hôpital Rothschild, 15, rue Santerre, aura lieu le mercredi 21 janvier 1925.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine justifiant de 14 inscriptions au moins.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital, où il leur sera remis un exemplaire du règlement, jusqu'au 17 janvier inclusivement, le matin de 8 h. à 12 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1923-1925, des enseignements ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent :

MM. Rouvière et Hovelacque (anatomie, 1er sem.), Blanchetière (chimie médicale, 1er sem.), Champy (embryologie, 1er sem.), Duvoir (médecine légale, 1er sem.), Lévy-Solal (obstétrique, 2e sem.), Vandescal (obstétrique, 1er sem.), Joyeux (parasitologie, 2e sem.), Garnier (pathologie expérimentale et comparée, 2e sem.), Ribierre et Clerc (pathologie médicale, 1er sem.), Baudouin (pathologie médicale, 2e sem.), Mathieu et Mondor (pathologie chirurgicale, 1er sem.), Cadenat (pathologie chirurgicale. 2e sem.), Busquet (pharmacologie, 2e sem.), Richet fils (physiologie, 2e sem.), Harvier (thérapeutique, 2e sem.), Verne (histologie, 2e sem.), Le Lorier (enseignement théorique aux élèves sages-femmes, 1er et 2e sem.).

M. Mathieu, agrégé, est chargé, provisoirement, du cours de clinique chirurgicale infantile.

M. Velter, agrégé, est chargé, provisoirement, du cours de clinique ophtalmologique.

M. Moure, agrégé, est chargé, provisoirement, du cours de pathologie chirurgicale (semestre d'hiver).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chefs de travaux :

MM. les docteurs Lomon (physique), Neveu-Lomaire (parasitologie et histoire naturelle), Roussy, agrégé libre (anatomie pathologique), Dervieux (médecine légale), Garrelon (physiologie, chef adjoint).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chef de travaux, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Henri Labbé (chimie), Branes (histologie), Philibert (bactériologie), Debré (hygiène), Binet (pathologie expérimentale), Tiffeneau (pharmacologie), Mulon (histologie, chef adjoint).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Strohl, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé, à partir du 1er novembre 1924, professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres fonctions.

— Bordeaux. — M. Bégouin, professeur de clinique gynécologique, a été nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Villar, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Guyot (Joseph), professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale, a été nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique gynécologique, en remplacement de M. Bégouin, appelé à d'autres fonctions.

— Lille. — M. Polonowski, agrégé, a été nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur de chimie organique (chaire vacante).

M. Bédard, agrégé, professeur sans chaire, a été chargé, pour l'année scolaire 1924-1925 (semestre d'hiver), d'un

cours complémentaire de pharmacologie (une heure hebdomadaire).

— LYON. — M. Chanoz, chef de travaux, est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef des travaux de physique.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Barral (chimie minérale), Seulier (matière médicale), Rochaix (hygiène), Savy (anatomie pathologique), Florence (chimie organique), Noël (histologie).

— MONTPELLIER. — Le titre de professeur sans chaire a été conféré, à compter du 1er novembre 1924, à MM. Cabannes et Galavielle, agrégés.

— TOULOUSE. — M. Serr, agrégé, a été nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie (chaire vacante).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Vincent, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, a été placé à partir du 22 décembre 1924 dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

M. le médecin inspecteur général Rouget, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du Comité consultatif de santé, a été nommé, à compter du 22 décembre 1924, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Vincent, placé à cette date dans la section de réserve.

M. le médecin inspecteur Fournial, directeur du Service de santé du 2e corps d'armée, a été nommé, à compter du 22 décembre 1924, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Rouget.

M. le médecin inspecteur général Pouy, inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé, a été maintenu dans ses fonctions actuelles.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — A la suite des examens qui ont été passés à la direction de la Santé de Marseille ont été admis au titre de médecins sanitaires maritimes : MM. les docteurs Jean Dizeur, Georges Engelhardt, Louis Jaubert, Fischel Joussim, Alexandre Mathieu, Henri Rivière, Charles Simonpietri et Adrien Tribet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE — L'Académie de médecine a renouvelé son bureau pour 1925.

Le professeur Barrier, vice-président de cette année, passe de droit à la présidence.

Le professeur Bar a été élu vice-président pour 1925 et président pour 1926, à l'unanimité.

Le docteur Souques, secrétaire annuel, a été réélu dans ces fonctions pour 1925, par acclamation.

Les docteurs Balzer et Bazy ont été élus, à l'unanimité, membres du conseil de l'Académie.

CÉLÉBRATION DU 25e ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — La Société médicale du littoral méditerranéen célébrera son 25e anniversaire les 27, 28, 29 et 30 décembre. A cette occasion un programme très complet de réceptions et de visite des établissements médicaux a été élaboré par nos confrères de la Côte d'Azur.

Les deux premières journées sont consacrées à Cannes et à Nice, le troisième jour aura lieu à Monaco, au musée d'océanographie, une séance solennelle sous la présidence de S. A. S. le prince de Monaco. Une dernière journée sera consacrée à la visite des établissements médicaux de Monaco et des musées d'océanographie et d'anthropologie.

Le Comité de réception est composé de MM. Guiter (de Cannes), Sardou (de Nice), Hérard de Besse (de Beaulieu), Vivant (de Monaco) et Gallot (de Menton), membres fondateurs de la Société.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Audigé (de Paris), Gaston Lalanne et Yacinthe Lamarque (de Bordeaux), O. Larcher (de Paris), J. Persoons (de Lokeren), Ed. Preux (de Bruxelles), Edmond Sterpin, médecin de la Maison du Roi des Belges; Louis Vassal (d'Hyères), Edmond Weill, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux, correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

— Les obsèques du docteur Jean Camus, professeur agrégé, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, ont eu lieu mardi matin au milieu d'une assistance considérable.

Le deuil était conduit par les onze enfants de notre cher et regretté collègue, et par ses deux frères, les docteurs Lucien Camus, membre de l'Académie de médecine, et Paul Camus, médecin de la Salpêtrière.

Suivant la volonté formelle du défunt aucun discours n'a été prononcé.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PSYCHIATRIE ÉLÉMENTAIRE. (Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. Professeur : M. Henri CLAUDE). — Un cours de psychiatrie élémentaire en vingt leçons, destiné aux externes et aux internes des hôpitaux qui ne peuvent suivre les leçons de stage, commencera le mardi 6 janvier 1925, à 17 h., à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis) et continuera tous les mardis, à la même heure.

Ce cours est absolument facultatif et gratuit.

— COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. le professeur Brumpt commencera le cours de Parasitologie et Histoire naturelle médicale le jeudi 8 janvier 1925, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL (Hôpital Necker, service du docteur Ribierre). — Tous les jours, sauf le vendredi, à 9 heures, enseignement clinique au lit des malades (salles Chauffard et Henri-Huchard).

Le vendredi, à 9 h. 1/2, consultation externe pour les maladies du cœur et des vaisseaux (salle de la consultation Henri-Huchard).

Pendant le semestre d'hiver, des leçons sur des sujets d'actualité médicale seront faites le lundi et le samedi, à 11 heures (salle de la consultation Henri-Huchard), avec la collaboration de MM. R. Giroux, Hagueneau, Paraf, Pichon. R. Prieur, Weiss, chefs de clinique à la Faculté et anciens internes des hôpitaux.

M. Ribierre reprendra ses leçons cliniques du samedi pendant le semestre d'été.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE HYDROPIGÈNE

Repos prolongé au lit.

Régime hydro-lacté pendant quinze jours, puis lacto-végétarien et déchloruré.

Prescrire un mois de suite la *Théosalvose scillitique*, à la dose de deux cachets de 0g50 par jour, puis continuer la médication cinq jours sur dix.

Deux fois par semaine, laxatif léger (sulfate de soude, une cuillerée à café à jeun, ou décoction de bourdaine, 3 à 4 grammes au coucher).

Ferrugineux, Vanadarsine.

REVUE GÉNÉRALE

LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE

Par A. DEROCQUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

On appelle d'une façon générale luxations récidivantes les luxations qui, après s'être produites une première fois et avoir été réduites, ont tendance à se reproduire plus ou moins longtemps après sous des influences incapables de déterminer une luxation traumatique récente.

Cette définition générale s'applique entièrement à la luxation récidivante ou habituelle de l'épaule.

Historique. — C'est seulement récemment que cette variété de luxation a retenu l'attention des auteurs, et cependant elle fut non seulement connue mais traitée depuis la plus haute antiquité.

Déjà Hippocrate signalait le danger des récidives après luxation de l'épaule, et conseillait même de traiter ces récidives en traversant de part en part la peau de l'aisselle à l'aide d'un cautère. Mais dans la suite la luxation itérative resta dans l'ombre, et il faut arriver aux travaux de Roser (1842) et de Popke (1882) en Allemagne, et de Malgaigne (1885) en France, pour voir la question étudiée avec quelques détails sur des bases sérieuses. Une communication de Broca et Hartmann (1890) éclaire quelques points importants d'anatomie pathologique, puis les travaux se multiplient s'attachant à préciser les lésions et la pathogénie de l'affection et recherchant la thérapeutique rationnelle à instituer : communication de Ricard à l'Académie de médecine (1892) sur la capsulorraphie, que complètent les thèses de Fontoynont (1898) et de Mlle Kosloff (1910). Les recherches de Grégoire, les discussions de la Société de chirurgie, en particulier la communication de L. Bazy (1918), puis la thèse d'Alibert (1919) précisent enfin des points primordiaux d'anatomie pathologique.

Etiologie. — Bien qu'elle soit la plus fréquente des luxations récidivantes, plus fréquente même que celles qu'on observe à la rotule ou à la mâchoire, la luxation récidivante de l'épaule est presque une rareté.

Certains points de son étiologie sont remarquables et méritent de retenir l'attention de ceux qui cherchent à éclaircir la pathogénie de l'affection.

Tout d'abord la luxation récidivante *ne survient pas à tout âge* : elle est inconnue chez l'enfant, et il est tout à fait exceptionnel qu'elle apparaisse après quarante-cinq ou cinquante ans. Presque toujours la luxation initiale survient chez l'adolescent ou l'adulte jeune, et d'après Alibert les premiers troubles apparaissent dans 50 p. 100 des cas avant vingt ans, dans 90 p. 100 avant trente ans.

L'affection est beaucoup plus fréquente chez l'*homme* que chez la femme, mais la disproportion est bien moins marquée que dans la luxation traumatique. Celle-ci est huit fois plus fréquente chez l'homme, la luxation itérative l'est quatre fois plus seulement.

Le fait le plus frappant est la grosse proportion d'*épileptiques* parmi les malades atteints de luxation récidivante de l'épaule. Alibert admet un tiers, proportion considérable insuffisamment expliquée par la possibilité de luxations à répétition lors des chutes et des crises convulsives.

On a signalé la fréquence des luxations récidivantes doubles (12 p. 100). Jamais le caractère héréditaire ou familial n'a été noté, contrairement à ce qui a été observé dans les luxations itératives de la rotule.

Mais il existe encore un point de l'étiologie sur lequel on n'est pas entièrement fixé et qui prête à discussion : dans quelles conditions la luxation initiale se produit-elle? *Quel est le rôle du traumatisme?* La luxation initiale est-elle une luxation traumatique banale ou une luxation préparée par un état morbide antérieur de l'articulation?

Il a été longtemps classique d'admettre qu'un traumatisme violent était la seule cause de la première luxation, et la récidive était considérée comme une séquelle de la luxation traumatique initiale. Certaines observations paraissent d'ailleurs indiscutables à ce sujet : le malade s'est luxé l'épaule pour la première fois en tombant de bicyclette ou en étant pris dans un éboulement. Mais depuis une quinzaine d'années on a insisté sur la fréquence des cas où la violence qui a produit la première luxation a été minime. C'est simplement en faisant un effort ou même un mouvement brusque que le malade s'est luxé l'épaule pour la première fois. Chez les épileptiques atteints de cette affection ce n'est pas toujours après une chute que s'est produite la luxation initiale, mais parfois au cours d'une crise dans le lit.

Ces premières notions posent donc un problème pathogénique à l'étude duquel l'anatomie pathologique apporte de nouveaux éléments.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons successivement d'une part la variété de luxation, c'est-à-dire le sens du déplacement de la tête humérale, et d'autre part les lésions qui sont soit cause, soit conséquence de la luxation récidivante.

I. **Variété de luxation**. — La plupart des luxations récidivantes sont des luxations antéro-internes et c'est cette variété que nous aurons particulièrement en vue. Parfois la tête se met en situation intracoracoïdienne ou sous-coracoïdienne, mais le plus souvent elle s'arrête lorsque la partie postérieure du col anatomique est au contact du rebord glénoïdien antérieur; bref il s'agit de luxation extracoracoïdienne. En même temps la tête peut se déplacer un peu vers le haut ou vers le bas, point qu'il n'est pas négligeable de préciser lorsqu'on veut choisir la voie d'abord pour intervenir chirurgicalement sur l'articulation.

Le déplacement de la tête en arrière est beaucoup plus rare, on n'en connaît qu'une dizaine de cas. Ici encore c'est une luxation proche, la tête se loge dans la dépression située sous l'acromion, et le col anatomique repose sur le bord postérieur de la cavité glénoïde, donc luxation sous-acromiale.

La luxation en bas, sous glénoïdienne est tout à fait exceptionnelle et l'observation de Lardennois (de Reims) paraît unique.

II. **Lésions**. — L'étude des lésions qui permettent la récidive de la luxation ou qui en sont la conséquence, est beaucoup plus intéressante au double point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique à instituer.

Au cours des autopsies ou des interventions chirurgicales pratiquées pour luxations récidivantes de

l'épaule, on a trouvé des lésions musculaires, capsulo-fibreuses et osseuses qui coexistent et se combinent de façon assez variable.

1. Lésions musculaires. — Il est banal de trouver un certain degré d'atrophie des muscles péri-articulaires. Plusieurs auteurs ont signalé des lésions du muscle *sous-scapulaire* qui était pâle et atrophié, ou donnait l'impression d'avoir été rompu et d'avoir fusionné ses débris avec ceux de la capsule articulaire.

Mais on a surtout insisté sur les lésions des *muscles rotateurs externes* de l'épaule. Joessel en particulier tenait pour fréquents les arrachements des insertions musculaires à la grosse tubérosité, mais ses recherches portaient sur des sujets chez lesquels l'existence d'une luxation récidivante était incertaine. Bardenhauer signala des lésions des sus et sous-épineux sans lésion osseuse.

Mais ces lésions paraissent en réalité peu fréquentes. La plupart des auteurs ne les ont pas rencontrées, et Turner les qualifie de pure hypothèse.

2. Lésions capsulo-fibreuses. — Les lésions capsulo-fibreuses sont au contraire très fréquentes, mais peuvent se présenter sous des aspects divers.

a. *L'issue de la tête à travers la capsule* en faisant irruption à travers les renforcements paraît exceptionnelle. Turner l'a rencontrée une fois.

b. *Dilatation capsulaire.* — Le plus souvent il s'agit d'une dilatation capsulaire, lésion très commune dans les luxations récidivantes de l'épaule (4/5 des cas).

Tantôt la capsule est simplement élargie. Tantôt elle est lâche, flottante, mince et à renforcements peu marqués. Tantôt enfin il s'agit d'une dilatation capsulaire localisée comme si la capsule ne s'était laissée distendre que dans une zone limitée. On trouve alors sur la paroi antérieure de la capsule

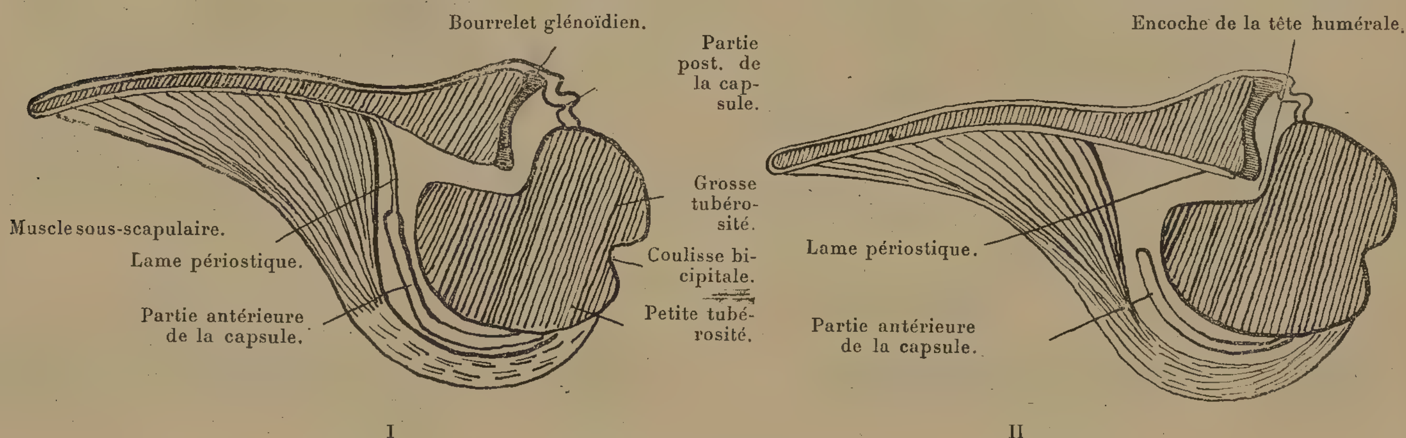


Fig. 1. — *Le diverticule antéro-interne de la capsule articulaire* (coupe horizontale de l'articulation luxée).
I. *Lésion de Broca et Hartmann* : Le décollement capsulo-périostique.
II. *Lésion de Turner* : Désinsertion glénoïdienne de la partie antérieure de la capsule.

une boursouflure que Verneuil comparaît à la dilatation d'un sac herniaire. Cette lésion a été rencontrée par plusieurs chirurgiens (Ricard, Picqué, Mauclaire).

c. *La capsule ne se fixe plus au rebord glénoïdien.* — C'est généralement en avant qu'on trouve cette disposition : il semble que la cavité capsulaire présente une sorte de diverticule antéro-interne s'étendant sur 20 à 40 millimètres de profondeur, où on accède par un orifice compris entre les tendons du long biceps et du long triceps et admettant en général deux doigts. Le bourrelet glénoïdien est souvent très altéré ou rompu, et parfois on n'en retrouve dans cette zone que des débris insignifiants.

Une lésion identique peut se voir en arrière dans les luxations sous-acromiales.

Les auteurs ont différemment interprété cette lésion. Broca et Hartmann pensent qu'il s'agit d'un *décollement périostique* qui selon eux doit être habituel dans les luxations récidivantes de l'épaule. Dans le cas qu'ils ont étudié la capsule, au lieu de s'insérer en dedans sur le rebord glénoïdien, se prolongeait par un plan fibreux mince formant une sorte de boursouflure sur la partie avoisinante de la fosse sous-scapulaire. En dedans de la cavité glénoïde le col de l'omoplate présentait une surface osseuse ayant l'aspect de l'os dépourvu de périoste.

Mais si on peut admettre que la luxation étudiée par ces auteurs était « anatomiquement récidivante », il est certain que ce décollement périostique était une lésion traumatique récente. Dans la règle lorsqu'on trouve un diverticule capsulaire en avant du col de l'omoplate, la face interne de cet os ne paraît pas dénudée. On peut alors admettre qu'il s'agit de la lésion de Broca et Hartmann cicatrisée, les bourgeons charnus émergeant des canaux de Havers de l'os dénudé ayant formé une nouvelle couche fibreuse. Mais on peut aussi penser avec Turner et Quénu qu'il y a eu *désinsertion de la capsule* dont les récidives de luxation ont empêché la cicatrisation. En d'autres termes la loge serait non pas sous-périostique, mais sous-musculaire. La cavité occasionnelle occupée par la tête tendant à devenir permanente, l'intérieur se tapisserait d'un endothélium, tandis que l'extérieur serait renforcé par du tissu conjonctif constituant une paroi mince et faible (Turner).

3. Lésions osseuses. — Les lésions osseuses, que les premiers auteurs ne signalaient que brièvement, ont pris ces dernières années une importance considérable dans l'étude des luxations récidivantes de l'épaule.

a. *Cavité glénoïde.* — Déjà Volkmann attachait une grande importance aux fractures du bord glénoïdien antérieur, et il semble en effet que ces fractures qui ne sont pas exceptionuelles puissent

favoriser considérablement le déplacement de la tête en avant et en dedans.

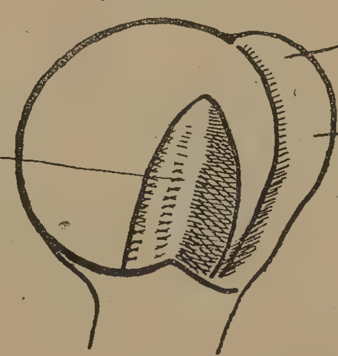
Certains auteurs ont remarqué en outre des déformations curieuses de la cavité glénoïde dont les dimensions paraissaient très réduites dans le sens antéro-postérieur. Dans quelques cas elle était moins large à sa partie inférieure qu'à sa partie supérieure.

Mais ce sont surtout les lésions humérales qui doivent retenir l'attention, lésions complexes qui, pour la plupart, sont de notion récente, qu'on peut trouver plus ou moins accentuées, et dont aucune n'est absolument constante.

b. L'*humérus varus* a été rencontré huit fois sur neuf cas par Alibert. Il est réalisé soit par fermeture de l'angle d'inclinaison normal de la tête par rapport à la diaphyse, soit par inflexion au niveau du col anatomique. Dans le premier cas, c'est l'épiphyse tout entière qui s'incline ; dans le second c'est la surface articulaire seule qui paraît avoir glissé en dedans, réalisant à la partie inférieure de la tête comme un éperon saillant. Les deux processus peuvent d'ailleurs se combiner.

c. La *fermeture de l'angle de déclinaison* a été signalée simultanément par Schultze et Alibert. Comme la déformation précédente, elle résulte soit de la torsion totale de l'extrémité supérieure de l'humérus, soit de la torsion de la surface articulaire seule, les tubérosités étant à leur place.

d. L'*encoche de la tête humérale* est la lésion la



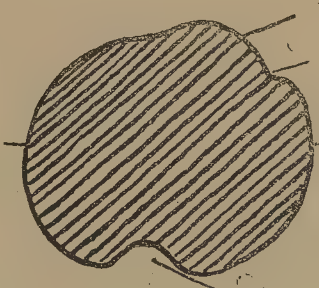


Fig. 2. — *L'encoche postérieure de la tête humérale.*
I. Tête humérale droite, vue postéro-supérieure (imité de Fontoynont).
II. Coupe horizontale de la tête humérale présentant une encoche (d'après Grégoire).

plus connue, décrite depuis longtemps et plus facilement appréciable. C'est Cramer qui la remarqua en 1882, et au cours des années suivantes on la signala un grand nombre de fois au cours des résections, mais on ne lui attachait qu'une médiocre importance. Cette lésion parut même tomber dans l'oubli quand la capsulorraphie régna en maîtresse, car ou bien on n'ouvrait pas l'articulation, ou bien on faisait une arthrotomie sans basculer la tête en avant, hors de l'article. Or, de par son siège cette encoche ne peut être vue au cours d'une simple arthrotomie antérieure, et même sur un cliché radiographique elle n'est décelable que lorsqu'elle est assez étendue.

C'est dire combien il est difficile d'apprécier la fréquence de cette lésion. Sur 110 observations, dépouillées par Alibert, l'encoche a été anatomiquement constatée 35 fois, et ce même auteur l'a observée personnellement 8 fois sur 9 cas.

Cette encoche est remarquable non seulement par sa fréquence, mais encore par la constance de sa forme, de son siège, et de sa structure : il semblerait qu'on a enlevé comme un quartier d'orange à toute la partie postérieure de la tête et la partie avoisinante du col anatomique. Il existe ainsi un angle dièdre limité par deux faces lisses, régulières, comme taillées à l'emporte-pièce, tapissées de cartilage, et se rejoignant dans le fond presque à angle droit. Les dimensions de cette encoche sont très variables : c'est parfois une simple fossette ; Perthes la compare à la coulisse bicipitale ; dans le cas de Cramer, la dépression était longue de 4 centimètres, large de 2 centimètres et profonde de 7 millimètres ; Picqué trouva sur la tête humérale une perte de substance telle que tout autre intervention qu'une résection aurait donné des résultats illusoires.

e. L'*allongement du col huméral* que Bazy signala en 1918 a été retrouvé 9 fois sur 9 par Alibert. L'extrémité articulaire, au lieu de se trouver dans le prolongement de la diaphyse, est supportée par un véritable col huméral dont l'axe tend à faire avec la diaphyse un angle d'autant plus voisin de l'angle droit que le col est plus long. En outre, le col est évidé sur ses bords supérieur et inférieur, de sorte que l'extrémité humérale tend à prendre le type fémoral.

f. La *surface articulaire* est alors profondément modifiée. Tout d'abord elle est très réduite : de haut en bas, elle ne représente plus que le quart ou le cinquième d'une circonférence, et d'avant en arrière elle est diminuée par la présence de l'encoche.

D'autre part, elle n'a plus sa courbure habituelle ; son rayon de courbure paraît augmenté et la surface se termine en haut et en bas par deux arêtes vives. Dans certains cas encore plus accentués, l'extrémité articulaire est même complètement aplatie à sa partie moyenne.

Ces déformations de la surface articulaire jointes à l'existence d'un col huméral donnent à l'extrémité de l'os des aspects radiographiques « en hachette », « en hallebarde » ou « en maillet » (L. Bazy) [voir fig. 3].

Physiologie pathologique. — Telles sont les diverses lésions qu'on peut trouver sur une épaule présentant des luxations itératives, mais aucune n'est absolument constante, et il est difficile de déterminer si une lésion donnée est la cause ou la conséquence de ces récidives.

I. **Rôle des lésions musculaires.** — Les lésions



FIG. 3. — *Schémas radiographiques des déformations humérales.*
I. Aspect en hachette (d'après Schultze).
II. Aspect en maillet arrondi (d'après Schultze).
III. Aspect en hallebarde (d'après Eden).

musculaires sont-elles les lésions essentielles, et suffisent-elles à expliquer les récidives ?

Il est certain que les muscles péri-articulaires jouent un rôle important dans la statique de l'articulation scapulo-humérale. Cette articulation met en présence des surfaces articulaires de dimensions tout à fait disproportionnées, réunies par une capsule mince et lâche, aussi les muscles jouent-ils le rôle de véritables ligaments actifs en maintenant accolée la tête humérale si volumineuse contre la cavité glénoïde si peu profonde et si exiguë. Chaque mouvement exige donc une synergie musculaire très bien réglée ; ainsi quand le deltoïde se contracte, le grand rond entre en jeu pour limiter le mouvement d'abduction, et le sus-épineux surtout est indispensable, car c'est lui qui applique la tête contre la glène et s'oppose à la subluxation en bas que tend à produire la contraction du deltoïde. D'ailleurs, Guibé a rapporté des cas de subluxation de l'humérus à la suite de paralysies du nerf sus-scapulaire qui innerve le muscle sus-épineux, et lorsque la paralysie infantile frappe les muscles de l'épaule, on voit parfois une véritable luxation sous-glénoïdienne de la tête.

Se basant sur ces faits, certains auteurs ont fait jouer aux muscles un rôle prépondérant dans la physiologie pathologique de la luxation récidivante. Les fractures parcellaires de la grosse tubérosité, l'arrachement des muscles qui s'y insèrent, l'atrophie ou la dégénérescence de ces muscles, suffiraient à produire des luxations itératives. Beyler pense même qu'une simple incoordination musculaire involontaire lors d'un mouvement brusque (impulsif, épileptique) serait susceptible de luxer l'épaule.

Cette conception n'a plus actuellement que peu d'adeptes. Les lésions des muscles rotateurs externes paraissent exceptionnelles, et il est difficile d'en faire la condition de la récidive. Auvret va même jusqu'à dire que les luxations compliquées de fractures prédisposent moins à la récidive que les luxations simples, par suite de la rétraction fibreuse qui suit les déchirures importantes, et de l'ankylose partielle qui résulte des lésions intra-articulaires. En fait, on doit remarquer que la fracture tubérositaire, qui est une lésion banale dans les luxations traumatiques, est rare dans les luxations récidivantes.

Ce n'est pas aller jusqu'à dire que l'état des muscles n'a aucune influence sur les récidives : un malade de Tuffier qui avait une atrophie marquée des muscles péri-scapulo-huméraux vit les récidives disparaître à la suite d'un massage prolongé qui rendit aux muscles leur tonicité. L'état des muscles a donc un rôle, mais un rôle accessoire, nullement comparable à celui des lésions capsulo-fibreuses ou osseuses.

II. **Rôle des lésions capsulo-fibreuses.** — Le rôle des lésions capsulaires et fibreuses a paru beaucoup plus important à la plupart des auteurs. Déjà Roser, remarquant la fréquence de la communication entre la bourse séreuse du sous-scapulaire et l'articulation, pensait qu'un large orifice de communication pouvait favoriser les luxations et surtout leurs récidives à la suite d'une simple contraction musculaire.

Plus tard, Malgaigne estimait que les récidives multiples étaient dues à ce que les bords de la déchirure capsulaire primitive, ne se cicatrisant pas, laissaient une ouverture toujours béante par laquelle l'os pouvait se luxer avec une déplorable facilité. Ces conceptions ont été définitivement abandonnées car elles ne cadraient pas avec les constatations opératoires.

Mais on peut encore expliquer les luxations récidivantes soit par une distension de la capsule au cours du traumatisme initial, soit par la non-cicatrisation de la désinsertion glénoïdienne de la capsule ou du décollement périostique. Dans ce cas, et surtout s'il y a fracture concomitante du rebord glénoïdien, des récidives précoces s'opposent au recollement de la zone arrachée. Il persiste ainsi une poche anormale toujours prête à recevoir la tête, quand un mouvement un peu exagéré lui fait franchir le bord glénoïdien.

Il est néanmoins des cas où la capsule paraît n'avoir aucune lésion (Cramer, Turner, Chaput, Schultze), et, d'autre part, lorsque ces lésions existent il est possible qu'elles ne soient que secondaires, car intervenant de nouveau quelque temps après des capsulorraphies qui avaient conduit à des échecs plusieurs chirurgiens ont trouvé une nouvelle dilatation de la capsule. Dans ces cas, on doit rechercher la cause première des récidives dans les lésions de la tête humérale.

III. **Rôle des lésions humérales.** — D'après les déformations de l'extrémité supérieure de l'humérus, on peut facilement comprendre que les mouvements de l'articulation scapulo-humérale ne puis-

sent s'accomplir dans toute leur amplitude, qu'en particulier les mouvements d'abduction et rotation externe doivent tirailler la capsule et, à la longue, entraîner sa distension.

Les mouvements d'abduction distendent la capsule pour deux raisons : d'abord parce que la fermeture de l'angle d'inclinaison de l'épiphyse limite légèrement l'abduction, ensuite parce que l'aplatissement de la tête humérale empêche celle-ci de s'adapter à la cavité glénoïde. Dans les mouvements d'abduction étendue la tête ne repose plus sur la glène que par l'arête plus ou moins tranchante qui la limite en haut, il se produit ainsi « une sorte de mouvement à déclanchement, à échappement, comme celui qu'on cherche à obtenir en mécanique par l'usage des cames » (Bazy).

De même, les mouvements de rotation externe tiraillent la capsule par suite de la fermeture de



Fig. 4. — *Schéma montrant que la diminution de l'angle de déclinaison entraîne une limitation de la rotation externe de l'humérus* (extrémités de l'humérus droit vues en projection).
I. Angle de déclinaison normal (20 degrés).
II. Angle de déclinaison diminué.

l'angle de déclinaison. Lorsqu'à la longue, la capsule s'est laissée distendre progressivement, au cours d'un mouvement de rotation externe étendu, le bord de l'encoche humérale arrive à affleurer le bord antérieur de la glène et le dépasse, le rebord glénoïdien se trouve engrené dans l'encoche : la luxation extracoracoïdienne est produite, et elle est maintenue un temps plus ou moins long par la contracture musculaire. Chaque fois le même mouvement reproduira le même déplacement.

Pathogénie. — En résumé, le mécanisme des récidives prête à discussion et n'est peut-être pas unique. Pour les classiques, les lésions musculaires ou capsulaires sont les lésions primitives et suffisantes, pour beaucoup d'auteurs modernes ce sont, au contraire, les lésions humérales qui jouent le rôle primordial.

Les premiers font de la luxation récidivante une *séquelle de luxation traumatique*. C'est le traumatisme initial qui a créé les désordres capsulaires, et l'encoche humérale est attribuée soit à un enfoncement traumatique, soit à l'usure de la tête sur le bord glénoïdien à chaque nouvelle luxation. Il est pourtant difficile d'expliquer cette usure lorsque l'encoche existe déjà après quelques récidives peu nombreuses, aussi Chaput pensait-il que les luxations récidivantes avec lésions osseuses n'étaient, en réalité que des luxations permanentes incomplètes non gênantes pour le malade ; seule, la transformation récidivante en luxation complète aurait provoqué les accidents.

En réalité, ce mécanisme de production des déformations humérales ne saurait plus être accepté actuellement, et l'origine traumatique de la luxation récidivante n'est admissible que lorsque la première luxation a exigé un traumatisme violent, qu'on trouve des lésions de la capsule et du bourrelet glénoïdien, et surtout lorsque la tête humérale ne présente aucune déformation.

En effet, l'interprétation classique de la production de l'encoche est certainement erronée, et Grégoire a montré que cette encoche n'est en rien comparable à celle de la luxation ancienne de l'épaule. La tête humérale a conservé son architecture, il n'y a aucune modification dans l'orientation des travées spongieuses et la coque osseuse présente une épaisseur uniforme. L'observation a montré de plus que les déformations humérales ne subissent aucune modification au cours des récidives, et Grégoire a même trouvé une encoche sur une articulation qui paraissait n'avoir jamais été luxée.

En outre, lorsqu'on est en présence d'une luxation récidivante et qu'on exécute une radiographie du côté sain, il n'est pas exceptionnel de trouver des déformations humérales tout à fait comparables à celles qui existent du côté malade, mais moins accentuées et simplement à l'état d'ébauche

Il est encore un point que l'origine traumatique ne peut expliquer, c'est la fréquence considérable chez les épileptiques. On ne peut pas admettre que c'est une chute au cours d'une crise comitiale qui a produit une première luxation traumatique et que plus tard les mouvements convulsifs deviennent à eux seuls l'occasion de multiples récidives, car la luxation initiale se manifeste parfois en dehors de toute chute, au cours d'une crise dans le lit, et la seule contracture musculaire n'a vraisemblement pas pu faire sortir la tête de la glène sans une lésion préexistante de l'articulation.

Il résulte de ces considérations que, lorsqu'on trouve une tête déformée, l'origine traumatique n'est plus admissible, et même si un traumatisme violent est invoqué lors de la première luxation, il n'a été certainement qu'une cause occasionnelle agissant sur une articulation mal agencée.

Mais de quelle nature est la déformation articulaire ? Est-ce une lésion congénitale ou pathologique ?

Grégoire ayant constaté la coexistence de déformation de la tête humérale et d'anomalies capsulaires, ligamenteuses, et tendineuses, pense que ce qui prépare la luxation itérative n'est autre chose qu'une *anomalie congénitale*. La luxation récidivante, préparée par une malformation articulaire où s'associent le plus souvent une minceur et une laxité anormale de l'appareil ligamento-capsulaire et une déformation de la tête humérale, serait donc une malformation congénitale à manifestation tardive.

Alibert pense qu'il s'agit plutôt d'une lésion acquise, d'une *dystrophie osseuse*. L'âge ou apparaît de préférence l'affection, la bilatéralité fréquente, la coexistence avec des accidents épileptiques ou des tares nerveuses de même ordre, l'analogie de la déformation humérale avec celle de la coxa vara, telles sont les raisons qui doivent, d'après lui, faire rattacher la luxation récidivante aux lésions du rachitisme tardif. La soudure des trois points osseux de la tête humérale commence normalement par le centre et n'est achevée que vers l'âge de vingt-cinq ans; si la soudure du noyau céphalique avec les noyaux tubérositaires subit un trouble et ne se prolonge pas en arrière jusqu'à la périphérie, on aura une encoche plus ou moins profonde.

En résumé, quel que soit le mécanisme exact de ces déformations articulaires, il est actuellement bien établi que certaines luxations récidivantes ne sont pas d'origine traumatique, mais il serait vain de vouloir généraliser et affirmer l'unité de la pathogénie dans tous les cas. Il est certes plus sage de dire que contrairement à l'opinion classique la luxation récidivante de l'épaule n'est que *rarement d'origine traumatique*; dans la majorité des cas, la luxation initiale elle-même relève d'une *lésion préexistante* de l'articulation d'*origine congénitale* ou *dystrophique*.

Etude clinique. — Nous n'avons pas à rappeler ici les signes classiques de la luxation de l'épaule, et les seuls points qui nous intéressent sont : la fréquence des récidives, la gêne fonctionnelle qui en résulte, et les renseignements fournis par l'examen clinique et radiologique du malade.

La fréquence des récidives est extrêmement variable et l'on trouve tous les intermédiaires entre la luxation qui récidive en tout trois ou quatre fois dans l'existence, et celle qui se produit plusieurs fois par jour.

Habituellement, la luxation initiale est séparée de la seconde par un temps de latence assez considérable : plusieurs mois ou même plusieurs années se passent sans que rien d'anormal ait pu faire prévoir la récidive, lorsqu'un jour à l'occasion d'un traumatisme peu violent l'articulation se luxe de nouveau.

Les accidents successifs peuvent rester ainsi séparés par des intervalles de plusieurs années, mais le plus souvent ils se rapprochent de plus en plus; la luxation récidive bientôt chaque mois ou plusieurs fois par mois, parfois elle devient quotidienne et peut même se répéter plusieurs fois par jour.

La cause occasionnelle de la récidive suit généralement une marche parallèle. Pour les premières luxations, un traumatisme net est habituellement nécessaire, et progressivement le traumatisme en cause devient de plus en plus minime. Le moindre mouvement brusque, le simple geste nécessaire pour passer un vêtement, ou même l'élévation du bras pendant le sommeil, suffisent à produire la récidive. Si le sujet est épileptique, il se luxe l'épaule presque à chaque crise. Parfois, la luxation est si facile à réaliser que le sujet, connaissant le mouvement favorable à sa production, peut se luxer l'épaule à volonté; il s'agit le plus souvent d'un mouvement d'abduction avec rotation externe.

La réduction est généralement facile et le malade sait le plus souvent l'exécuter lui-même soit par simple traction sur le bras, soit en plaçant la main saine sous l'aisselle malade et portant en même temps le bras luxé en adduction. Il est néanmoins des cas où une luxation, qui se réduisait d'habitude aisément, exige accidentellement l'intervention d'un médecin et même l'anesthésie du malade. Exceptionnellement, l'intervention d'un médecin est nécessaire à chaque fois.

Les troubles fonctionnels engendrés par l'affection dépendent essentiellement de la fréquence des luxations et de la violence nécessaire à leur production. Pour les sujets qui ne se luxent l'épaule qu'à intervalles éloignés et dont la profession n'exige pas de violents efforts musculaires, la luxation itérative de l'épaule est sans grosse importance; elle ne gêne pas le malade en temps habituel; son principal inconvénient est que les récidives sont douloureuses et laissent parfois l'épaule endolorie pendant un ou deux jours.

Au contraire, lorsque les récidives sont fréquentes et se produisent à l'occasion de mouvements de la vie courante, l'affection entraîne une grosse gêne fonctionnelle, et constitue une véritable infirmité pour le malade qui redoute continuellement de se luxer l'épaule.

En outre, lorsque après une récidive la réduction a été un peu pénible, on peut voir survenir des phénomènes d'arthrite qui persistent pendant plusieurs semaines et peuvent réapparaître au cours des récidives ultérieures.

Ce sont tous ces éléments qu'il faut étudier et peser lorsqu'on est en présence d'une luxation récidivante de l'épaule, car c'est de leur degré que dépend l'indication du traitement chirurgical.

A l'examen du malade, vu au moment d'une récidive, on constate les signes classiques de luxation de l'épaule et le seul point remarquable est habituellement la facilité de la réduction.

Lorsqu'on voit le malade dans l'intervalle des récidives, on ne peut noter que peu de choses : Parfois un peu d'*atrophie* des muscles périscapulohuméraux, mais c'est là un élément très inconstant; assez souvent, il n'y a pas d'atrophie appréciable. L'examen électrique des muscles est souvent sans grand résultat pratique, car l'exploration des sus et sous-épineux est difficile surtout chez les sujets gras, du fait de leur situation profonde.

La *limitation de l'abduction* (due à l'humérus varus) n'est habituellement pas perceptible à cause de la suppléance par les mouvements de l'omoplate. La *limitation de la rotation externe* (due à la fermeture de l'angle de déclinaison) est plus facilement appréciable mais est loin d'être constante.

Enfin, on recherchera si on peut facilement reproduire la luxation en imprimant au bras des mouvements d'abduction avec ou sans rotation externe.

L'examen radiologique a enfin une importance capitale. Lorsqu'on peut facilement et à volonté reproduire la luxation, la radioscopie rend des services en montrant la réalité du déplacement de la tête humérale, le mécanisme de la luxation, et en précisant exactement la situation de la tête lors des récidives.

Mais lorsqu'on ne peut pas produire à volonté la luxation, la radioscopie n'a plus d'intérêt, et il faut lui préférer sans conteste la radiographie qui donne des renseignements bien plus précis sur les lésions de la tête humérale.

Pour obtenir des clichés le maximum d'indications Alibert conseille de prendre deux clichés de l'articulation malade : une première plaque est prise, le bras étant le long du corps en légère rotation interne (20 degrés environ), l'avant-bras en position intermédiaire entre la pronation et la supination reposant sur la partie latérale du thorax. Ce cliché montrera très nettement la grosse tubérosité et la coulisse bicipitale.

L'autre plaque est prise, le bras étant en abduction à 40 degrés et en légère rotation externe (20 degrés environ), l'avant-bras en supination. Sur ce cliché la tête humérale doit normalement se projeter suivant son grand axe.

L'étude comparée de ces deux clichés permet d'apprécier les modifications de l'angle de déclinaison. En effet s'il est positif (c'est-à-dire regardant en arrière) la tête doit apparaître transversalement plus grande sur la deuxième plaque. S'il est nul les deux images de la tête sont identiques puisque chaque fois la tête est vue en raccourci sous le même angle. Enfin s'il est négatif l'image apparaît transversalement plus petit sur le deuxième cliché.

Les clichés peuvent parfois mettre en évidence l'existence de l'encoche humérale, mais il faut pour cela que cette encoche soit assez étendue, car une encoche de dimensions exiguës, une simple fossette passent complètement inaperçues.

Il est bon en outre de prendre une radiographie de l'épaule saine dans une position exactement symétrique à celle de l'un des clichés de l'articulation malade. La comparaison des radiographies des deux épaules rendra ainsi plus facilement appréciables la déformation en humérus varus et les aspects en hachette, en hallebarde, ou en maillet, de la tête malade. De plus on découvrira parfois que l'épaule saine elle-même présente des déformations analogues, mais moins accentuées.

Diagnostic. — Le diagnostic de luxation récidivante est presque toujours des plus aisés et s'impose immédiatement; il est exceptionnel que des erreurs soient commises.

Signalons pourtant qu'il ne faudrait pas considérer comme luxations récidivantes des *luxations traumatiques répétées* sur une même épaule. Le petit nombre de luxations, l'importance du traumatisme à chaque fois, les difficultés de la réduction, l'absence de déformations osseuses, différencient suffisamment ces luxations de l'affection qui nous occupe.

L'*arthropathie syringomyélique*, qui a précisément une prédilection marquée pour l'articulation scapulo-humérale, débute parfois par des accidents qui simulent à merveille la luxation récidivante de l'épaule. Signes cliniques et évolution sont tellement semblables que la confusion a été commise jusqu'à l'apparition de symptômes plus caractéristiques. Aussi doit-on se méfier lorsqu'on voit apparaître une luxation récidivante après quarante ou cinquante ans et rechercher avec soin les troubles de sensibilité. La radiographie est généralement peu concluante à cette époque de l'arthropathie, mais une grosse raréfaction des travées osseuses doit faire penser à un trouble trophique grave de l'os et orienter vers une lésion médullaire.

L'*arthropathie tabétique* d'ailleurs rare à l'épaule, a dans quelques observations débuté par des accidents de luxation récidivante, mais ici le tableau clinique n'est pas absolument identique : les luxations se reproduisent presque aussitôt que réduites, et on ne retrouve pas la période de latence qui sépare habituellement la première luxation de la première récidive.

Signalons encore les luxations récidivantes au cours de la *paralysie spinale infantile* par atrophie musculaire et la *luxation congénitale de l'épaule*. Pour les premières le diagnostic est évident. La seconde a parfois été confondue avec une luxation récidivante parce que le début remontait à une date ignorée.

A un examen superficiel une luxation récidivante peut parfois encore en imposer pour une *luxation ancienne*. C'est ainsi qu'un malade de Mauclaire conservait après une luxation de l'épaule réduite trois mois avant une impotence persistante. A l'examen on trouvait une luxation antéro-interne évidente de sorte que tout d'abord on pensa que la luxation antérieure n'avait pas été réduite et qu'il s'agissait d'une luxation ancienne. Mais sous anesthésie générale on constata que la réduction était des plus faciles et que la moindre traction sur le bras suffisait à reproduire la luxation.

Une affection qu'il est parfois plus difficile de différencier est l'*épaule à ressort*. L'épaule à ressort d'origine extra-articulaire a parfois été confondue avec la luxation récidivante quoiqu'il soit en général facile de se rendre compte par l'exploration de la réalité du déplacement de la tête, et que la radioscopie permette de confirmer cette notion (cas de Walther et Pascalis). Pour ce qui est de l'épaule à ressort d'origine articulaire la chose est moins aisée. Nombre d'auteurs isolent complètement de la luxation récidivante ces « subluxations volontaires de l'épaule » auxquelles ils reconnaissent une individualité bien précise : les ressauts se reproduisent un nombre indéfini de fois avec la plus grande facilité et sont dans une certaine mesure déterminés à la volonté du patient; les accidents sont indolores et bénins et n'entraînent malgré leur répétition qu'une gêne fonctionnelle peu considérable.

Malgré ces caractéristiques il est bien difficile de tracer une limite nette entre les deux affections car on rencontre parfois non plus des subluxations mais de véritables luxations récidivantes qui ont ce caractère d'apparaître sans aucun traumatisme antérieur et de se produire à la volonté du sujet, et d'autre part certaines épaules qui étaient affectées de subluxations volontaires typiques présentaient radiographiquement des déformations osseuses identiques à celles qu'on rencontre dans la luxation récidivante. Il existe donc toutes les formes de passage entre la luxation récidivante classique et la luxation ou la subluxation volontaire.

D'ailleurs la subluxation volontaire de l'épaule paraît être une exception et les observations publiées sont très discutées. Tortat en 1913 en réunissait quatre cas. Bertin l'année suivante en trouvait douze. En 1919 Kappis, se livrant à une critique approfondie des observations publiées jusqu'alors, croit qu'il s'agissait dans la majorité des cas d'épaules à ressort d'origine extra-articulaire, et n'admet que deux observations indiscutables de subluxation volontaire de l'épaule.

Diagnostic de la variété de luxation. — Ayant posé le diagnostic de luxation récidivante de l'épaule, il faut préciser de quelle variété est la luxation. Il est facile de se rendre compte s'il s'agit d'une luxation

antérieure ou postérieure, mais il est bon de déterminer d'une façon plus précise encore la situation de la tête lors des luxations. Si la luxation est de variété antéro-interne on cherchera si la tête se déplace en même temps soit vers le haut, soit vers le bas, car c'est là qu'on doit trouver le maximum de lésions capsulaires dont le siège est important à connaître pour décider de la voie d'abord de choix pour l'intervention. C'est là que l'examen sous l'écran radioscopique pourra rendre des services.

Diagnostic de la nature de la luxation. — Enfin peut-on préciser la nature de la luxation récidivante et déterminer si elle est d'origine traumatique ou non? C'est là un point beaucoup plus délicat pour lequel on se basera sur l'importance du traumatisme initial, sur l'aspect radiographique de l'humérus, les tares nerveuses du sujet. Malgré tout, ce n'est souvent qu'après arthrotomie large et inventaire des lésions qu'on pourra affirmer ce diagnostic.

Méthodes de traitement. — Le traitement de la luxation récidivante de l'épaule peut être prophylactique, palliatif, ou curatif.

I. **Traitement prophylactique.** — Le traitement prophylactique a pour but d'obtenir la cicatrisation parfaite des lésions après une luxation traumatique récente de l'épaule.

Donc tout d'abord s'abstenir des procédés de réduction violents qui peuvent aggraver les lésions articulaires et péri-articulaires; si la réduction est pénible, il ne faut pas chercher à lutter brutalement contre la contracture musculaire, mais employer de toute nécessité l'anesthésie générale.

Une fois la luxation réduite, il faut éviter les déplacements secondaires passifs de la tête humérale qui, entraînée par les muscles adducteurs, tend à glisser en avant et en dedans. Aussi recommande-t-on une immobilisation absolue pendant dix jours ou même plus longtemps si la réduction a été difficile. On procède ensuite à la mobilisation douce et progressive de l'articulation, le blessé ne commençant à se servir prudemment de son bras qu'au bout d'une vingtaine de jours.

II. **Traitement palliatif.** — Le traitement palliatif consiste essentiellement à *limiter les mouvements* de l'épaule de sorte que le bras ne puisse pas exécuter le mouvement par lequel la luxation est habituellement réalisée. C'est le plus souvent, avons-nous dit, le mouvement d'abduction qui est en cause.

On a imaginé pour cela des appareils plus ou moins compliqués : bretelle passant sous l'aisselle saine, faisant le tour du corps et venant fixer le bras malade en passant sur la partie inférieure de la région deltoïdienne, ou bien ceinture thoraco-abdominale reliée par une chaînette à un bracelet brachial. Le procédé le plus simple est encore le procédé dit *du tailleur* qu'employait personnellement Nélaton, et qui consiste à solidariser la partie supéro-interne de la manche au corps du vêtement au moyen d'une couture ou d'une épingle de nourrice.

Cette manière de faire donne d'excellents résultats, mais il ne faut pas en espérer la guérison de l'affection. C'est à tort qu'on a pensé autrefois qu'en empêchant pendant un temps assez long les luxations de se reproduire, les lésions capsulaires pouvaient se cicatriser et les points faibles reprendre une consistance suffisante. En réalité malgré une immobilisation prolongée la luxation ne tarde pas à se reproduire quand on enlève l'appareil (cas de Lefort après neuf ans).

Si les muscles péri-articulaires paraissent déficients, il est indiqué d'instituer en outre des séances de *massage* et d'*électrisation* pour lutter contre leur atrophie et leur rendre leur tonicité.

III. **Traitement curatif.** — Nous ne signalerons que pour mémoire les injections intra- ou para-articulaires de teinture d'iode. Seul un traitement opératoire peut être curatif de l'affection. On a imaginé de nombreux procédés s'attaquant soit à la capsule, soit aux muscles, soit au squelette.

1. Interventions sur la capsule articulaire. — Pour intervenir sur la capsule articulaire on peut utiliser différentes voies d'abord qui ont chacune leurs avantages.

On a conseillé les *incisions postérieures* qui permettent de vérifier plus aisément l'état de la tête humérale et en particulier la présence ou l'absence d'une encoche. Mais cette voie postérieure présente de gros inconvénients : jour étroit, danger de léser le circonflexe, impossibilité de vérifier l'état de la face antérieure de la capsule, siège habituel du maximum de lésions (Tavernier).

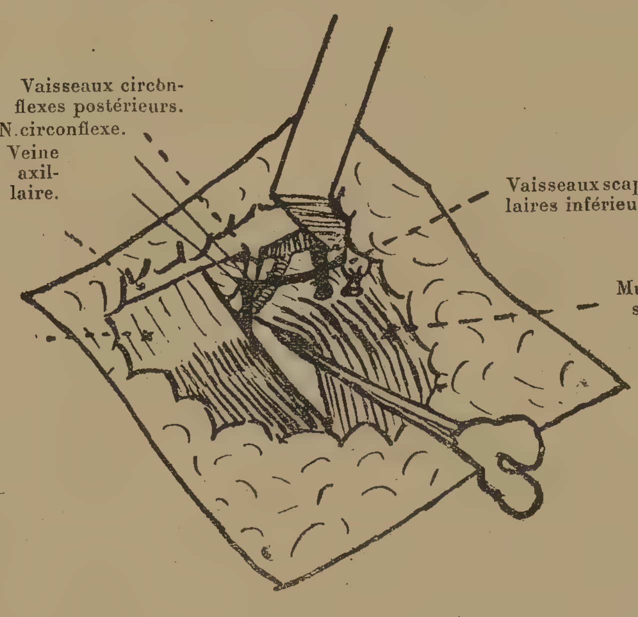


Fig. 5. — *Arthrotomie de l'épaule par voie axillaire postérieure* (d'après Pauchet).

L'écarteur refoule les vaisseaux axillaires en avant. La sonde cannelée soulève le bord inférieur du sous-scapulaire. Le nerf circonflexe est récliné par un fil.

La *voie axillaire* a été préconisée par Turner, Quénu, Walther, Pauchet. L'incision doit être parallèle à la ligne de ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle, mais située plus en arrière, dans l'axe de l'aisselle, pour être postérieure aux vaisseaux axillaires qu'on récline en avant. On dénude le tendon du grand dorsal, puis le muscle sous-scapulaire. Pour cela il est nécessaire de couper entre deux ligatures les vaisseaux scapulaires inférieurs


IODOGENOL PEPIN

et de récliner le nerf circonflexe en avant et en dehors. On libère alors le bord inférieur du sous-scapulaire et on le récline vers le haut. Si le jour est insuffisant ne pas hésiter à sectionner le muscle. Cette voie expose bien le diverticule antéro-interne de la capsule; elle est anatomique, non traumatisante, non mutilante, elle évite le deltoïde, et le drainage est très aisé s'il est nécessaire. Mais on a reproché à cette incision de ne livrer qu'un espace très peu large pour explorer l'articulation, et de ne donner qu'un jour insuffisant sur les parties hautes de l'article. Aussi certains chirurgiens réservent-ils cette voie aux cas où la luxation se fait en avant et en bas.

Dans la majorité des cas on a abordé l'articulation par sa *face antéro-supérieure*. L'incision classique dans le sillon delto-pectoral a paru suffisante à quelques chirurgiens; d'autres ont au contraire éprouvé de grosses difficultés à manier l'aiguille dans la profondeur et préfèrent compléter cette incision par une incision horizontale suivant les insertions du deltoïde à la clavicule et à l'acromion, et sectionnant ce muscle à 1 centimètre de ses attaches de façon à conserver une bande de tissu fibro-musculaire suffisante pour supporter les points de suture. C'est l'incision en L renversé de Ricard; elle donne un jour parfait sur l'articulation et n'entraîne ultérieurement aucune diminution fonctionnelle du deltoïde quand ce muscle a été suturé soigneusement.

Ayant découvert l'articulation par l'une des voies décrites, on peut adopter différentes lignes de conduite.

a. *Capsulorraphie après arthrotomie* (procédé de Mikulicz). — La capsule est fendue verticalement dans toute sa hauteur au niveau de la portion dilatée. La lèvre externe de l'incision est attirée en dedans, la lèvre interne est ramenée sur la précédente de façon à la recouvrir et à la doubler. Ce doublement est fixé par quelques points de suture.

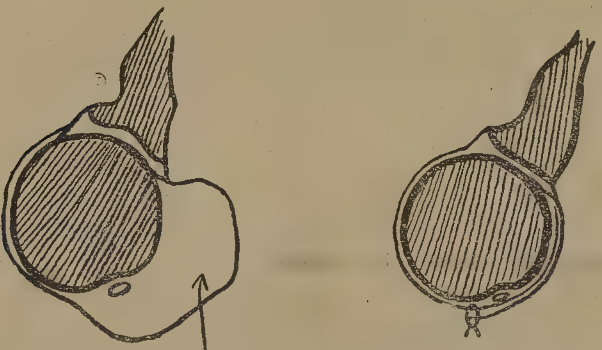


FIG. 6. — *Capsulorraphie par le procédé de Mikulicz* (d'après Samosch).
Coupe horizontale de l'articulation.

b. *Capsulorraphie après capsulectomie* (procédé de Gerster). — Ce procédé ne diffère du précédent que pour l'excision de la partie amincie de la capsule, suivie de la suture des deux bords de la plaie.

c. *Capsulorraphie sans arthrotomie* (procédé de Ricard). — Après mise à nu de la capsule, trois fils de grosse soie sont passés verticalement à travers la capsule et dans l'épaisseur du muscle sous-capsulaire. Une fois serrés ils réalisent au-devant de l'interligne un plan résistant.

Quelques chirurgiens ont légèrement modifié le procédé de Ricard : Picqué y ajoute un capitonnage musculaire en réunissant le sous-scapulaire au coraco-huméral, fermant ainsi la partie antérieure de l'articulation.

Seidel et Clairmont ont renforcé la capsule à l'aide d'aponévroses transplantées.

Toubert remarquant que le procédé de Ricard rétrécit la capsule dans le sens vertical, et le procédé de Mikulicz dans le sens transversal, combine les deux techniques, et plaçant à la fois des fils verticaux et horizontaux, il rétrécit la capsule dans les deux sens.

Henderson, considérant le rôle que peut jouer le muscle grand pectoral, ajoute à la capsulorraphie un allongement de ce muscle et suggère l'allongement du grand dorsal et du grand rond.

d. *Fixation de la capsule à la voûte acromio-coracoïdienne* (Berger). — Berger s'est contenté de fixer la capsule lâche à la pointe de l'acromion, et a obtenu ainsi un résultat excellent.

e. *Suture capsulo-glénoïdienne* (opération de Turner). — Lorsqu'il existe en avant du col de l'omoplate le diverticule capsulaire qu'ont rencontré Turner, Quénu, Tavernier, il faut de toute nécessité oblitérer l'entrée de cette poche herniaire. Pour cela, il est indispensable d'ouvrir longuement l'articulation en sectionnant le muscle sous-scapulaire. Lorsque le bourrelet glénoïdien est intact, il est facile de lui suturer la capsule. S'il est détruit sur une certaine longueur, Quénu conseille de perforer l'os et d'établir au fil de lin une véritable suture ostéofibreuse glénoïdienne. Si le passage à travers le bord antérieur de la glène n'est pas possible, on peut soit enclouer la capsule sur ce bord, soit se contenter de passer les fils de lin dans les tissus fibreux qui subsistent au-dessus et au-dessous, et de les croiser en les fixant au plan capsulaire antérieur, le supérieur au-dessous de l'inférieur. Ils masquent ainsi, d'une façon très suffisante, l'entrée de l'infundibulum (Tavernier).

On doit rapprocher de ces procédés l'opération pratiquée par Eden qui comble le diverticule à l'aide d'un greffon tibial après avivement des surfaces osseuses du col de l'omoplate.

2. INTERVENTIONS SUR LES MUSCLES. — Les interventions sur les muscles ont pour but, soit de rétablir l'équilibre des contractions musculaires par des sections musculaires ou des myoplasties, soit de créer une bride qui sera un obstacle mécanique à la récidive.

a. *Sections musculaires.* — Hoffmann estimant que c'est le grand dorsal qui provoque la luxation antéro-interne, a cherché à supprimer l'action de ce muscle. Une incision le long du bord externe de l'omoplate conduit sur ce muscle qu'on sectionne dans toute sa largeur. Pratiquée une fois, cette intervention a fait cesser les récidives et donné un résultat fonctionnel satisfaisant; seule la projection du bras en arrière s'est trouvée un peu limitée.

De même Young a désinséré les muscles grand dorsal et grand pectoral. Spencer a sectionné le sous-scapulaire.

b. *Réinsertion des muscles rotateurs externes.* — Perthes a pratiqué la réinsertion opératoire des muscles rotateurs externes à la grosse tubérosité.

c. *Myoplastie du sous-scapulaire.* — Openshan (de Londres) a pratiqué la myoplastie du sous-scapulaire. Désinsérant ce muscle de l'humérus, il le fixa au deltoïde. Sur trois interventions, il obtint trois succès.

d. *Myoplastie du deltoïde* (méthode de Clairmont et Ehrlich). — La myoplastie proposée par Clairmont et Ehrlich est l'intervention sur les muscles qui a rallié le plus de chirurgiens. Elle a pour but de former une *sangle musculaire* empêchant la tête de glisser sous la cavité glénoïde, ce qui est la position initiale de tout déplacement. Cette sangle doit donc passer sous la tête humérale et se contracter chaque fois que le bras sera élevé en abduction. Ces conditions sont réalisées en constituant la sangle aux dépens du deltoïde.

Incision de 8 centimètres partant de la coracoïde et parallèle à l'espace delto-pectoral. Section partielle du grand pectoral. On récline en dedans le tendon du court biceps et on sectionne la partie supérieure des grand dorsal et grand rond au ras de l'humérus, de façon à bien dégager le col chirurgical.

Deuxième incision le long du bord postérieur du deltoïde qu'on soulève ensuite à la sonde cannelée. On sépare de l'insertion humérale une languette musculaire mince en bas, large de trois travers de doigt en haut, et on l'isole de bas en haut en ménageant à tout prix les branches de l'artère circonflexe postérieure et du nerf circonflexe qui aboutissent au muscle par sa face profonde.

Pour pouvoir attirer en avant ce lambeau, désinsérer l'origine de la portion latérale du triceps le plus près possible de l'os sur 1 ou 2 centimètres. Une pince introduite par la plaie antérieure va saisir le sommet du lambeau musculaire et l'attire en avant entre les deux tendons du biceps.

Suture du grand pectoral qu'on avait partiellement sectionné. Le sommet du lambeau est fixé dans la fente antérieure du deltoïde et ses bords sont suturés aux bords de la plaie deltoïdienne. Dans la plaie postérieure, le lambeau, disparaissant par la brèche axillaire, est fixé au triceps par suture.

Malgré sa complexité apparente cette intervention est d'exécution très simple et donne des résultats fonctionnels excellents.

e. *Ténoplastie du coraco-biceps.* — Tout récemment, Finsterer (de Vienne) a décrit une nouvelle technique. Il détache du tendon d'origine du coraco-biceps un lambeau qui mesure toute la largeur du tendon, le fait passer à l'aide d'une pince dans une brèche de la capsule qu'il traverse à sa partie inférieure pour être fixé solidement en arrière au tendon d'origine du triceps et au rebord de la glène.

L'auteur pense qu'il y aurait avantage à joindre à cette méthode une capsulorraphie et la réunion de l'acromion à la grosse tubérosité par un lambeau aponévrotique.

3. Interventions sur le squelette. — a. L'*arthrodèse* a été pratiquée. Elle doit être rejetée de façon absolue, car elle aboutit à une infirmité : l'ankylose. Le remède est pire que le mal.

b. La *fixation de la tête humérale* a été réalisée par différents procédés. Sandes la suspend à la clavicule par un solide lien de fascia lata passé dans un tunnel creusé à la base de la tête.

Evat attache la tête à la cavité glénoïde par un fil de soie.

Mais, pour être efficaces, ces fixations doivent être étroites et elles entravent alors le libre jeu de l'articulation.

c. La *résection* est parfois la seule opération qui paraisse acceptable lorsqu'on se trouve en présence de déformations humérales importantes. Mais il faut veiller à ne pas faire une opération trop mutilante et ménager les insertions musculaires, aussi de Fourmestraux conseille-t-il de faire une véritable résection intraosseuse, réalisant une sorte d'évidement de la tête humérale.

Alibert propose de joindre à la résection la réimplantation du fragment chondro-osseux de la tête humérale sur la diaphyse (auto-greffe du cartilage diathrodial), mais cette intervention n'a jamais été exécutée.

d. *Greffe.* — De Fourmestraux pense que la mise en place dans l'encoche humérale d'un greffon ostéo-périostique à la Delagenière pourrait amener dans certains cas une restauration fonctionnelle complète.

e. *Allongement de l'apophyse coracoïde* (Oudard). — Le but est de créer un butoir osseux qui s'oppose à tout déplacement anormal de la tête humérale. On y joint une capsulorraphie avec doublement du sous-scapulaire.

Incision de Ricard, section de la coracoïde à la scie de Gigli à 1cm5 de son sommet. Section du sous-scapulaire et de la capsule à 3 centimètres des insertions humérales du muscle. Doublement du sous-scapulaire en rabattant le lambeau interne sur le lambeau externe. On interpose alors un greffon tibial de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large et 1 centimètre d'épaisseur, entre la base et la pointe de la coracoïde. La fixation est obtenue au fil d'argent. Autour du greffon primitif on place des greffons ostéo-périostiques. Suture du deltoïde puis des téguments.

On peut également allonger la coracoïde en substituant au greffon le dédoublement de l'apophyse coracoïde.

Indications thérapeutiques. — Quelle méthode choisir parmi les nombreux procédés que nous venons d'exposer?

Tout d'abord si les récidives ne surviennent qu'à intervalles éloignés et ne constituent pas pour le malade une gêne importante, il est préférable de s'abstenir d'un traitement opératoire. Le procédé du tailleur, auquel on joindra des massages et l'électrisation des muscles, donnera en général entière satisfaction.

Si, au contraire, le malade a besoin d'une épaule active et que l'affection constitue pour lui une infirmité gênante, il est indiqué d'intervenir chirurgicalement.

Lorsque la tête ne présente radiographiquement aucune déformation et qu'il semble qu'on soit en présence d'une luxation récidivante d'origine traumatique, les interventions sur la capsule peuvent suffire, mais le procédé de Ricard qui n'ouvre pas l'articulation est une méthode aveugle que la plupart des auteurs actuels condamnent. Il est absolument indispensable d'ouvrir la capsule pour vérifier l'intégrité humérale et se rendre un compte exact des lésions capsulo-fibreuses.

S'agit-il d'une simple dilatation capsulaire? Les procédés de Mikulicz ou de Gerster suffisent à condition qu'ils soient exécutés avec des fils non résorbables (soie ou crins), car le catgut a donné des déboires. Est-on en présence d'un diverticule antéro-interne de la capsule? Ces capsulorraphies seraient inefficaces, il est indispensable d'oblitérer l'orifice de cette poche par une suture capsulo-glénoïdienne.

Lorsque la tête humérale présente des lésions

révélées, soit par la radiographie, soit par l'exploration au cours de l'arthrotomie, tous les procédés opératoires s'attaquant uniquement à la capsule sont absolument insuffisants et voués à un échec certain. Les procédés de greffe proposés par Alibert et de Fourmestraux n'ayant jamais encore été exécutés, on ne peut se faire une opinion sur eux, alors se pose la question de l'opportunité d'une résection. On aura à choisir entre cette opération et l'une des méthodes qui, créant un obstacle mécanique indélébile à tout déplacement anormal de la tête, peuvent convenir à presque tous les cas de luxation récidivante de l'épaule. Telle est la myoplastie de Clairmont et Ehrlich dont les succès sont maintenant nombreux; tel paraît être également l'allongement de la coracoïde proposé par Oudard.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons ici que les références récentes et les indications des principaux travaux antérieurs à 1919. Pour une bibliographie complète, voir la thèse d'Alibert.

ALIBERT. *Th. de Paris*, 1919-1920.
AUVRET. *Th. de Paris*, 1907-1908.
BAZY. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1918 et 1919.
BERTEIN. *Revue de chir.*, 1914, t. XLIX et L.
BEYLER. *Th. de Nancy*, 1913.
BLUNDELL BANKART. *Brit. med. Journ.*, 1er déc. 1923.
BROCA et HARTMANN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890.
CHAVANNAZ et CHENUT. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 20 oct. 1922.
EVAT. *Dublin Journ. of med. sciences*, 1921, n° 14.
FINSTERER. *Wiener med. Woch.*, 7 juin 1924; — C. R. in *Journ. de chir.*, oct. 1924.
FONTOYNONT. *Th. de Paris*, 1898.
FOURMESTRAUX (DE). *Arch. méd.-chir. de province*, janv. 1920, n° 1.
GRÉGOIRE. *Revue d'orthopédie*, 1913.
GUIBÉ. *Revue d'orthopédie*, 1912.
HRNDERSON. *Surg., gyn. and obst.*, 1921, t. XXXIII, n° 1.
HOFMANN. *Centralbl. f. Chir.*, 8 mars 1924.
KOSLOFF (Mlle). *Th. de Paris*, 1910-1911.
OLLERENSHAW. *Journ. of orth. surg.*, mai 1920.
OUDARD. *Journ. de chir.*, janv. 1924.
PAUCHET. *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 4.
PICQUÉ. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905, 1907 et 1909.
SANDES. *Brit. med. Journ.*, 27 août 1921.
TAVERNIER et JALIFIER. *Revue d'orthopédie*, 1921, n° 4.
TORTAT. *Th. de Paris*, 1912-1913.
TURNER THOMAS. *Amer. Journ. of med. sciences*, fév. 1909; — *Surg., gyn. and obst.*, avril 1921, n° 4.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1924)

Du mode d'action de la chaleur sur les ferments lactiques dans la pasteurisation du lait. — M. Henri STASSANO.

Action comparée du bismuth sur le staphylocoque, le streptocoque et le colibacille. — MM. P. LEMAY et L. JALOUSTRE. Les expériences de l'auteur montrent que le staphylocoque cultivé sur bouillon est arrêté dans son développement par une proportion en bismuth métal comprise entre $\frac{1}{400.000}$ et $\frac{1}{500.000}$ alors que le streptocoque et le coli-bacille poussent encore très bien pour une dilution de $\frac{1}{2.500}$.

Action de l'acide acétylacétique sur la nutrition azotée. — MM. H. LABBÉ et LAVAGNA.

La tension superficielle et le problème du cancer. — M. W. KOPACZEWSKI insiste sur le fait suivant : Le processus cancéreux s'accompagne d'une diminution de la tension superficielle du sérum et du plasma sanguin.

Sur l'absorption des rayons ultraviolets par la peau et ses applications thérapeutiques. — M. Jean SAIDMAN pose un principe qu'il estime fondamental en actinothérapie. Il y a des radiations utiles en thérapeutique qui correspondent à une absorption sélective des cellules atteintes. Ce sont celles-ci qu'il faudra avoir dans les sources utilisées : il y a, en outre, avantage à se débarrasser des autres radiations qui ne produiraient qu'un effet calorifique.

L'indice de toxicité et l'utilisation de l'essence dans les automobiles. — M. KOHN-ABREST. La suppression de l'oxyde de carbone dans les gaz d'échappement est pratiquement possible. C'est surtout une question de carburateur. En attendant cette suppression, désirable à la fois au point de vue hygiène et économie d'essence, il convient de réduire au minimum le fonctionnement au ralenti des moteurs débrayés dans les espaces peu ventilés, et de veiller à la salubrité des garages.

LIVRES NOUVEAUX

La Biopsie clinique en oto-rhino-laryngologie (1), par A. AUBIN, préface du professeur agrégé F. LEMAITRE.

La biopsie qui, à l'origine, n'était qu'un moyen de suppléer à l'insuffisance de la clinique pour poser certains diagnostics, devient, à l'heure actuelle, le complément indispensable de toute observation.

Elle seule permet de préciser la nature exacte de la lésion, et elle guide dans le choix des indications thérapeutiques chirurgicale ou physique. De plus, c'est l'étude biopsique des tumeurs qui a permis les progrès dans l'application judicieuse des agents physiques.

L'auteur, après avoir exposé la technique du prélèvement biopsique, indique les meilleurs procédés de fixation et de coloration. Il insiste, à juste titre, sur la nécessité d'une intime collaboration de la clinique et du laboratoire, par l'établissement de « fiches biopsiques ».

Après une étude critique impartiale et très approfondie de la biopsie, dans les diverses modalités de son application pratique, l'auteur, s'appuyant sur de nombreuses observations, accompagnées de figures claires et faciles à lire, termine en montrant, les aperçus nouveaux, que la biopsie systématique est capable d'ouvrir à l'étude même de la nature des tumeurs.

Ce travail est écrit sous l'inspiration de M. le professeur Lemaître qui fut, nous le savons, un des premiers spécialistes attirés par l'étude de l'anatomie pathologique. C'est à un de ses élèves qu'il revenait d'écrire « cette excellente étude de l'étape importante que vient de marquer l'oto-rhino-laryngologie ».

P. TRUFFERT.

Géométrie du corps humain (2), par le docteur B. ROUSSY, directeur des recherches scientifiques à l'Ecole pratique des hautes études.

Mémoire communiqué à l'Académie de médecine (5 fév. 1924) et extrait d'un ouvrage en préparation de l'auteur, intitulé : *Systémologie générale. Essais de mécanique animale, sociale et morale.*

J. L.

Sur les tentatives de rajeunissement (3), par le docteur FRAISSE (de Nice).

Conférence faite, le 20 janvier 1924, à l'Association des naturalistes niçois, dans laquelle l'auteur a résumé les diverses tentatives de rajeunissement, spécialement la transplantation testiculaire et l'opération de Steinach. C'est une excellente et claire mise au point de la question.

J. L.

(1) Un vol. in-8° de 334 pages avec 39 fig. — Prix : 30 fr. — Paris, 1924, Vigot frères.
(2 et 3) Paris, 1924, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — *Concours d'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Marchand, Brémond, Chaptal, Mlle Gaussel, M. Fayot.

Internes provisoires : MM. Montagne, Lacaze, Truc, Falgairolle, Gondart, Comte, Laux et Estor.

Concours d'externat. — Sont nommés :

Externes titulaires : MM. Rimbaud, Imbert, Nogué, Jayle, Coste (René), Mlles Lafourcade, Soulas, M. Dufois, Mlle Pélissier, MM. Azémar, Moulinié, Lonjon, Anselme, Martin, Ferry et Atger.

Externes provisoires : MM. Deshons, Sériès, Bavoire, Barral, Reymond, Panéro, Estève, Coste (Pierre), Bourdiol, Lambraso, Lefranc, Péraldi et Bouchère.

— Nancy. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

MM. Carillon (Raymond), Bodart, Carrot, Cornu, Rousseau, Mosinger.

— Nîmes. — Après concours, M. le docteur Noël Sollier est nommé chef des laboratoires de bactériologie et d'anatomie pathologique des hôpitaux de Nîmes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Rocher, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er décembre 1924, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à ladite Faculté (chaire vacante).

La chaire de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est transformée en chaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Duvergey, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er décembre 1924, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté (chaire transformée).

— Lyon. — L'inauguration de la statue de Jaboulay aura lieu à la Faculté de médecine de Lyon le 8 mars 1925.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Emile Chauvin, professeur suppléant, est nommé professeur d'urologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Blaise, professeur sans chaire, maître de conférences de chimie organique à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er décembre 1924, professeur de chimie organique à ladite Faculté, en remplacement de M. Haller, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Tiffeneau, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er décembre 1924, professeur de chimie P. C. N. à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, en remplacement de M. Joannis, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Bougault, professeur de pharmacie galénique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er décembre 1924, professeur de chimie analytique à ladite Faculté.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS. — La remise des diplômes de l'Institut de médecine coloniale de Paris a eu lieu la semaine dernière à la Faculté de médecine de Paris sous la présidence du médecin-inspecteur général Lasnet, représentant le ministre des Colonies assisté du doyen, et de M. le professeur Brumpt.

MARINE. — Ont été maintenus dans leurs chaires actuelles à l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens de 3e classe à Toulon, pour une période d'un an, à compter du 1er janvier 1925.

M. Dargein (J.-G.) : chaire de clinique interne et de pathologie exotique.

M. Oudard (P.-A.) : chaire de clinique externe et de chirurgie d'armée.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Ceard (d'Aïn-Sefra).

Médaille d'argent. — M. le docteur Belot (de Mostaganem).

Médaille de bronze. — M. le docteur Lavillat (de Constantine).

LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS, outre les prix déjà annoncés (Dartigues, Pauchet, Cathelin), fait connaître qu'un quatrième prix a été créé par Mme Paul Delbet pour perpétuer la mémoire de son mari.

Ce prix annuel, de 1.000 francs, sera attribué au meilleur travail sur un sujet de gynécologie chirurgicale.

Les travaux, dactylographiés, devront être déposés avant le 1er mars 1925, chez le secrétaire général, M. Barbarin, avenue du Président-Wilson.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Carton, décédé à Paris; Rochefort (de Chatou).

Le Professeur E. WEILL (de Lyon)

Le professeur Weill (de Lyon) vient de succomber à la cruelle maladie qui, depuis quelque temps déjà, le tenait éloigné de sa chaire. Il n'avait que soixante-six ans. Pour lui, le printemps de la vieillesse aura, hélas, été bien court! Il aura eu, au moins, l'indicible joie de voir, avant sa mort, se lever l'aube libératrice qu'il avait tant de fois appelée de ses vœux et de penser que sur sa terre natale d'Alsace flottait à nouveau, comme avant 1870, le drapeau aux trois couleurs...

D'origine modeste, il avait eu des débuts difficiles. Mais bientôt les honneurs lui étaient venus sans qu'il les eût cherchés. Médecin des hôpitaux de Lyon, agrégé des facultés de médecine, avec une thèse remarquée sur les *Vertiges* (1886), il avait été nommé, en 1900, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lyon. Il était officier de la Légion d'honneur. Il y a deux ans, l'Académie de médecine l'avait élu membre correspondant national. Il avait formé de nombreux élèves dont certains : Thévenet, Dauvergne, Mouriquand, Péhu, Gardère, Dufour, Bertoye, sont aujourd'hui des maîtres.

Esprit fin et ingénieux, toujours en mal de découvertes, il aurait pu prendre comme devise : *Hors des sentiers battus!* A d'autres, ces hypothèses timides et ces raisonnements honnêtes, symptômes d'une incurable impuissance intellectuelle! A d'autres, de répéter ce qui traîne partout, de se livrer à de patients travaux de démarquage, de faire du vieux neuf! Le professeur Weill avait la conception hardie autant que vigoureuse. Il l'avait bien montré lorsqu'il avait émis cette idée, trop originale pour ne pas sembler révolutionnaire, d'attribuer à l'anaphylaxie certains accidents d'intolérance lactée observés chez les nourrissons et de les traiter par les injections de lait. Un des premiers, avec Mouriquand, il avait osé s'attaquer à la redoutable question des vitamines, et il en avait fait l'objet de plusieurs mémoires, aujourd'hui classiques. Combien d'autres recherches non moins intéressantes, sur les signes physiques et radiologiques de la pneumonie chez l'enfant, sur la contagiosité de la coqueluche, sur la nécessité, pour éviter les infections cutanées chez les tout petits, de n'employer que des langes stérilisés! En 1911, il avait fait, à l'Association française de pédiatrie, un beau et spirituel rapport sur l'hypertrophie du thymus. Il appartenait au Comité de direction des *Archives de médecine des enfants*. Son *Précis de médecine infantile*, édité chez Doin, est considéré par les spécialistes comme un chef-d'œuvre.

Science, il était aussi conscience. Libéral, bienveillant, tolérant, animé de sentiments généreux, imprégné d'altruisme, ce grand Israélite a toujours cherché, dans l'accomplissement de son devoir, l'oubli de tous les soucis, de toutes les peines. Au plus fort de la tourmente qui, de 1914 à 1918, s'est abattue sur le monde, il adressait à un ami, aux armées, ces nobles paroles : « Heureux, les jeunes qui, comme vous, ont pu partir pour le front et, maintenant, respirent à pleins poumons l'odeur de la bataille! Pour nous, les vieux, que faire, sinon contribuer de toutes nos forces au succès final? A vous, la victoire des armes! A nous, l'effort nécessaire pour remporter la victoire sur le terrain de la science! Tâchons donc, dans toute la mesure de nos moyens, d'honorer la France! Honorer son pays, a dit un écrivain de race, n'est-ce pas encore le servir? »

Il n'est plus, mais son œuvre demeure. Sa mémoire restera chère à tous ceux qui l'ont connu. Ils la conserveront pieusement. Ils entoureront les siens, Mme Weill, M. le docteur et Mme Crémieu, Mlle Weill, de leur tendresse reconnaissante. Quel exemple leur laisse ce travailleur probe et patient qui n'a jamais eu besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer! Comment ne pas évoquer, à son sujet, ce laboureur céleste qui, du matin au soir, reste courbé sur sa charrue et la conduit sans hâte dans le champ des étoiles?

L. BABONNEIX.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. (Professeur : M. H. CLAUDE.) — COURS ÉLÉMENTAIRE DE PSYCHIATRIE PRATIQUE (avec présentation de malades). — Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, les mardis et samedis, à 17 heures, à l'amphithéâtre de la clinique.

6 janvier. — M. le professeur H. Claude : Classification. Examen.

10 janvier. — M. le docteur Codet : Idiotie. Imbécillité. Débilité. Dégénérescence mentale en général.

13 janvier. — M. le docteur Ceillier : Confusion mentale.

17 janvier. — M. le docteur Codet : Déséquilibre psychique. Obsessions. Impulsions. Phobies.

20 janvier. — M. le docteur Borel : Toxicomanies.

24 janvier. — M. le docteur Santenoise : Psychoses alcooliques.

27 janvier. — M. le docteur Targowla : Paralysie générale et psychoses syphilitiques.

31 janvier. — M. le docteur Codet : Epilepsie.

3 février. — M. le docteur Génac : Psychose hallucinatoire chronique.

7 février. — M. le docteur Montassut : Délire d'interprétation.

10 février. — M. le docteur Targowla : Délires épisodiques des prédisposés. Bouffées délirantes.

14 février. — M. le docteur Valensi : Manie.

17 février. — M. le docteur Valensi : Mélancolie.

21 février. — M. le professeur agrégé Lhermitte : Démences organiques. Démence sénile. Aphasie. Troubles du langage chez les aliénés.

24 février. — M. le professeur H. Claude : Hystérie. Neurasthénie.

28 février. — M. le docteur Robin : Troubles psychiques chez les enfants.

3 mars. — M. le docteur Borel : Démence précoce hébéphrénique. Schizomanie. Schizophrénie.

7 mars. — M. le professeur H. Claude : Réactions médico-légales pathologiques. Meurtre. Suicide. Attentats aux mœurs.

10 mars. — M. le docteur Ceillier : Fugues. Vagabondage. Prostitution. Vols.

14 mars. — Mme la doctoresse Badonnel : Législation des aliénés.

17 mars. — M. le professeur H. Claude : Responsabilité du civil et du criminel.

ACTUALITÉS

LA PNEUMONIE A SCORIES

La pneumonie à scories est une affection broncho-pulmonaire aiguë, qui survient chez des ouvriers travaillant dans les usines où l'on manipule les scories, produit de déchet de la fabrication de l'acier; cette affection se présente cliniquement comme une pneumonie grave; au point de vue anatomo-pathologique, c'est une pneumonie ou une broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec hépatisation grise, accompagnée de lésions bronchiques très accentuées.

Les premières observations de pneumonie à scories datent déjà d'une quarantaine d'années; c'est en 1886 que l'on commença à utiliser les poussières de scorie de déphosphoration pour la fabrication des engrais, et en Allemagne, l'année suivante, des cas de pneumonie furent signalés parmi les ouvriers occupés aux moulins à scorie; cette même année 1887, à Nantes, Ménager remarque la fréquence des pneumonies aiguës, de gravité insolite, dans une usine; puis c'est un travail du professeur Ollive (1), un mémoire de Brouardel (2) qui soutient que ces pneumonies ne sauraient être imputées à l'inhalation des poussières; Attimont n'accepta pas les conclusions de Brouardel et, dans une étude très remarquable (3), il exposa parfaitement bien ce qu'était la pneumonie à scories, en insistant sur le côté étiologique et la prophylaxie. Signalons encore un article du professeur Monnier (4), la thèse de Gautret (5), avec plusieurs observations recueillies à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Des mesures d'hygiène furent alors prises dans les usines; la fréquence des pneumonies à scories diminua beaucoup. Mais on en observe encore parfois quelques cas isolés; deux communications récentes du professeur U. Monnier (6) nous fournissent l'occasion d'étudier cette affection, peu décrite et même mal classée dans les Traités de médecine.

La pneumonie à scories a cependant des caractères bien spéciaux. C'est d'abord et surtout son étiologie; seuls en sont atteints les ouvriers qui travaillent soit dans les usines d'engrais, soit à bord des bateaux où ils déchargent les scories. Au début de l'emploi industriel de ces scories, les ouvriers étaient frappés en très grand nombre; à la fabrique Worth-Wagner, en 1887, 48 p. 100 des ouvriers furent atteints de pneumonie aiguë; en 1888, 25 p. 100; en l'espace de trois ans, à Neunkirchen, 20 p. 100 des ouvriers contractèrent des pneumonies. En 1891, Attimont vit à Nantes six pneumonies aiguës survenir en deux mois sur vingt à trente ouvriers travaillant dans une usine et d'autres ouvriers de cette même usine étaient arrêtés par des bronchites. Les effets nuisibles de l'inhalation sont influencés par l'état dans lequel se présente la poussière scorique, par la saturation plus ou moins considérable de l'air dans les chambres de travail; le danger varie selon que l'espace est clos ou en libre communication avec l'air extérieur et selon les dispositions de la ventilation; une circonstance enfin paraît exercer une action importante, c'est le séjour plus ou moins prolongé dans l'atelier envahi par la poussière (Attimont). Parmi les ouvriers atteints, les uns le sont dès les premiers jours qui suivent leur entrée dans l'usine ou leur emploi à décharger les scories; les autres le sont après plusieurs mois, voire quelques années de ce travail et alors le surmenage, la fatigue, quelquefois l'alcoolisme, peuvent être des causes adjuvantes favorisant l'éclosion de la pneumonie. Comme nous l'avons déjà dit, depuis qu'on veille à l'hygiène des ateliers, le nombre des pneumonies à scories a considérablement diminué; on n'en observe plus qu'un cas isolé, de loin en loin.

Cliniquement, la pneumonie à scories présente les symptômes de la pneumonie lobaire, mais avec quelques caractères assez particuliers. Le début est brusque, avec un frisson, une fièvre élevée et un point de côté; dès ce moment, la prostration est extrême, le malade a un facies spécial, une teinte terreuse de toute la peau, en particulier de la figure et des parties exposées aux poussières. A la période d'état, la dyspnée est intense, ce qui s'explique par l'étendue des lésions, et par la rapidité de l'hépatisation; les crachats diffèrent du crachat pneumonique adhérent et rouillé; ils sont, en effet, visqueux mais non adhérents, souvent au début de teinte gris noirâtre, puis formant comme une solution gommeuse et ressemblant à du miel assez épais (Attimont). L'albuminurie est fréquente, souvent très abondante. Les signes physiques sont ceux de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, avec une zone hépatisée de grande étendue; on constate aussi presque toujours des râles de bronchite. Parfois l'évolution se fait en foyers successifs, rapprochant alors cliniquement cette pneumonie de la broncho-pneumonie. Le pronostic est très grave; dans une statistique allemande pour les années 1887-1889, la mortalité fut de 37,7 p. 100; à Nantes, dans la statistique d'Attimont, il y eut 44 morts sur 75 cas. Si le malade guérit, sa convalescence est longue, difficile; il est exposé à des récidives, s'il reprend le même travail.

Les lésions rencontrées à l'autopsie sont de plusieurs types. Dans un certain nombre de cas, il s'agit d'une pneumonie fibrineuse, assez souvent d'une pneumonie double; on trouve de l'hépatisation grise, même dans des cas ayant eu une marche rapide, quelquefois une infiltration purulente au niveau des régions hépatisées. A d'autres autopsies, il s'agit plutôt d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire, plus rarement d'une broncho-pneumonie à noyaux disséminés. Ce qui est très particulier, c'est la concomitance de lésions bronchiques toujours importantes; les parois bronchiques sont infiltrées par des cellules embryonnaires qui dissocient le tissu conjonctif, la lumière des bronches est remplie par ces mêmes cellules, qui l'obstruent complètement par places; dans certains endroits, la paroi bronchique est même détruite, comme par un traumatisme physico-chimique des poussières de scories, qui, composées en particulier de chaux et de silice, constituent un agent vulnérant de premier ordre (Monnier). Signalons encore la fréquence des réactions pleurales, avec quelques observations

(1) Ollive. Une épidémie locale de pneumonie *Gaz. méd. de Nantes*, 9 sept, 1888.

(2) Brouardel, *Ann. hyg publ. et méd. légale*. 1893. T. XXIX, p. 5.

(3) Attimont. De la nocuité de la poussière de scorie de déphosphoration. Des pneumonies aiguës provoquées par son inhalation. *Revue d'hyg. et de police sanit*, 1895, p. 9 et 97.

(4) U. Monnier. Les pneumonies à scories, *Gaz. méd. de Nantes*, 12 nov. 1898.

(5) Gautret. Les pneumonies à scories. *Th. de Paris*, 1899.

(6) U. Monnier Un cas de pneumonie à scories, *Gaz. méd. de Nantes*, 1er juillet 1921. Un nouveau cas de pneumonie à scories. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er oct. 1924.

d'épanchement hémorragique; on trouve aussi la rate hypertrophiée, souvent de la néphrite aiguë et de la dégénérescence du foie. D'après l'examen bactériologique, Monnier et Gautret distinguent trois groupes de faits : les cas où le pneumo-bacille de Friedlander existe seul dans l'expectoration et alors le pronostic est presque toujours fatal; les cas où il y a association du pneumo-bacille et du pneumocoque, ces cas étant d'un pronostic plus favorable; enfin les cas où le pneumocoque seul est isolé de l'expectoration et alors on ne peut tirer de la seule présence du pneumocoque un élément de pronostic bien précis.

La pneumonie à scories doit avoir une place dans la nosographie des affections pulmonaires aiguës, aux chapitres qui traitent de la pneumonie et de la broncho-pneumonie. Ce n'est pas une pneumokoniose, la caractéristique des pneumokonioses étant la chronicité; or il s'agit ici d'une affection aiguë; les poussières de scories produisent des lésions caustiques sur les muqueuses et, sur ces lésions des parois bronchiques, vient une infection à pneumobacille ou à pneumocoque. En décrivant la pneumonie à scories, en la séparant des pneumokonioses, Attimont a fait, comme l'a dit Monnier « une œuvre inattaquable dans sa vérité clinique et anatomopathologique ». M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1924)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Jean Camus, adresse à sa famille et, particulièrement, à son frère M. Lucien Camus, les condoléances émues de l'Académie. Il ajoute que, dans une des prochaines séances, sera lue une notice sur ce regretté collègue.

M. LE PRÉSIDENT annonce une place vacante dans la section de chirurgie, en remplacement de Rochard.

Congrès des américanistes. — M. CAPITAN, qui a été délégué à ce Congrès par l'Académie, rend compte des questions qui y ont été traitées. Ce Congrès a tenu deux sessions, l'une à La Haye, l'autre en Suède, à Goteborg. M. Capitan constate tout d'abord qu'il y avait un grand nombre d'Anglais, d'Américains, des Allemands et trois Français seulement. Puis, il énumère rapidement les diverses communications, fort nombreuses, dont plusieurs présentaient un grand intérêt.

La réception faite à nos délégués a été extrêmement cordiale en Hollande et en Suède, où le prince héritier, qui est, on le sait, un grand érudit, a voulu présider lui-même le banquet final.

Tous les discours officiels ont été prononcés en français ou dans la langue du pays qui accueillait les congressistes.

Au cours des deux sessions, nombreuses ont été les communications sur les sujets les plus variés. A noter la découverte, en Patagonie, d'un crâne identique aux crânes australiens, preuve nouvelle d'une pénétration préhistorique en Amérique.

Dispositif pour la détermination rapide du phosphore. — MM. BIERRY et LESUEUR.

La sécrétion interne de l'hypophyse. — M. COLLIN (de Nancy) démontre que la sécrétion de l'hypophyse ne peut pas être mise en doute. Il en donne comme preuves la structure histologique qui assimile une portion de l'hypophyse à une glande endocrine et la présence d'une substance colloïde provenant de cette glande.

Vaccin. — M. POUCHET, au nom de M. Lucien Camus, lit le rapport annuel sur les dépôts de vaccin autorisés par l'Etat.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ

ACCIDENT D'AUTOMOBILE

Nombreux sont les médecins qui emploient l'automobile comme instrument de travail ; pour celui qui exerce à la campagne, l'automobile est indispensable. Il est, par conséquent, très utile de leur faire connaître une nouvelle orientation de la jurisprudence, en matière d'accidents causés par l'automobile. Les tribunaux sont sévères vis-à-vis des automobilistes. Ils estiment que ceux-ci doivent être tenus à une vigilance et à une prudence poussées au maximum ; sinon la circulation pour le piéton serait impossible dans les rues.

Or, l'article 1384 paragraphe 1er du Code civil édicte *une présomption* de responsabilité pour les dommages causés par des choses inanimées. Ce texte est ainsi conçu : « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. » On considérait que cet article n'était applicable aux accidents causés par les automobiles que si le dommage résultait directement de l'automobile, par exemple si, sans être conduite par personne, elle explosait et blessait un passant (Cass. 21 janv. 1919, Dalloz, 1922-1-25) ; au contraire, la responsabilité d'un accident causé par une automobile à une personne autre qu'une personne transportée était régie en principe par les articles 1382 et 1383 du Code civil, aux termes desquels il faut prouver une faute à la charge du conducteur (Cass. 22 mars 1911, Dalloz, 1911-1-354).

On a critiqué la distinction ainsi faite et de plusieurs côtés on a réclamé l'application de l'article 1384 paragraphe 1er dans tous les cas d'accidents causés par une automobile, c'est-à-dire une chose qu'on a sous sa garde; de manière que l'automobiliste fût toujours présumé en faute. Du fait de cette présomption, la charge de la preuve lui incomberait, il devrait établir que l'accident est survenu à la suite d'un cas fortuit ou d'une cause tout à fait étrangère à lui ; avec les articles 1382 et 1383 Code civil, c'était à la victime à prouver la faute de l'automobiliste. On se rend compte de la gravité de ce nouveau point de vue pour ce dernier qui est *présumé* responsable de l'accident.

La Cour de cassation a rendu, le 29 juillet 1924, un arrêt d'où paraît bien résulter une extension de l'application de l'article 1384 du Code civil aux automobiles.

Le 11 juillet 1918, la dame B... qui se trouvait dans sa boutique à Paris fut renversée et blessée par une voiture automobile appartenant à la Compagnie l'Abeille, qui, par suite d'une embardée, était montée sur le trottoir, l'avait franchi, avait brisé la devanture et pénétré dans l'intérieur de la boutique. Aucune faute ne pouvait être reprochée à la victime.

Un expert fut commis pour rechercher les conditions dans lesquelles s'était produit l'accident et s'il était dû au mauvais état de la voiture, insuffisance de résistance ou défaut de serrage ou d'ajustage des boulons de la roue de l'automobile. Dans son arrêt du 12 décembre 1920, la Cour de Paris déclara : « Considérant qu'il résulte du rapport de l'expert que la cassure des boulons a été la conséquence et non la cause de l'accident et que cet accident ne peut être attribué au mauvais état de la voiture automobile; que, dès lors, aucune faute ne peut être retenue à la charge de la Compagnie l'Abeille qui détruit la présomption de faute pesant sur elle aux termes de l'article 1384 du Code civil. »

Pourvoi en cassation. La Cour suprême, dans son arrêt du 29 juillet 1924, cassa l'arrêt de la Cour de Paris en ces termes : « Attendu que la présomption de faute établie par cet article (art. 1384 § 1er du Code civil) à l'encontre de celui qui a sous sa garde la chose inanimée qui a causé le dommage ne peut être détruite que par la preuve d'un cas fortuit ou de force majeure ou d'une cause étrangère qui ne lui soit pas imputable; *qu'il ne suffit pas de prouver qu'il n'a commis*

aucune faute ou que la cause du dommage est demeurée inconnue;

« Attendu que, le 1er juillet 1919, une voiture automobile appartenant à la Compagnie des voitures automobiles l'Abeille, conduite par le chauffeur S..., mobilisé, alors en permission, a gravement blessé la dame B...; que S... a été acquitté par le Conseil de guerre ;

« Attendu que l'arrêt attaqué décide que l'accident ne pouvait être attribué au mauvais état de la voiture automobile, aucune faute ne peut être retenue à la charge de la Compagnie l'Abeille qui détruit la présomption de faute pesant sur elle aux termes de l'article 1384, alinéa 1er du Code civil ; *qu'en statuant ainsi il a violé l'article sus-visé.* »

Le fait de l'acquittement par le Conseil de guerre ne devait exercer aucune influence sur la décision des juges civils. Car un Conseil de guerre ne statue que sur la culpabilité; ses décisions ne sont pas motivées ; par conséquent, l'action civile reste ouverte et les juges civils doivent examiner les circonstances de fait, sans se préoccuper de la décision du Conseil de guerre.

Ce dernier point mis à part, il faut retenir que la Cour de cassation décide qu'il ne suffit pas que celui qui a sous sa garde la chose inanimée qui a causé le dommage, pour éviter sa responsabilité, prouve qu'il n'a commis aucune faute ou que la cause du dommage est demeurée inconnue. Il ne peut échapper à la responsabilité que s'il établit un cas fortuit ou de force majeure ou une cause étrangère qui ne lui soit pas imputable. C'est la présomption de faute établie par l'article 1384 § 1er du Code civil.

Le tribunal civil de la Seine a fait application de cette jurisprudence dans un jugement tout récent du 29 octobre 1924. Dans l'espèce examinée, la matérialité de l'accident n'était pas contestée ; l'accidentée avait été blessée par l'automobile de la personne qui conduisait elle-même. Mais cette dernière a prétendu que l'accident ne lui était pas imputable parce qu'il aurait été dû à un cas fortuit ou à une cause étrangère qui ne lui serait pas imputable.

Le tribunal de la Seine, visant l'arrêt ci-dessus de la Cour de cassation, a admis l'auteur de l'accident à faire la preuve du cas fortuit ou de la cause étrangère qui ne lui serait pas imputable. Au cas envisagé, l'auteur de l'accident a été autorisé à faire la preuve du fait suivant : « La dame K... (victime) a fait un faux-pas en descendant du trottoir; l'accident dont elle a été victime est dû uniquement à cette circonstance. » Si la preuve est administrée de ce fait, le conducteur sera exonéré de toute responsabilité, car l'accident aura été la conséquence d'un cas fortuit ou d'une cause étrangère non imputable à lui-même. Mais le tribunal, en autorisant la preuve du seul fait ci-dessus, a indiqué nettement qu'il ne suffisait pas que le conducteur n'ait commis aucune faute.

Cette jurisprudence est importante ; il faut la connaître.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924 (1)

10. GUILLAUME. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de la glande thyroïde.

121. GUILHERM. — Le voyage en mer considéré comme moyen thérapeutique.

80. HERMANS. — Contribution à l'étude du décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.

52. JOUCLA. — Contribution à l'étude du traitement des fractures de la clavicule.

95. KAGANOFF-KAGAN. — Les lipomes intramusculaires des muscles de la vie de relation.

37. KERVAREC. — La cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine chez les enfants dans la région bordelaise.

129. LAFAGE. — Le rôle du stomatologiste dans le début de la leucoplasie buccale.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 102, p. 1692.

18. LAMBERT. — Influence des variations de la pression atmosphérique sur la pression artérielle. Son rôle dans le mal des aviateurs.

3. SANTA (Mlle). — Contribution à l'étude de la stomatite bismuthique.

21. LAPUYADE. — Contribution à l'étude des états maniaco-dépressifs prémonitoires de démence précoce.

106. LARGETEAU. — Tics respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique.

107. LASCOURRÈGE. — Contribution à l'étude de l'épilepsie traumatique tardive.

72. LASSERRE. — Les injections intrathyroïdiennes dans le traitement de la maladie de Basedow.

92. LAVAL (DE). — Contribution à l'étude de l'alastrim.

109. LEBLANC. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur.

24. LEFORT. — De l'extraction du cristallin transparent dans la myopie.

46. LE GAC. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la chorée chronique de Huntington.

28. LESCONNEC. — Les luxations anciennes et irréductibles du coude chez l'enfant.

90. MAGE. — Contribution à l'étude du sarcome de l'omoplate.

43. MARCHESSAUX. — De l'intervention sanglante sans ostéosynthèse dans le traitement des fractures diaphysaires.

105. MARION. — Contribution à l'étude du traitement des hémorragies alvéolo-dentaires et gingivales. Critique des moyens hémostatiques.

119. MARTIN (Henri). — Des données optiques de la vision binoculaire chez les opérés de cataracte d'un seul œil.

17. MARTIN (Martial). — Les troubles du caractère chez l'enfant : symptôme tardif de l'encéphalomyélite épidémique.

124. MASFRAND. — Les gros angiomes caverneux du premier âge et leur traitement radiothérapique.

22. MENJAUD. — La rigidité musculaire dans la maladie de Parkinson et dans les syndromes parkinsonniens postencéphalitiques.

36. MICHAUD. — La confusion des crises hystériques et épileptiques en médecine légale militaire.

51. MICHELOT. — Considérations sur les ruptures musculaires (ruptures du muscle droit antérieur de la cuisse en particulier).

96. MOLES. — Contribution à l'étude du tétanos de l'enfant et de son traitement.

29. MOLLANDIN DE BOISSY. — Contribution à l'étude de l'ossification du squelette du poignet et de la main par la radiographie.

85. MONNIÉ. — De l'autohémothérapie en dermatologie et particulièrement dans l'urticaire et les prurits.

114. MONTIES. — De la radioscopie de l'estomac et du duodénum du nourrisson et de l'enfant à l'état normal (en position verticale).

122. MOULÉDOUS. — Quelques considérations médico-psychologiques et chirurgicales sur les corridas de toros.

55. ODEND'HAL. — Etude sur la sorcellerie médicale et les procédés des rebouteurs dans la Dordogne.

75. OLLIVIER. — Les acides aminés dans l'expectoration. Tyrosino et tryptophano-réactions des crachats dans la tuberculose pulmonaire.

123. OTT. — Contribution à l'étude de l'état fonctionnel du foie chez l'hérédosyphilitique.

117. PAMPOUILLE. — La voie rétrojugulaire de Hartglass dans l'extirpation des ganglions carotidiens.

60. PATTE. — L'acétonurie au cours des abcès périamygdaliens et des angines.

2. PERSÉGUERS. — Contribution à l'étude de l'aponévrose palmaire et de la rétraction de cette aponévrose ou maladie de Dupuytren.

81. PEUCH. — Des accidents et des contre-indications de l'urétrotomie interne.

32. PHIQUEPAL D'ARUSMONT. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la fesse.

87. PICOT. — Contribution à l'étude des épiploïtes post-opératoires.

127. PIROT. — La recherche des œufs d'helminthes en coprologie.

8. QUÉRANGAL DES ESSARTS. — Contribution à l'étude ana-

tomique, clinique et chirurgicale du rein en ectopie pelvienne congénitale.

71. RAUTUREAU. — Contribution à l'étude de l'hygroma tuberculeux sous-deltoïdien à grains riziformes.

13. RAYTON (Mlle). — Indications et technique des interventions chirurgicales dans les fractures des métacarpiens.

40. RÉGINENSI. — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de l'adrénaline sur la douleur des tabétiques.

73. RENAUD. — Le bromure et le gardénal dans le traitement de l'épilepsie.

65. RENUCCI. — Contribution à l'étude des formes prolongées et à rechutes de la méningite cérébro-spinale méningococcique.

125. RIOUX. — L'anesthésie chirurgicale par les injections intraveineuses de chloral citraté.

57. ROBIN. — Essai d'interprétation clinique des renseignements fournis par l'étude du chimisme gastrique.

54. ROCHEROL. — Contribution à l'amélioration de l'alitement des gâteux dans les asiles d'aliénés.

48. ROSENTIEL. — Contribution à l'étude des techniques modernes d'urano-staphyloplastie.

111. ROUSSEAU. — La hernie épigastrique étranglée.

112. RUBENTHALER. — Contribution à l'étude de l'action des rayons X sur le sang aux doses moyennes et faibles.

66. SCHALLER. — Collection séro-purulente intra-hépatique traumatique.

118. TESNIÈRE. — Contribution à l'étude des torsions de l'épiploon sans coexistence de hernie.

39. TIVOLLIER. — Sur quelques théories macrobiotiques.

113. VERGEZ. — Sur la climatologie de la station de Gavarnie.

120. VIELLE (Mlle). — Les formes rénales et pseudo-rénales du scorbut infantile.

110. VLAÏKOVITCH. — Contribution à l'étude de l'autovaccinothérapie dans la blennorragie chronique.

6. VOULGRE. — Jean Rey, médecin périgourdin (1583-1645).

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. (*Mention « Médecine ».*) — 128. BLAGOYÉVITCH. — Contribution à l'étude du traitement des rétroversions utérines.

136. CHEN KWAN CHANG. — Le lichen plan chez les enfants.

148. DIMITRIYÉVITCH. — Du traitement du cancer du rectum (voie périnéale).

151. GLIGORIÉVITCH. — Contribution à l'étude de la splénomégalie chez les cardiaques.

145. GOUELMINO. — Les méningites syphilitiques chroniques latentes.

149. ISSAKOVITCH. — Contribution à l'étude de l'amputation de Chopart.

130. JIVKOVITCH. — Essai sur le traitement de l'ostéomyélite de croissance par la vaccinothérapie.

123. LAZAREVITCH. — Contribution à l'étude de l'alimentation duodénale.

126. MAGOVTCHÉVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude des tumeurs de la glande parotidienne.

150. MILANOVITCH. — De l'administration de la belladone et de la caféine au cours du traitement de l'épilepsie par le gardénal.

124. MILENKOVITCH. — Contribution à l'étude du larmoiement et de la dacriocystite des nouveau-nés.

147. MILANOVITCH (Mlle). — Recherche de la valeur curative de la radiothérapie dans les récidives locales du cancer du sein.

140. MITROVITCH. — Contribution à l'étude clinique et médico-légale des formes psychiques pures de l'épilepsie traumatique.

127. OBRENOVITCH (Mlle). — Etude sur l'effort sanitaire et social du bureau d'hygiène de Montluçon (Allier).

132. OBRENOVITCH (Vladimir). — Une conception pratique de fondation et d'inspection médicale des écoles. Les cliniques gratuites des écoliers.

143. PAPADOPOULOS. — Considérations médico-légales sur l'indemnisation des petits traumatismes de la main.

139. RADOIEVITCH (Mme), née Sékoulitch (Polka). — Contribution à l'étude du cancer du larynx chez la femme.

134. RADOIEVITCH (Sinichi). — Du meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

125. RISTITCH (Mlle). — Vascularisation du nerf optique et du chiasma.

137. RISTITCH (Obrad). — Contribution à l'étude des séquelles éloignées des méningites cérébro-spinales.

129. SEKOULITCH. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des symphyses péricardiques.

141. SIMÉOUNOVITCH. — Contribution à l'étude de la rœntgenthérapie des métastases intraabdominales d'origine séminale.

133. SPALAÏKOVITCH. — Contribution à l'étude des troubles psycho-névropathiques en otologie.

144. SRETCHKOVITCH. — Valeur diagnostique et curative des abcès de fixation non ouverts dans les troubles mentaux.

135. TCHIRKOVITCH. — Les coudures du côlon ilio-pelvien par brides acquises.

142. YEN SHILI-HUA. — Contribution à l'étude du traitement de l'hérédo-syphilis par l'iodo-bismuthate de quinine.

131. YOURICHITCH. — Contribution à l'étude des galactocèles.

LIVRES NOUVEAUX

La Vie par le stade (1), par le docteur A. THOORIS. Préface du professeur LEJARS.

Ce beau volume a paru au moment des Olympiades et de manière moins à les justifier qu'à les glorifier. Il s'agit d'établir, en effet, non seulement que le sport, pris dans son sens rigoureux, est avantageux, mais encore qu'il représente presque la seule méthode capable de conserver à l'homme sa résistance et sa force, et nul mieux que M. A. Thooris, dont les travaux sur les types morphologiques sont bien connus, n'était à même de faire cette apologie. Avec raison, il ne s'attarde ni à mesurer les organes avec des compas, ni à enregistrer les fonctions avec des machines, mais va tout de suite à la résultante des effets, et, j'oserai dire, à la philosophie biologique du sport, ce qui lui permet de consacrer un très intéressant chapitre à l'utilisation des aptitudes fonctionnelles, que les managers et autres entrepreneurs de spectacles populaires ont intérêt à consulter et à étudier.

Mais ceci dit et l'auteur loué comme il le mérite pour son labeur et son apostolat, n'exagère-t-on pas quelque peu? Le sport est une bonne chose, mais il ne faut pas le confondre avec les exercices physiques; ceux-ci sont utiles à tous, le sport, au contraire, est affaire de prédispositions et d'entraînement professionnels chez certains individus qui ne brillent pas tous par une intelligence supérieure. S'il nous faut des muscles, il nous faut aussi un bon cerveau, ce qu'on paraît maintenant oublier un peu trop. Faire de l'athlétisme la base d'une conception scientifique de l'éducation physique est, à mon avis, une erreur à la fois physiologique et sociale, car l'athlétisme constitue une spécialisation qui n'est pas à la portée de tout le monde et qui ne saurait suffire à tous les besoins d'une collectivité organisée. J. LAUMONIER.

Vient de paraître : **Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques** (édition 1924) Louis VIDAL et DAREAU (6e année). — Aide-mémoire portatif comprenant :

1° *Table* par indications thérapeutiques des spécialités figurant dans cet ouvrage, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné;

2° *Dictionnaire* donnant sur environ 1200 spécialités pharmaceutiques médicales les renseignements essentiels (composition, formes, posologie, etc.) qui en permettent la prescription sans erreur;

3° *Nomenclature* purement nominale des principales spécialités pharmaceutiques médicales, avec noms et adresses des fabricants.

600 pages, format 135 m/m × 90, relié carton. — Prix : 10 fr.

En vente : chez Maloine, Le François, Vigot, etc., et à l'Office de vulgarisation scientifique, 5, rue de Tracy, Paris.

---

(1) Un vol. gr. in-8 carré, avec 199 figures et 39 tableaux. — Paris, 1924, A. Legrand.

TABLE DES MATIÈRES

1924

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

TABLE DES AUTEURS

1924

C

D

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Eubiotique sociale. La vie familiale en connexion étroite avec la nature est l'unique base naturelle possible de toute culture populaire — base aveuglément délaissée et oubliée par la culture actuelle, par le docteur Stan Ruzicka, professeur d'hygiène et doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Bratislava (Tchéco-Slovaquie). Grand in-8 1924. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, A. Maloine et fils.

La Relativité de la conscience de soi. Introduction à la psychologie clinique, par le docteur A. Hesnard, professeur de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, président de la section de psychologie expérimentale de l'Association française pour l'avancement des sciences. In-16 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 8 fr. — Paris, F. Alcan.